

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS

**Escuela de Formación Profesional de
Bromatología y Nutrición Humana**

Trabajo Final de Carrera (TESIS)

**“CARACTERÍSTICAS QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.
IQUITOS – 2014”.**

**Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Bromatología y Nutrición Humana**

Presentado por:

Br. MARYBEL DE JESÚS GUARDIA VARGAS.

Asesores:

Dr. Carlos Antonio Li Loo Kung

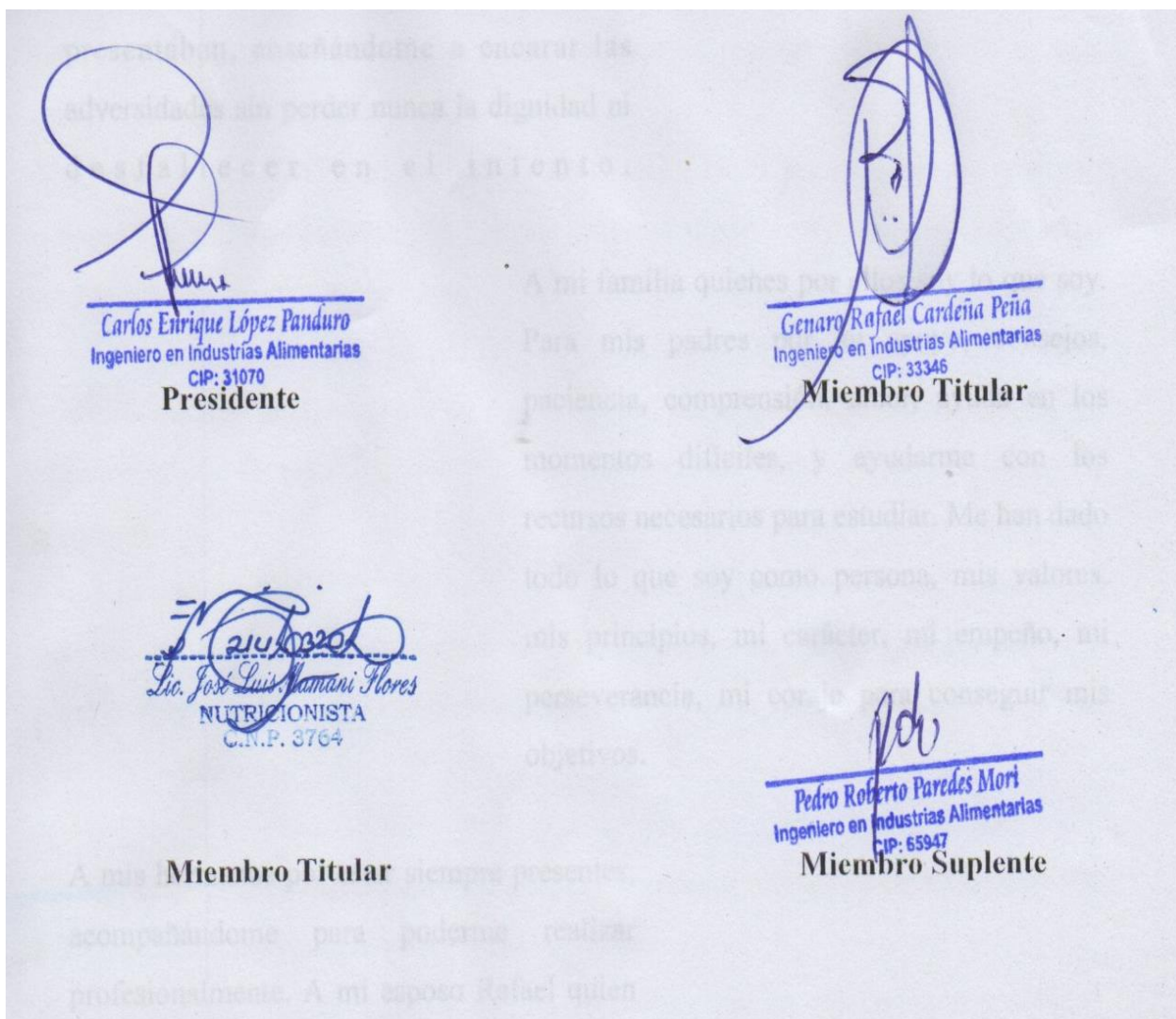
Lic. Miriam Ruth Alva Angulo

Iquitos – Perú

2014

MIEMBROS DEL JURADO

Tesis aprobada en Sustentación Pública en la ciudad de Iquitos en las instalaciones del Auditorio de la Facultad de Agronomía de la UNAP, llevado a cabo el día **martes 22 de julio del 2014**, siendo los miembros del jurado calificador los abajo firmantes.



DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no rendirme en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfaller en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, paciencia, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar profesionalmente. A mi esposo Rafael quien ha sido y es una motivación, inspiración y felicidad.

Marybel de Jesús Guardia Vargas

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento sincero a las siguientes personas e instituciones:

- A la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana a través de la Facultad de Industrias Alimentarias por darme la oportunidad de realizar mis estudios de pregrado.
- A mi asesor: Dr. CARLOS ANTONIO LI LOO KUNG porque cada una con sus valiosas aportaciones hicieron posible este proyecto y por la gran calidad humana que me han demostrado con su amistad.
- A mi asesora: Lic. MIRIAM RUTH ALVA ANGULO, por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto, así como su tiempo, su apoyo, sus consejos y por la sabiduría que me transmitió en el desarrollo de mi formación profesional.
- A los catedráticos que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas paginas de mi tesis.
- A BAZNAY ELENA ROMERO TORRES, por su apoyo incondicional en el transcurso de nuestra carrera universitaria, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con ella.
- A los pacientes hospitalizados y que hacen diálisis por su colaboración y amistad, Dios los bendiga.
- A los miembros del jurado calificador por la dedicación prestada al revisar este proyecto de investigación.
- A Profesionales de Salud: Médicos, Nutricionista, Enfermeras, por su valioso tiempo, sugerencias y aportes que hicieron como expertos para la validación de los instrumentos que utilizamos en la aplicación de la investigación.
- Al Dr. JOHAN MARÍN LIZÁRRAGA, Dra. LORENA REÁTEGUI y demás personal, encargado del comité de ética de investigación del Hospital Regional de Loreto, por brindarme el apoyo para la aplicación de los instrumentos en los sujetos de estudio.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Miembros del jurado.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Índice de Contenidos.....	v
Lista de Tablas.....	vi
Lista de Anexos.....	viii
Resumen.....	ix
Introducción.....	xi
Antecedentes.....	xiii
Capítulo I.- Revisión de la Literatura.....	01
Capítulo II.- Objetivos de la investigación.....	11
Capítulo III.- Metodología.....	12
Tipo y diseño de estudio.....	12
Selección del área o ámbito de estudio.....	12
Población.....	12
Muestra.....	12
Criterios de inclusión y exclusión.....	13
Diseño Muestral.....	13
Definiciones Operacionales de las variables, indicadores e índices.....	14
Hipótesis.....	21
Procedimientos para la recolección de la información.....	21
Análisis de Datos.....	22
Aspectos Éticos.....	23
Capítulo IV.- Resultados.....	24
Capítulo V.- Discusión.....	64
Capítulo VI.- Conclusiones.....	71
Capítulo VII.- Recomendaciones.....	73
Capítulo VIII.- Referencias Bibliográficas.....	74
Anexos.....	76

LISTA DE TABLAS	Pág.
Tabla N° 1. Frecuencia de alimentos por día	24
Tabla N° 2. Costumbre de consumir alimentos entre comidas.	25
Tabla N° 3 Cantidad de agua que consumía normalmente.	26
Tabla N° 4: Frecuencia de consumo de bebidas carbonatadas.	27
Tabla N° 5: Frecuencia de consumo de algunos productos industrializados (alimentos no saludables), en pacientes enfermos.	28
Tabla N° 6: Frecuencia de consumo de algunos productos industrializados (alimentos no saludables), en pacientes AP sanos	30
Tabla N° 7: Frecuencia de consumo de alimentos saludables, en pacientes enfermos	32
Tabla N° 8: Preferencias en consumo de tipos de carnes, en pacientes enfermos	34
Tabla N° 9: Preferencias en consumo de tipos de frutas, en pacientes enfermos	35
Tabla N° 10: Preferencias en consumo de tipos de verduras, en pacientes enfermos	36
Tabla N° 11: Frecuencia de consumo de alimentos, en pacientes AP sanos	37
Tabla N° 12: Preferencias en consumo de tipos de carnes, en pacientes AP sanos	39
Tabla N° 13: Preferencias en consumo de tipos de frutas, en pacientes AP sanos	40
Tabla N° 14: Preferencias en consumo de tipos de verduras, en pacientes AP sanos	41
Tabla N° 15: Preferencias en la preparación de alimentos	42
Tabla N° 16: Preferencias en la adición de sal a las comidas.	43
Tabla N° 17: Preferencias en el consumo de azúcar.	44
Tabla N° 18 Hábito por visitar al médico para realizar chequeos de salud.	45
Tabla N° 19 Hábito por realizar actividades físicas.	47
Tabla N° 20 Hábitos en el uso de medicamentos, en pacientes enfermos.	48
Tabla N° 21 Patologías que han tenido los pacientes enfermos.	50
Tabla N° 22 Hábitos en el uso de medicamentos, en pacientes AP sanos.	51
Tabla N° 23 Patologías que han tenido los pacientes AP sanos.	53
Tabla N° 24 Hábitos de fumar y tomar bebidas alcohólicas, en pacientes enfermos	54
Tabla N° 25 Hábitos de fumar y tomar bebidas alcohólicas, en pacientes AP sanos	55
Tabla N° 26 Uso del tiempo libre que tengan los pacientes	56
Tabla N° 27 Familiares de los pacientes con historia clínica de insuficiencia renal	57

Tabla N° 28 Nivel de parentesco con el familiar enfermo.	58
Tabla N° 29 Presencia de enfermedad crónica, en pacientes enfermos.	59
Tabla N° 30 Presencia de patologías dúo-trío, en pacientes enfermos.	59
Tabla N° 31 Presencia de enfermedad crónica, en pacientes AP sanos.	60
Tabla N° 32 Presencia de patologías dúo-trío, en pacientes AP sanos.	60
Tabla N° 33 Tipo de daño en el riñón.	61
Tabla N° 34 Producción de orina	62
Tabla N° 35 Fase en que se encuentra la IRC	63
Tabla N° 36 Infecciones por estreptococos.	63

LISTA DE ANEXOS	Pág.
Anexo N° 1: Definición operacional de las Variables	14
Anexo N° 2: Consentimiento informado	77
Anexo N° 3: Hoja información para participación	78
Anexo N° 4: Cuestionario de hábitos alimentarios	79
Anexo N° 5: Cuestionario de estilo de vida	81
Anexo N° 6: Cuestionario historia personal y familiar	82
Anexo N° 7: Recolección de datos sobre hábitos alimentarios, estilo de vida y antecedentes personal, familiar de los pacientes hospitalizados y que hacen diálisis del Hospital. Iquitos- 2014	83
Anexo N° 8: Guía Alimentario en IRC	84
Anexo N° 9: Modelo cálculo de kcal paciente anterior a IRC con tendencia a obesidad – HTA	87

RESUMEN

La función renal es el trabajo básico vital que requiere todo organismo, cuando los riñones dejan de cumplir normalmente este proceso los valores en sangre de ciertos parámetros sufren alteraciones, problema que se asocia comúnmente a la inadecuada ingesta de alimentos y al estilo de vida equivocados muchas veces que las personas suelen llevar, cuyas características nutricionales perjudican a estos órganos desarrollando posteriormente insuficiencia renal.

El presente proyecto se desarrollo en el 2014, en el Hospital Regional de Loreto, distrito de Punchana cuyo objetivo fue conocer las percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica (IRC) en sus estilos de vida (EV), hábitos alimentarios (HA) y su antecedentes personal y familiar (APF) antes de que la IRC llegue a sus vidas, llevado a cabo en dos áreas Medicina interna “A”, el servicio de Hemodiálisis y para muestra control pacientes que se atienden en el nosocomio pero que no tengan enfermedades renales .

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo observacional, porque se describirá la variable tal como sea observada al momento de la medición, de abordaje cualitativo, realizado por medio de una entrevista semi-estructurada. Fueron entrevistadas 100 personas de los cuales 65 presentan IRC y 35 personas aparentemente sanas y de su testimonio emergieron tres categorías generales: percepciones que predisponen en el estilos de vida (EV), hábitos alimentarios (HA) y su antecedentes personal y familiar (APF), a la aparición de IRC. La encuesta reveló que los malos HA, EV, juegan un papel significativo en la aparición de la enfermedad, además son sus APF lo que termino de englobar la idea, cada factor de predisposición con características mas relevantes que otras, así pues se concluye dejar información real que la enfermedad afecta a la vida cotidiana de estas personas en la actualidad, debido a que causan limitaciones físicas, sociales, que involucran su trabajo, sus hábitos alimenticios y la cultura.

La hipótesis del estudio considera que, la población estará constituida por todos los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal Crónica, según datos estadísticos del Hospital Regional de Loreto, en el año 2012 hasta el primer trimestre del 2013, se hospitalizaron en el área de Nefrología 416 personas entre hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 35 a 60 años, de las cuales, aproximadamente un 75% presentaron Fallo renal crónico (DATOS ESTADÍSTICOS, 2013). El análisis de los datos se realizará utilizando el paquete estadístico SPSS versión 19.

INTRODUCCIÓN

Según SCHMIDT (2011), las enfermedades crónicas no transmisibles han recibido una vigilancia especial de los profesionales de salud en las últimas décadas. Ello se debe a ser un problema de salud global y una amenaza para la salud y el desarrollo humano, entre ellas destaca la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que emerge actualmente como un grave problema de salud pública, debido al importante papel desempeñado en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad de la población mundial, así como a su impacto en la calidad de vida.

Según KUSUMOTA (2008), este aumento creciente de la enfermedad renal terminal se atribuye en buena parte al envejecimiento poblacional y al consiguiente aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, consideradas las principales causas de la IRC.

Según LUKE (2005), la IRC es la etapa más avanzada de desarrollo de la enfermedad renal crónica, progresiva, debilitante e irreversible, que se caracteriza por la incapacidad de los riñones para mantener la homeostasia interna del organismo. Sin embargo, la institución de la terapia de reemplazo renal (TRR) ha contribuido a un aumento de la supervivencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica. En la actualidad, la hemodiálisis, principalmente la terapia convencional, es la más ampliamente utilizada y su funcionamiento se realiza mediante una máquina donde se realiza la filtración de la sangre fuera del cuerpo. Se produce una media de tres veces a la semana durante un período de tres a cinco horas, dependiendo de las necesidades del paciente.

Para ello se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las Características que influyen en la aparición de Insuficiencia Renal en pacientes del Hospital Regional de Loreto. Iquitos – 2014?

Una IRC es un Problema de Salud Pública a nivel mundial, no primordialmente por tener tasas altas de incidencia en la población, sino por la magnitud de sus efectos socioeconómicos. Lamentablemente en nuestro país esta situación no ha sido reconocida aun por las autoridades gubernamentales del sector salud.

Por otro lado, es preciso remarcar que varios autores consideran al estado nutricional, los hábitos alimentarios y los antecedentes familiares factores directamente relacionados con la salud. Por lo que es preciso, investigar en este grupo humano dichas variables.

A nivel local, existen estudios en la que se establece soporte nutricional una vez ya presentada la enfermedad, pero escasos estudios relacionados con los problemas alimentarios o hábitos inadecuados que pudieran predisponer a padecerla.

Por tanto, Frente a esta problemática, se considera pertinente realizar el presente estudio de investigación, dado a que no se encontró antecedentes científicos a nivel local relacionados con las variables a estudiar. Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio tuvo como objetivo conocer aptitudes tomada por la persona durante su vida, con ello nos referimos acerca de su estilo de vida, hábitos alimentarios, su antecedente familiar y personal en pacientes que son diagnosticados por primera vez así como los que están ya dentro del programa de hemodiálisis. Y Con ello, esperar conseguir una comprensión de la realidad individual de las personas con insuficiencia renal crónica, a fin de crear apoyo para la implementación de nuevas estrategias de prevención, enseñanza y práctica para mejorar las condiciones de salud y evitar de alguna manera este desenlace disminuyendo los índices de mortalidad por esta dolencia en nuestra región.

ANTECEDENTES

Escalona y colaboradores (España, 2000), realizaron un estudio sobre las causas de insuficiencia renal crónica en los pacientes del servicio de Nefrología del Hospital Israel Ranuarez de San Juan de Moros, concluyendo que la patología de mayor incidencia fue la hipertensión arterial en los grupos etáreos de 35 a 50 años y con una frecuencia igual en ambos sexos. De la muestra en estudio 70 % presentaron factores de riesgo predisponentes para padecer de insuficiencia renal crónica que pueden modificarse mediante programas de prevención.

Agüero y colaboradores (Nicaragua, 2005), a través de “Un estudio Retrospectivos sobre la Epidemiología de la Insuficiencia renal crónica en el Hospital Central de Maracay” la población en estudio fueron pacientes de área de influencia del HCM y que corresponden a los Estados de Aragua, Guarico, Apure y Parte de Carabobo y Miranda. La muestra estuvo representada por 55 pacientes en programa de diálisis crónica, la investigación tuvo como resultado que las principales causas de insuficiencia renal crónica fueron glomérulo nefritis crónica con un 40%, hipertensión arterial con un 33%, la mortalidad en hemodiálisis fue de 74%. Las causas de muerte fueron las siguientes; infección 33%, cardiovasculares 16.5%, cerebrovasculares, hemorragias, y cáncer metastático con un 16.5% cada una. El trabajo concluye que para poder realizar prevención en I.R.C. es necesario incluir dentro de las áreas específicas de atención a los hipertensos de difícil control implementando un programa que abarque áreas de diagnóstico de la situación actual.

Según Caldera, Elba (Nicaragua, 2010), en su tesis “factores asociados a la insuficiencia renal crónica, en comunidades del municipio de villa el Carmen” cuyo principal objetivo es determinar los factores que se asociaron a la aparición de insuficiencia renal crónica en los pacientes procedentes de este municipio y que fueron diagnosticados clínicamente, Es de tipo analítico de casos y controles retrospectivo, con una muestra que incluye a todos los pacientes que se encontraban registrados en los sistemas de información de ambas unidades de salud. El grupo de edades más afectadas son los de 60-79 años, predominando el sexo masculino, ocupación agricultor, coincidiendo esta con la procedencia del área rural y la exposición a plaguicidas de manera continua y

prolongada. En algunos estilos de vida prevalece la ingesta de alcohol como factor asociado a la patología y la exposición de algún tipo de medicamentos entre estos los antiinflamatorios no esteroideos. En los antecedentes personales, la hipertensión, la infección de vías urinarias, presentaron significancia estadística.

Medina y Castro (Perú, 2000), realizaron los estudios sobre las causas de insuficiencia renal crónica en el servicio de Nefrología del Hospital Edgardo Rebagliati (Lima Perú), concluyendo que las teorías resultantes fueron las glomérulo nefritis (52 %), Diabetes Mellitus (18 %), Nefritis Intersticial (13 %), siguiéndola en orden de frecuencia a la Nefroangiosclerosis, la uropatía obstructiva y el lupus.

A nivel Regional no existen estudios por lo que será de utilidad analizar las características que se asocian a la aparición de esta patología.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1. ESTILOS DE VIDA

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. (COCKERHAM, 2007)

De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad.

Durante los años 80, el estudio del estilo de vida alcanzó un elevado protagonismo en el ámbito de las ciencias biomédicas, debido a que, tras el informe Lalonde, se determinó la importancia de los hábitos de vida y sus determinantes sobre la salud de las personas, definiendo que el estilo de vida, en el ámbito de las ciencias de la salud, podría considerarse como el “conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control”. (LALONDE, 1974)

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aportó una definición más concreta de estilo de vida relacionado con la salud, acordando, durante la XXXI Reunión del Comité Regional para Europa, que es "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales. (KICKBUSCH, 1986)

2. HABITOS ALIMENTARIOS

Los hábitos alimenticios son una serie de conductas y actitudes que tiene una persona al momento de alimentarse, los cuales deberían tener los requerimientos mínimos de nutrientes que aporten al cuerpo la energía suficiente para el desarrollo de las actividades diarias.

Pero el entorno social y cultural hoy en día ha afectado de forma considerable estos hábitos de consumo, teniendo como resultado un conjunto de conductas inadecuadas, los cuales traen como consecuencia una serie de trastornos y enfermedades de tipo metabólico y digestivo que en muchos casos pueden llevar a la muerte.

Existen factores de variadas índole que determinan o afectan la adquisición de los hábitos alimentarios a lo largo de la vida de un individuo. Estos provienen del ámbito genético, fisiológico, social, cultural, psicológico, etc. y se combinan entre ellos, por lo que el estudio del tema resulta complejo. Una de las formas de investigar la adquisición de los hábitos alimentarios es identificar los alimentos preferidos en sujetos con la menor influencia social posible. Sin duda los alimentos con atributos sensoriales agradables corresponderán a los alimentos preferidos y por ende aquellos que tendrán las mayores posibilidades de incorporarse a los hábitos alimentarios de la persona. (ANDREU, 2009).

Según cifras oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 35 millones de personas mueren cada año por enfermedades crónicas no transmisibles, que son ocasionadas por alimentación inadecuada, además afirman que un aproximado de 5% de estas vidas podrían ser salvadas, si solo consumieran de forma adecuada vegetales, hortalizas y frutas. (CHÁVEZ, 2012).

Los hábitos alimentarios también son definidos como el conjunto de costumbres que determina el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Es decir, la alimentación es un conjunto de acciones por medio de las cuales, se le proporciona alimentos al organismo, este proceso inicia desde que somos muy pequeños, con el proceso de ingerir e ir probando ciertos alimentos a

medida que vamos creciendo. Y cuando hablamos de hábitos alimenticios, nos referimos a la forma en la cual comemos y nos alimentamos diariamente. Esta es influenciada por nuestra cultura, religión, etc.

Sin embargo los hábitos alimentarios, son la expresión de la creencia y tradiciones de las personas y están ligadas al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Los factores que condicionan los hábitos alimentarios son de tipo económico, religioso, psicológico y pragmático; dichos factores evolucionan a lo largo de los años y constituye la respuesta a los nuevos estilos de vida, a los nuevos productos a consumir a las comidas rápidas, etc. y se relacionan muy directamente con el aumento de los recursos y con el contacto entre gente de culturas alimentarias distintas.

Los hábitos sanos de alimentación, ejercicio de manera constante y la prevención del consumo de tabaco y alcohol, así como realizarse exámenes de manera periódica, son la mejor manera de prevenir cualquier enfermedad o daño renal. (CORAL, 2009)

3. LOS RIÑONES

Los riñones sanos limpian la sangre eliminando el exceso de líquido, minerales y desechos. También producen hormonas que mantienen sus huesos fuertes y su sangre sana. Pero si los riñones están lesionados, no funcionan correctamente. Pueden acumularse desechos peligrosos en el organismo. Puede elevarse la presión arterial. Su cuerpo puede retener el exceso de líquidos y no producir suficientes glóbulos rojos. A esto se le llama insuficiencia renal.

Si los riñones fallan, necesitará tratamiento para reemplazar las funciones que hacen normalmente. Las opciones de tratamiento son diálisis o un trasplante renal. Cada tratamiento tiene sus beneficios y desventajas. Independientemente del tratamiento que escoja, deberá hacerle algunos cambios a su estilo de vida, incluyendo el tipo de alimentación y planificar sus actividades. Pero, con la ayuda de los profesionales de la salud, la familia y los amigos, la mayoría de las personas con insuficiencia renal puede llevar una vida plena y activa. (FERNÁNDEZ, 2009).

3.1. POR QUÉ FALLAN LOS RIÑONES

Casi todas las enfermedades de los riñones atacan las nefronas y les hacen perder su capacidad de filtración. La lesión a las nefronas puede suceder rápidamente, a menudo como resultado de lesión o intoxicación. Pero casi todas las enfermedades de los riñones destruyen las nefronas lenta y silenciosamente. Quizá pasen muchos años o incluso decenios antes de que se manifieste el daño. Podemos mencionar al riñón lobulado, riñón poliquístico, síndrome de Alport, albuminuria, glomerulonefritis, nefrosis lipoide y lupus. (PASCUAL, 2000).

Las dos causas de enfermedad de los riñones más comunes son la diabetes y tensión arterial (hipertensión). Si su familia tiene antecedentes de problemas de los riñones usted puede correr el riesgo de tener enfermedad renal.

4. INSUFICIENCIA RENAL

En la insuficiencia renal, los riñones pierden la capacidad de filtrar suficiente cantidad de desechos de la sangre y de regular el balance corporal de sal y agua. Con el tiempo, los riñones disminuyen su producción de orina o dejan de producirla por completo. Los productos de desechos y el agua se acumulan en el cuerpo. Esto puede causar un exceso de líquidos que puede poner en peligro la vida (como la insuficiencia cardíaca congestiva), una acumulación peligrosa de los productos de desecho en la sangre y cambios intensos en la composición química de la sangre, que con el tiempo pueden afectar la función del corazón y del cerebro. Existen tres tipos de insuficiencia (falla) de los riñones (también llamada insuficiencia renal). Estos son: (HERNÁNDEZ, 2010).

4.1. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA)

Es un síndrome clínico de inicio rápido, apareciendo aproximadamente en horas o días y caracterizado por una pérdida rápida de la función renal con aparición de una progresiva azoemia (acumulación de productos residuales nitrogenados) y aumento de los valores séricos de creatinina. La uremia es el proceso en que la función renal disminuye hasta un punto en que aparecen síntomas en múltiples sistemas del organismo. La IRA se asocia a menudo con la oliguria (disminución de la diuresis hasta menos de 400 ml/día). Esta enfermedad es reversible, pero presenta una tasa de mortalidad del 50 %.

4.1.1. ETIOLOGÍA

Las causas de la IRA son múltiples y complejas. Puede aparecer tras episodios de hipovolemia, hipotensión grave y prolongada o tras la exposición a un agente nefrotóxico. Las dos causas más comunes de la IRA son la isquemia renal prolongada y las lesiones nefrotóxicas que producen oliguria. La causa que más incidencia de casos provoca es la isquemia renal, que al disminuir la perfusión renal no llega ni oxígeno ni nutrientes para el metabolismo celular, lo que puede provocar necrosis renal. También puede deberse a otros cuadros clínicos como los traumatismos, la sepsis, la administración de sangre de diferente grupo y las lesiones musculares graves.

4.2. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)

Consiste en una destrucción progresiva e irreversible de las nefronas de ambos riñones. Los estadios se definen según el grado de función renal, existiendo hasta cinco estadios. Cuando la velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min, ocurre su último estadio que se trata de la enfermedad renal en estadio terminal (ERET); en esta fase el tratamiento renal es sustitutivo, necesitándose diálisis o trasplante para la supervivencia del paciente. Una persona puede sobrevivir sin necesidad de diálisis incluso tras haber perdido más del 90% de las nefronas. Debido a la falta de alteraciones notables el sujeto puede atravesar diversos estadios de la IRC sin saberlo.

4.2.1. ETIOLOGÍA

De las muchas causas de la IRC, las más comunes son la diabetes mellitus, la hipertensión y la enfermedad de los riñones pilocústicos. Independientemente de la causa, la presentación de la enfermedad es similar, especialmente a medida que el sujeto se aproxima al desarrollo de la IRT.

4.3. ENFERMEDAD RENAL EN SU FASE FINAL

También llamada insuficiencia renal en su fase final. Esta sucede cuando la función del riñón se ha deteriorado hasta el punto que si no se comienzan los tratamientos de diálisis de inmediato, la persona morirá. Normalmente, este es el resultado final de una insuficiencia renal crónica de larga duración, pero muchas veces también sigue la insuficiencia renal aguda.

5. ALIMENTACIÓN Y LOS RIÑONES

Las proteínas son el mayor enemigo si no se toman con moderación; y en algunos casos, el agua se convierte en una fuente de vida para los riñones. La principal función de los riñones es la de eliminar las toxinas del organismo contenidas en la sangre. Son también los encargados de expulsar mediante la orina las sustancias que pueden desecharse y que no son aprovechadas por el organismo.

Los riñones cumplen una importante función, pero pueden sufrir múltiples dolencias, tanto de índole inmunológica como infecciosa, cáncer o cálculos renales. Por ello, es importante tener un control de lo que se come. En todos estos casos, se recomienda seguir una dieta sana y restringir el consumo de algunos alimentos que por sus características pueden perjudicar a estos órganos.

Se ha determinado que la dieta cetogénica, especializada en grasas y baja en hidratos de carbono, puede invertir trastornos de la función renal en personas con diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 y otro tipo de falla renal. Los alimentos que más hacen trabajar a los riñones para su eliminación son las proteínas y grasas que se encuentran, sobre todo, en la carne, los huevos y la leche. Eso sí, tomadas con moderación resultan vitales. (VÁSQUEZ, 2013).

5. LA SALUD SE HEREDA

Si asumimos que la salud es la ausencia de enfermedad, abordaremos el tema al revés: ¿se heredan las enfermedades? Es evidente que no todas las enfermedades se heredan, pero el hecho es que hay individuos con una cierta tendencia a enfermar y otros no. A la tendencia a enfermar se la denomina predisposición, y esta predisposición sí puede ser heredada. Así, de acuerdo con nuestro genoma tendremos una predisposición o no a padecer una determinada enfermedad. Otros ejemplos son mucho más claros: hay familias donde varios miembros han padecido una misma enfermedad a lo largo de varias generaciones; en ese caso es manifiesto que dicha enfermedad ha sido transmitida de generación en generación y por lo tanto es heredable. (CHÁVEZ, 2012).

6. PREDISPOSICIÓN GENÉTICA EN INSUFICIENCIA RENAL

Un médico valenciano estudia la predisposición genética a sufrir hipertensión arterial. “Estamos estudiando los factores genéticos que influyen sobre las personas y las condiciona a sufrir enfermedades de hipertensión arterial sobre todo en el riñón”, detalla el responsable de Medicina Interna del Hospital Clínico de Valencia, José Redón. Este investigador está llevando a cabo un trabajo basado en el estrés oxidativo en los genes que facilita un daño orgánico en el riñón y el corazón. En este sentido, su departamento analiza las modificaciones que se producen en determinados genes del sistema renina-angiotensina y que predisponen a que se puedan producir más dolencias en pacientes hipertensos. “Los genes son normales o iguales en todas las personas, sin embargo, cada individuo es diferente y tiene o no, más o menos disposición a sufrir dolencias de hipertensión”, según Redón, quien comenta que “intentamos averiguar por qué unas personas sufren este daño en el riñón y otras no, y si es por problemas hereditarios y genéticos”. El departamento de este investigador está a punto de encontrar las modificaciones genéticas en el enfermo de hipertensión. Algunos de estos pacientes tienen más posibilidades de desarrollar enfermedades coronarias, de tener un derrame cerebral e insuficiencia renal con más frecuencia que los pacientes normotensos; y todo esto podría estar relacionado con modificaciones genéticas que se producen en los enfermos.

Las enfermedades genéticas pueden ser cromosómicas, monogénicas o multifactoriales. Las enfermedades renales hereditarias más conocidas son las

monogénicas, por alteración de un solo gen, pero las más frecuentes son las complejas, como las nefropatías asociadas a la hipertensión, a la diabetes o a las enfermedades autoinmunes. Las enfermedades genéticas renales representan una causa importante de morbimortalidad. Es muy importante conocer los factores que pueden modificar la expresión clínica de las enfermedades genéticas y dificultar su reconocimiento. El conocimiento de la causa primaria de la enfermedad renal es esencial para su adecuada clasificación, pronóstico y tratamiento, además de su asesoramiento.

Las enfermedades renales hereditarias constituyen una parte importante de la consulta nefrológica diaria. Es preciso sospecharlas para diagnosticarlas, conocer las peculiaridades básicas de los mecanismos de herencia implicados y entender las indicaciones y limitaciones de los estudios genéticos aplicados. Es conveniente la creación de grupos interdisciplinarios para su atención, entre los que se incluyan, en la medida de lo posible, médicos genetistas que puedan contribuir al proceso de diagnóstico y asesoramiento genético familiar. (TORRA, 2003)

MARCO CONCEPTUAL

- **Factores;** elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. (CHÁVEZ, 2012).
- **Insuficiencia renal o fallo renal;** se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente. (VÁSQUEZ, 2013).
- **Características;** son todos aquellos aspectos o variables que configuran el estado e identidad de una entidad en particular, que puede ser tanto una persona como un animal, un vegetal, un objeto o incluso una condición o escenario. (CORAL, 2009)
- **Alimentación;** es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse. (VÁSQUEZ, 2013).
- **Creatinina;** es un compuesto orgánico generado a partir de la degradación de la creatina (que es un nutriente útil para los músculos).

- **Diabetes mellitus (DM)**; es un conjunto de trastornos metabólicos,² que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia. (CORAL, 2009)
- **Organización Mundial de la Salud (OMS)**; es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. (ANDREU, 2009).
- **Estilo de vida**; es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. (ANDREU, 2009).
- **Estilo de vida saludable**; repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, etc. (ANDREU, 2009).
- **Estilo de vida poco saludable**; es causa de numerosas enfermedades como la obesidad o el estrés. Comprende hábitos como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, las prisas, la exposición a contaminantes, etc. (ANDREU, 2009).
- **Nefrología**; es la especialidad médica rama de la medicina interna que se ocupa del estudio de la estructura y la función renal, tanto en la salud como en la enfermedad, incluyendo la prevención y tratamiento de las enfermedades renales.
- **Hematuria**; pérdida de sangre por la orina. (FERNÁNDEZ, 2009).
- **Proteinuria**, la pérdida de proteína, especialmente albúmina, en la orina. (FERNÁNDEZ, 2009).
- **Hipertensión arterial (HTA)**; es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. (FERNÁNDEZ, 2009).
- **Diálisis**; (del griego dialysis, significando disolución, día, significa a través, y lysis, separación) es un proceso mediante el cual se extraen las toxinas y el exceso de agua de la sangre, normalmente como terapia renal sustitutiva tras la pérdida de la función renal en personas con fallo renal. (CHÁVEZ, 2012).
- **Vitamina D**; calciferol o antirraquítica es un heterolípido insaponificable del grupo de los esteroides. Se le llama también vitamina antirraquítica ya que su déficit provoca raquitismo. (FERNÁNDEZ, 2009).

- **Enfermedad renal crónica** (ERC) o Insuficiencia Renal Crónica (IRC); es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG) <60 ml/min/1.73 (CHÁVEZ, 2012).
- **Enfermedad crónica**; a aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. (CHÁVEZ, 2012).
- **Dieta alimentaria**; es la cantidad de principios alimenticios que deben ingerirse diariamente para poder satisfacer las necesidades del organismo. (ANDREU, 2009).
- **Urea**; es un compuesto químico cristalino e incoloro; de fórmula $\text{CO}(\text{NH}_2)_2$. Se encuentra abundantemente en la orina y en la materia fecal. (PASCUAL, 2000).
- **Antecedentes familiares**; se precisan enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables. (ANDREU, 2009).
- **Metabolismo** (del griego μεταβολή, cambio); es el conjunto de reacciones bioquímicas y procesos físico-químicos que ocurren en una célula y en el organismo. (ANDREU, 2009).
- **Calidad de vida**; grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social. (PASCUAL, 2000).
- **Bebida carbonatada**, soda o cola (en Ecuador); es una bebida saborizada, efervescente (carbonatada) y sin alcohol. (ANDREU, 2009).

CAPITULO II

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. GENERAL

- Determinar las características que influyen en la aparición de insuficiencia renal Crónica en pacientes del Hospital Regional de Loreto. Iquitos – 2014.

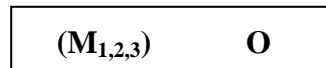
2.2. ESPECÍFICOS

- Identificar si el hábito alimentario es una característica que influyen en la aparición de insuficiencia renal Crónica en pacientes del Hospital Regional de Loreto. Iquitos – 2014.
- Identificar si el estilo de vida es una característica que influyen en la aparición de insuficiencia renal Crónica en pacientes del Hospital Regional de Loreto. Iquitos – 2014.
- Identificar si los antecedente familiar y/o personal es una característica que influyen en la aparición de insuficiencia renal Crónica en pacientes del Hospital Regional de Loreto. Iquitos – 2014.
- Existen características que predisponen en personas aparentemente sanas a padecer Insuficiencia Renal Crónica.

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de Investigación

El método de la investigación fue el no experimental, de tipo Ex Post-Facto. El diseño de la investigación fue el Diseño de Grupo Criterio con una sola muestra, cuyo esquema es:



Leyenda:

O = Observación a la Muestra (pacientes con insuficiencia renal)

$(M_{1,2,3})$ = Variables independientes no manipuladas.

3.2. Selección del área o ámbito de Estudio

El presente estudio se realizó en las instalaciones o planta física del Hospital Regional de Loreto, ubicada en el Distrito de Punchana, accesible a la ciudad de Iquitos; específicamente en el área de Medicina Interna “A”, 2do piso y en el programa de Hemodiálisis 1er piso.

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población

La Población estuvo constituida por todos los pacientes Hospitalizados con IRC y/o comorbilidad con IRC Registrados en el software de base de datos 2012-2013 y aquellos que están dentro del programa de Hemodiálisis del Hospital Regional de Loreto, aproximadamente un total de 596 según registros del referido establecimiento de salud.

3.3.2. Muestra

Estuvo conformada por 100 pacientes, los cuales fueron seleccionados por muestreo no probabilístico. De estos 65 pacientes con IRC y 35 personas aparentemente sana.

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

Donde:

- N = Total de la población
- $Z\alpha = 1.96$ al cuadrado (mi seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (use un 5%).

Reemplazando:

$$n = \frac{596 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (596 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = 65.12$$

Siendo: 65 + 35=100 personas a encuestar.

FUENTE: Dr. Antonio Morillas: Muestreo en poblaciones finitas.

3.3.3. Diseño Muestral

Para la determinación de la muestra, trabajó con el 30% de la población, siendo:

$$m = P * 0.30$$

$$m = 334 * 0.30$$

$$m = 100.2$$

La selección de la muestra se realizó por muestreo aleatorio simple, del total de la población.

3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes adultos entre 18 a 80 años de edad, de ambos sexos.
- Pacientes que estén dentro del programa de Hemodiálisis.
- Que gocen de una óptima salud mental.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Que tengan una edad mayor de 81 años.
- Pacientes que tengan complicaciones.
- Que no gocen de una óptima salud mental.

3.4. Definición operacional de las Variables

Variables	Definición	Indicadores	Índices
Variable Independiente (X1) Hábitos alimentarios	Es la ingesta rutinaria de alimentos Contará con dos niveles:	Frecuencia de consumo Solía Ud. Comer entre una comida a otra: ¿Cuánto de agua (líquidos totales) aproximadamente en vasos ingería diariamente? ¿Consumía: gaseosas, agua gasificada, etc.?(refrescos carbonatados) Calidad de consumo Productos Industriales Alimentos no saludables Alimentos salados (Papitas Lay, chisito, doritos, etc.) Alimentos a dulce	3 veces al día +de 3 Veces al día -de 3 veces al día SI No 6-8 vasos 4-5 vasos Menos de 4 vasos Todos los días 2 ò 3 veces a la semana 1 vez a la semana No consumía Todos los días 2 ò 3 veces a la semana 1 vez a la semana No consumía Todos los días

		(Caramelos, chocolates, galletas, etc.)	2 ò 3 veces a la semana 1 vez a la semana No consumía
		Embutidos (Jamón, salchichas, pate, etc.)	Todos los días 2 ò 3 veces a la semana 1 vez a la semana No consumía
		Instantáneos, Conservas y pre cocidos (Sopas, atún, sardinas, jugos de fruta, Refrescos, salchichas, etc.)	Todos los días 2 ò 3 veces a la semana 1 vez a la semana No consumía
		Alimentos no saludables	Todos los días
		Proteína; Carnes	2 ò 3 veces a la semana
		Especifique:	
		Rojas.....	1 vez a la semana
		Blanca.....	No consumía
		Huevo	Todos los días 2 ò 3 veces a la semana 1 vez a la semana No consumía
		Vísceras	Todos los días 2 ò 3 veces a la

			<p>semana</p> <p>1 vez a la semana</p> <p>No consumía</p>
		<p>Grasas; Lácteos y derivados</p>	<p>Todos los días</p> <p>2 ò 3 veces a la semana</p> <p>1 vez a la semana</p> <p>No consumía</p>
		<p>Carbohidratos;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pan 2. Plátano 3. Yuca 4. Papa 5. Camote 6. Sacha papa 7. Pijuano 8. Fariña 9. tapioca 10. Mazamorra(Harina de plátano, Maíz, Trigo,etc) 	<p>Todos los días</p> <p>2 ò 3 veces a la semana</p> <p>1 vez a la semana</p> <p>No consumía</p>
		<p>Vit. y Minerales:</p> <p>Frutas ;</p> <p>Especifique preferencia:.....</p> <p>verduras</p> <p>Especifique preferencia:.....</p>	<p>Todos los días</p> <p>2 ò 3 veces a la semana</p> <p>1 vez a la semana</p> <p>No consumía</p>
			<p>Guisos</p>

		Ud. Prefería sus alimentos preparados en:	Fritos Sancochados Asados
		Adicionaba sal, a las preparaciones servido en su mesa	Siempre casi siempre A veces Nunca
		Cuántas cucharaditas de azúcar solía agregar a su taza (te, café, etc.)	Nada 2 3 +de 3
Variable Independiente (X2) Estilo de vida	Es el conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.	¿Realizaba al menos un chequeo médico (de control) por año?	a) Sí. b) Me hacia chequeos, pero pasaba más de un año entre uno y otro. ³ c) No suelo realizarme chequeos médicos. O sólo lo hago cuando tengo algún problema de salud. ²
		¿Realizaba actividad física	Todos los días

		<p>como: jugar fútbol, básquetbol, voleibol, karate o artes marciales, andar en bicicleta, correr, hacer gimnasia, Aeróbicos, nadar u otros?</p> <p>Automedicación: ¿solía correr a la farmacia por un medicamento ante cualquier malestar?</p> <p>Tomaba siempre interés en su medicación por su medico (dosis correcta, frecuencia, fármaco prescrito, etc.)</p> <p>¿Acompañaba sus medicinas con un vaso de agua?</p> <p>¿Ha sufrido caída, golpe, etc. A nivel de la parte baja de la espalda?</p> <p>¿Por accidente ha ingerido veneno (órgano fosforado, etc.)?</p>	<p>2 0 3 veces a la sem 1 vez a la semana No realizo</p> <p>si no</p> <p>si no</p> <p>si no</p> <p>si no</p> <p>si no</p>
--	--	---	---

	<p>¿Ha sufrido intoxicación por algún medicamento?</p>	<p>si no</p>
	<p>¿Implicaba su trabajo estar sentado o parado largo tiempo?</p>	<p>si no</p>
	<p>¿Ha sufrido alguna patología en la cual se ha presentado cuadro de vomito, diarrea, fiebre por largos periodos de tiempo?</p>	<p>si no</p>
	<p>Usted fumaba:</p>	<p>Diariamente Algunas veces Nunca</p>
	<p>Tomaba algún tipo alcohol:</p>	<p>Diariamente Algunas veces Nunca</p>
	<p>¿En tus tiempos libres que le gustaba hacer?</p>	<p>Veo TV Como Realizo tarea pendiente</p>

<p>Variable Independiente (X3) Genotipo</p>	<p>Son el conjunto de características genéticas que pueden predisponer para la aparición de una enfermedad por herencia familiar.</p>	<p>Tiene o tuvo familiares con historia clínica de Insuficiencia renal. Nivel de parentesco con el familiar enfermo</p>	<p>Si No Padres o hermanos Familiares cercanos Familiares lejanos</p>
<p>Variable Dependiente (Y) Insuficiencia Renal</p>	<p>Es la pérdida de la capacidad que tienen los riñones para filtrar suficiente cantidad de desechos de la sangre y de regular el balance corporal de sal y agua.</p>	<p>Tiene alguna enfermedad crónica. Tipo de daño que tiene el riñón. Producción de orina</p>	<p>Diabetes HTA Obesidad Riñón poliquístico Infección urinaria Cálculos renales Albuminuria Glomerulonefritis Nefrosis lipoide Lupus. Otros. Normal Escaso Muy Escaso Nada</p>

		Fase en que se encuentra la IR	Crónica Fase Final
		Es frecuente en Ud. Una infección a la garganta por estreptococos	Si No

Fuente: Autora

3.5. Hipótesis

Existe la predisposición estadísticamente significativa entre los Hábitos Alimentarios, el estilo de vida y los antecedentes personal, familiar en pacientes con Insuficiencia Renal crónica , hospitalizados y AP sanos en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2014.

3.6. Procedimiento para la recolección de la información

Técnicas

La técnica a que se utilizó fue la encuesta y la observación directa, la cual permitió realizar las acciones pertinentes para obtener los datos del proyecto.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron tres cuestionarios y la ficha de recolección de datos, la cual permitió recolectar la información necesaria para el proyecto de investigación.

Procedimientos de recolección de datos

Se consideró las siguientes actividades:

- Se solicitó un documento de autorización al Decanato de la Facultad de Industrias Alimentarias, para la presentación respectiva ante las autoridades del establecimiento de salud.
- Se solicitó autorización al Presidente del Comité de Ética en Investigación, para llevar a cabo el presente estudio de investigación.
- Se solicitó una entrevista con los responsables del Área Medicina “A” y servicio de Hemodiálisis del Hospital Regional de Loreto, para coordinar el contacto inicial con los pacientes y autorizar su participación voluntaria a través del consentimiento informado.
- Una vez obtenida la autorización respectiva de los sujetos de la muestra, se les dio a conocer el propósito del estudio y se coordinó fecha y hora para la aplicación de los instrumentos: Cuestionarios.
- Los datos se recolectó en el Servicio de Medicina Interna “A” y Hemodiálisis del HRL, de lunes a sábado en el horario variado y sujeto a los 4 turnos de diálisis de 10 a .m. – 12 p.m. y de 2 p.m. – 6 p.m. durante 60 días.
- Después de la recolección de datos se procedió a la sistematización de la información para su análisis estadístico correspondiente, para lo cual se contará con el programa estadístico PASW versión 19 para Windows XP/Vista/7/8.
- Luego se elaboró la base de datos con la información y se procedió a la aplicación de pruebas estadísticas descriptiva e inferencial.
- Terminado el análisis y la interpretación de los hallazgos se procedió a eliminar los instrumentos de recolección de datos.
- Finalmente se elaboró el informe final del trabajo.

3.7. Análisis de Datos

El análisis de los datos se realizó a través de la estadística descriptiva, aplicando tablas y gráficos; utilizando promedio y porcentajes, posteriormente se procesó el ingreso de datos a través del paquete estadístico PASW versión 19 para Windows XP/Vista/7/8.

3.8. Aspectos Éticos

La información recolectada para el estudio se realizará estrictamente del Hospital Regional de Loreto, de esta forma garantizamos que los resultados serán de los pacientes con cuadro de insuficiencia renal crónica de esta centro de salud pero se guardará en forma reservada la identidad individual de los encuestados ya que la encuesta será anónima, por otro lado los pacientes seleccionados serán tratados con respeto, a la integridad física y moral.

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

Tabla N° 01

Frecuencia de consumo de alimentos por día.

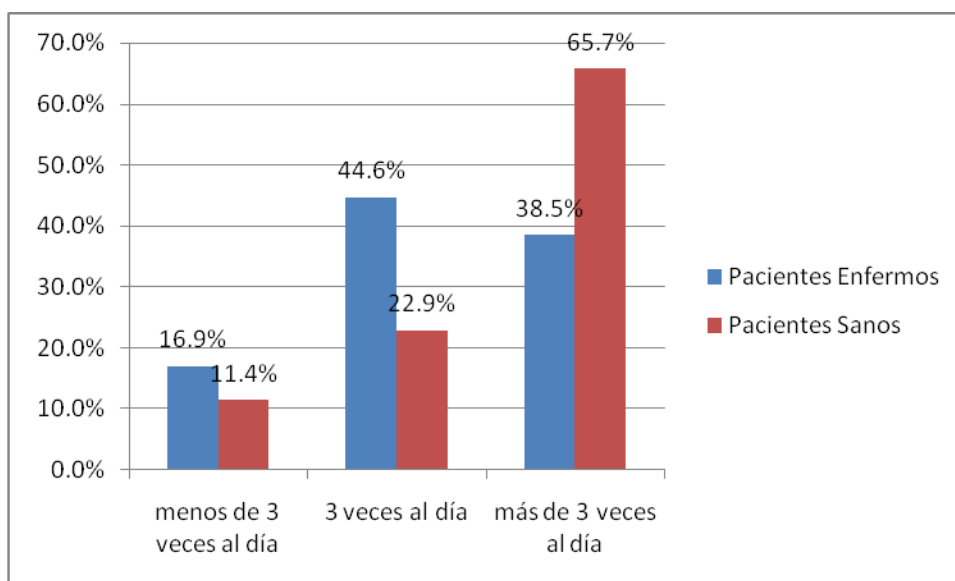
Frecuencia de consumo	menos de 3 veces al día		3 veces al día		más de 3 veces al día		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	11	16.9%	29	44.6%	25	38.5%	65
Pacientes AP Sanos	4	11.4%	8	22.9%	23	65.7%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 01, se observa la frecuencia de consumo de alimentos por día, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 16.9% consume alimentos menos de 3 veces al día, el 44.6% lo hace 3 veces al día y el 38.5%, consume alimentos más de 3 veces al día; en pacientes aparentemente sanos, de un total de 35 personas: el 11.4% consume alimentos menos de 3 veces al día, el 22.9% lo hace 3 veces al día y el 65.7%, consume alimentos más de 3 veces al día.

Gráfico N° 01

Frecuencia de consumo de alimentos por día.



Fuente: Autora

Tabla N° 02

Costumbre de consumir alimentos entre comidas.

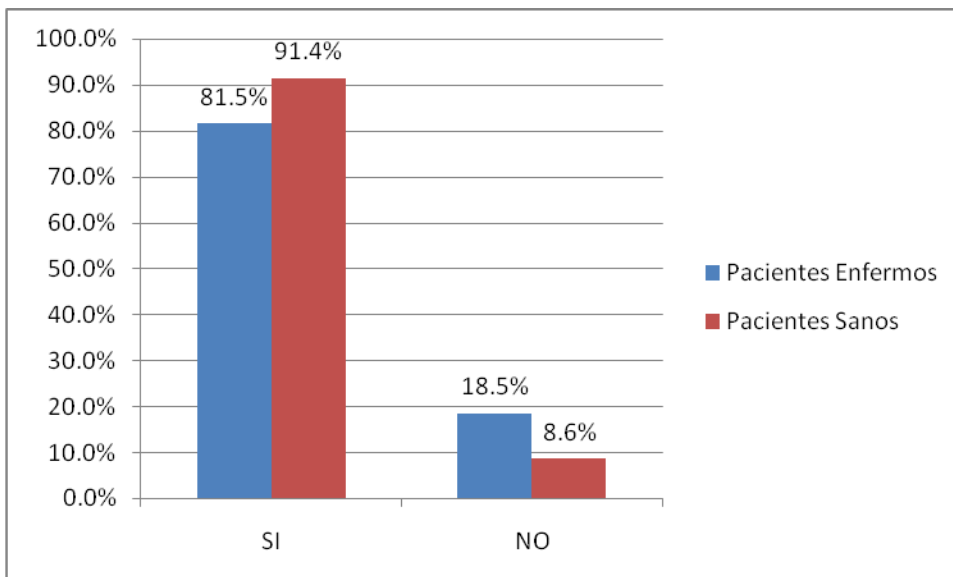
Comer entre una comida a otra	SI		NO		TOTAL
	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	53	81.5%	12	18.5%	65
Pacientes AP Sanos	32	91.4%	3	8.6%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 02, se observa cierta Costumbre de consumir alimentos entre comidas, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 81.5% afirma tener esta costumbre y el 18.5%, dice no tenerla; en pacientes aparentemente sanos, de un total de 35 personas: el 91.4% afirma tener esta costumbre y el 8.6% dice no tenerla.

Gráfico N° 02

Costumbre de consumir alimentos entre comidas.



Fuente: Autora

Tabla N° 03

Cantidad de agua que consumía normalmente.

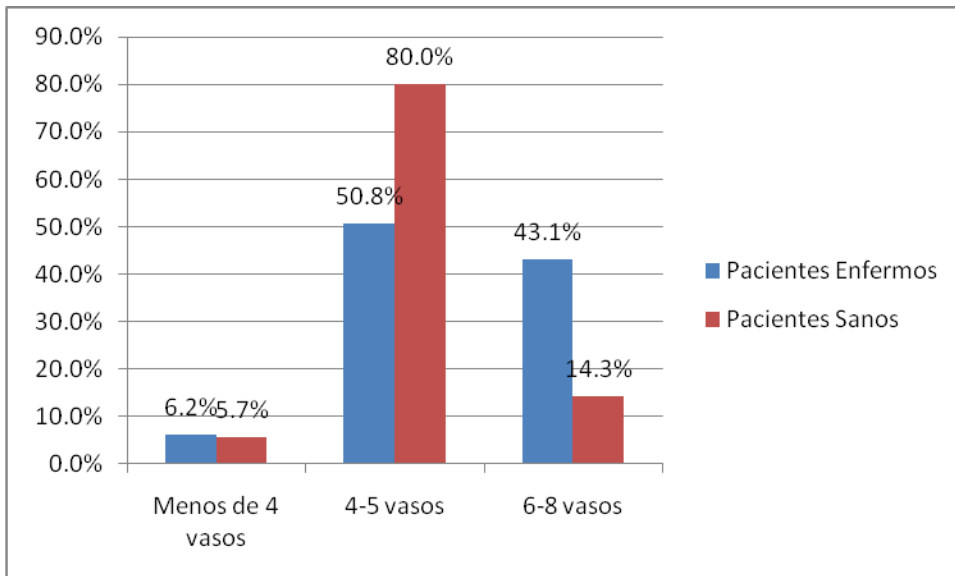
Líquidos totales	Menos de 4 vasos		4-5 vasos		6-8 vasos		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	4	6.2%	33	50.8%	28	43.1%	65
Pacientes AP Sanos	2	5.7%	28	80.0%	5	14.3%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 03, se observa la Cantidad de agua que consumía normalmente., donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 6.2% dice haber consumido menos de 4 vasos, el 50.8% entre 4 – 5 vasos y el 43.1%, alrededor de 6 – 8 vasos, y en pacientes AP sanos de un total de 35 personas: el 5.7% menos de 4 vasos, el 80.0% entre 4-5 vasos y el 14.3%, de 6 -8 vasos al día.

Grafico N° 03

Cantidad de agua que consumía normalmente.



Fuente: Autora

Tabla N° 04

Frecuencia de consumo de bebidas carbonatadas.

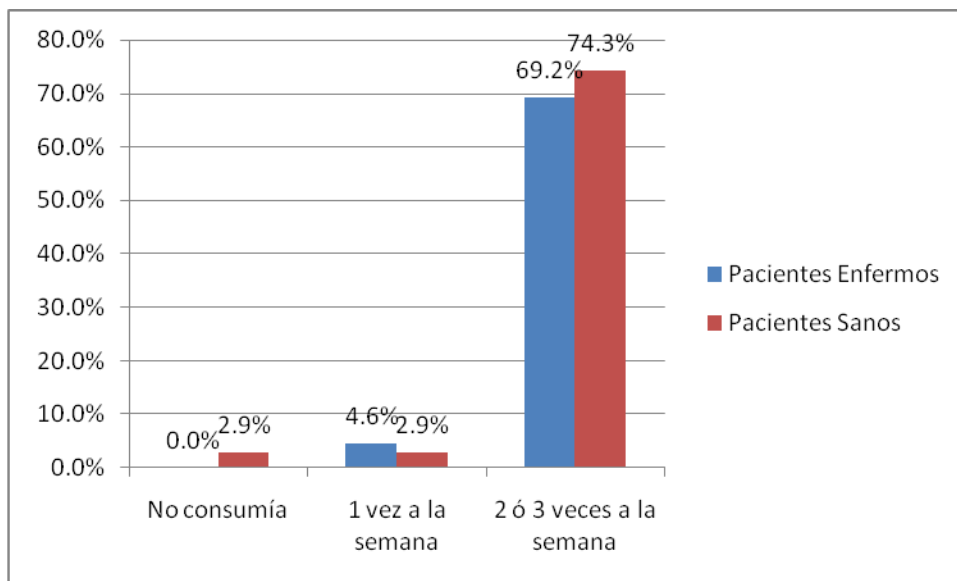
Consumo de bebidas carbonatadas	No consumía		1 vez a la semana		2 ó 3 veces a la semana		Todos los días		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	0	0.0%	3	4.6%	45	69.2%	17	26.2%	65
Pacientes AP Sanos	1	2.9%	1	2.9%	26	74.3%	7	20.0%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 04, se observa la Frecuencia de consumo de bebidas carbonatadas., donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 4.6% lo hace 1 vez a la semana y el 69.2%, consume 2 ò 3 a la semana y el 26.2% todos los días; en pacientes aparentemente sanos, de un total de 35 personas: el 2.9% no consume, el 2.9% lo hace 1 vez a la semana, el 74.3%, consume alimentos de 2 ò 3 veces a la semana y 20.0% todos los días.

Grafico N° 04

Frecuencia de consumo de bebidas carbonatadas.



Fuente: Autora

Tabla N° 05

Frecuencia de consumo de algunos productos industrializados (alimentos no saludables), en pacientes enfermos.

Productos Industriales	No consumía		1 vez a la semana		2 ó 3 veces a la semana		Todos los días		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alimentos salados (papitas, chisito, etc)	7	10.8%	3	4.6%	45	69.2%	10	15.4%	65
Alimentos dulces (caramelos, chocolates, galletas, etc)	4	6.2%	7	10.8%	39	60.0%	15	23.1%	65
Embutidos (jamón, salchichas, pate, etc)	1	1.5%	14	21.5%	42	64.6%	8	12.3%	65
Instantáneos, conservas y precocidos.	0	0.0%	6	9.2%	47	72.3%	12	18.5%	65

Fuente: Autora

En la Tabla N° 05, se observa la Frecuencia de consumo de algunos productos industrializados (alimentos no saludables), en pacientes enfermos, donde se tiene que referente a alimentos salados, de un total de 65 personas: el 10.8% no consume, el 4.6% lo hace 1 veces a la semana y el 69.2%, consume 2 ò 3 a la semana y el 15.4% todos los días; referente a alimentos dulces, de un total de 65 personas: el 6.2% no consume, el 10.8% lo hace 1 veces a la semana y el 60.0% consume 2 ò 3 a la semana y el 23.1% todos los días; referente a los embutidos, de un total de 65 personas: el 1.5% no consume, el 21.5% lo hace 1 veces a la semana y el 64.6% consume 2 ò 3 a la semana y el 12.3% todos los días; referente a Instantáneos, conservas y precocidos., de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 9.2% lo hace 1 veces a la semana y el 72.3% consume 2 ò 3 a la semana y el 18.5% todos los días.

Tabla N° 06

Frecuencia de consumo de algunos productos industrializados (alimentos no saludables), en pacientes AP sanos

Productos Industriales	No consumía		1 vez a la semana		2 ó 3 veces a la semana		Todos los días		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alimentos salados (papitas, chisito, etc)	1	2.9%	2	5.7%	23	65.7%	9	25.7%	35
Alimentos dulces (caramelos, chocolates, galletas, etc)	0	0.0%	3	8.6%	28	80.0%	4	11.4%	35
Embutidos (jamón, salchichas, pate, etc)	1	2.9%	1	2.9%	30	85.7%	3	8.6%	35
Instantáneos, conservas y precocidos.	0	0.0%	1	2.9%	29	82.9%	5	14.3%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 06, se observa la Frecuencia de consumo de algunos productos industrializados (alimentos no saludables), en pacientes AP sanos, donde se tiene que referente a alimentos salados, de un total de 65 personas: el 2.9% no consume, el 5.7% lo hace 1 veces a la semana y el 65.7% consume 2 ò 3 a la semana y el 25.7% todos los días; referente a alimentos dulces, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 8.6% lo hace 1 veces a la semana y el 80.0% consume 2 ò 3 a la semana y el 11.4% todos los días; referente a los embutidos, de un total de 65 personas: el 2.9% no consume, el 2.9% lo hace 1 veces a la semana y el 85.7% consume 2 ò 3 a la semana y el 8.6% todos los días; referente a Instantáneos, conservas y precocidos., de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 2.9% lo hace 1 veces a la semana y el 82.9% consume 2 ò 3 a la semana y el 14.3% todos los días.

Tabla N° 07

Frecuencia de consumo de alimentos saludables, en pacientes enfermos

Por grupo de alimentos saludables	No consumía		1 vez a la semana		2 ó 3 veces a la semana		Todos los días		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Carnes	0	0.0%	1	1.5%	9	13.8%	55	84.6%	65
Huevo	0	0.0%	3	4.6%	52	80.0%	10	15.4%	65
Vísceras	2	3.1%	11	16.9%	50	76.9%	2	3.1%	65
Lácteos y Derivados	3	4.6%	5	7.7%	14	21.5%	43	66.2%	65
Pan	0	0.0%	0	0.0%	3	4.6%	62	95.4%	65
Plátano	1	1.5%	1	1.5%	11	16.9%	52	80.0%	65
Yuca	0	0.0%	1	1.5%	41	63.1%	23	35.4%	65
Papa	1	1.5%	11	16.9%	41	63.1%	12	18.5%	65
Camote	7	10.8%	41	63.1%	11	16.9%	6	9.2%	65
Sachapapa	49	75.4%	5	7.7%	6	9.2%	5	7.7%	65
Pijuayo	7	10.8%	36	55.4%	16	24.6%	6	9.2%	65
Fariña	3	4.6%	27	41.5%	27	41.5%	8	12.3%	65
Tapioca	2	3.1%	13	20.0%	37	56.9%	13	20.0%	65
Mazamorra	0	0.0%	4	6.2%	25	38.5%	36	55.4%	65
Frutas	2	3.1%	14	21.5%	44	67.7%	5	7.7%	65
Verduras	5	7.7%	16	24.6%	42	64.6%	2	3.1%	65
Promedio	5.1	7.9%	11.8	18.2%	26.8	41.3%	21.3	32.7%	65

Fuente: Autora

En la Tabla N° 07, se observa la Frecuencia de consumo de alimentos saludables, en pacientes enfermos, donde se tiene que referente a carnes, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 1.5% lo hace 1 veces a la semana y el 13.8% consume 2 ó 3 a la semana y el 84.6% todos los días; referente a Huevos, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 4.6% lo hace 1 veces a la semana y el 80.0% consume 2 ó 3 a la semana y el 15.4% todos los días; referente a las vísceras, de un total de 65 personas: el 3.1% no consume, el 16.9% lo hace 1 veces a la semana y el 76.9% consume 2 ó 3 a la semana y el

3.1% todos los días; referente a el grupo de lácteos y derivados, de un total de 65 personas: el 4.6% no consume, el 7.7% lo hace 1 veces a la semana y el 21.5% consume 2 ò 3 a la semana y el 66.2% todos los días. Referente a pan, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 0.0% lo hace 1 veces a la semana y el 4.6% consume 2 ò 3 a la semana y el 95.4% todos los días; referente a las plátano, de un total de 65 personas: el 1.5% no consume, el 1.5% lo hace 1 veces a la semana y el 16.9% consume 2 ò 3 a la semana y el 80.0% todos los días; referente a yuca, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 1.5% lo hace 1 veces a la semana y el 63.1% consume 2 ò 3 a la semana y el 35.4% todos los días; referente a las papa, de un total de 65 personas: el 1.5% no consume, el 16.9% lo hace 1 veces a la semana y el 63.1% consume 2 ò 3 a la semana y el 18.5% todos los días; referente a camote, de un total de 65 personas: el 10.8% no consume, el 63.1% lo hace 1 veces a la semana y el 16.9% consume 2 ò 3 a la semana y el 9.2% todos los días; referente a las sachapapa, de un total de 65 personas: el 75.4% no consume, el 7.7% lo hace 1 veces a la semana y el 9.2% consume 2 ò 3 a la semana y el 7.7% todos los días; referente a pijuayo, de un total de 65 personas: el 10.8% no consume, el 55.4% lo hace 1 veces a la semana y el 24.6% consume 2 ò 3 a la semana y el 9.2% todos los días; referente a las fariña, de un total de 65 personas: el 4.6% no consume, el 41.5% lo hace 1 veces a la semana y el 41.5% consume 2 ò 3 a la semana y el 12.3% todos los días; referente a tapioca, de un total de 65 personas: el 3.1% no consume, el 20.0% lo hace 1 veces a la semana y el 56.9% consume 2 ò 3 a la semana y el 20.0% todos los días; referente a las mazamorras, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 6.2% lo hace 1 veces a la semana y el 38.5% consume 2 ò 3 a la semana y el 55.4% todos los días; referente a frutas, de un total de 65 personas: el 3.1% no consume, el 21.5% lo hace 1 veces a la semana y el 67.7% consume 2 ò 3 a la semana y el 7.7% todos los días; referente a las verduras, de un total de 65 personas: el 7.7% no consume, el 24.6% lo hace 1 veces a la semana y el 64.6% consume 2 ò 3 a la semana y el 3.1% todos los días.

Tabla N° 08

Preferencias en consumo de tipos de carnes, en pacientes enfermos

Por grupo de alimentos saludables	Preferencia	
	N	%
pescado	10	15.4%
pollo	27	41.5%
cerdo	6	9.2%
res	12	18.5%
carne del monte	10	15.4%
total	65	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 08, se observa la Preferencias en consumo de tipos de carnes, en pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 15.4% prefiere pescado, el 41.5% prefiere pollo, el 9.2% opta por cerdo, el 18.5% res y el 15.4% algún tipo de carne del monte.

Tabla N° 09

Preferencias en consumo de tipos de frutas, en pacientes enfermos

Por grupo de alimentos saludables	Preferencia	
	N	%
aguaje	4	6.2%
naranja	5	7.7%
mandarina	3	4.6%
sandia	4	6.2%
mamey	2	3.1%
mango	2	3.1%
piña	1	1.5%
papaya	14	21.5%
plátano-maduro	10	15.4%
uva	6	9.2%
zapote	1	1.5%
camu camu	1	1.5%
cocona	1	1.5%
manzana	8	12.3%
chirimoya	1	1.5%
ninguno	2	3.1%
total	65	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 09, se observa la Preferencias en consumo de tipos de frutas, en pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 6.2% prefiere aguaje, el 7.7% prefiere naranja, el 4.6% opta por mandarina, el 6.2% sandia, el 3.1% mamey, el 3.1% prefiere mango, el 1.5% prefiere piña, el 21.5% opta por papaya, el 15.4% plátano - maduro, el 9.2% uva el 1.5% prefiere zapote, el 1.5% prefiere camu camu, el 1.5% opta por cocona, el 12.3% manzana, el 1.5% chirimoya y el 3.1% ninguna fruta.

Tabla N° 10

Preferencias en consumo de tipos de verduras, en pacientes enfermos

Por grupo de alimentos saludables	Preferencia	
	N	%
pepino	14	21.5%
tomate	21	32.3%
caigua	3	4.6%
brócoli	7	10.8%
ninguno	5	7.7%
cebolla	5	7.7%
lechuga	1	1.5%
repollo	4	6.2%
rábano	4	6.2%
beterraga	1	1.5%
total	65	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 10, se observa la Preferencias en consumo de tipos de verduras, en pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 21.5% prefiere pepino, el 32.3% prefiere tomate, el 4.6% opta por caigua, el 10.8% brócoli, el 7.7% ninguna verdura, el 7.7% prefiere cebolla, el 1.5% prefiere lechuga, el 6.2% opta por repollo, el 6.2% rábano, el 1.5% beterraga.

Tabla N° 11

Frecuencia de consumo de alimentos, en pacientes AP sanos

Por grupo de alimentos saludables	No consumía		1 vez a la semana		2 ó 3 veces a la semana		Todos los días		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Carnes	0	0.0%	0	0.0%	4	11.4%	31	88.6%	35
Huevo	0	0.0%	0	0.0%	22	62.9%	13	37.1%	35
Vísceras	0	0.0%	6	17.1%	29	82.9%	0	0.0%	35
Lácteos y Derivados	0	0.0%	0	0.0%	20	57.1%	15	42.9%	35
Pan	0	0.0%	0	0.0%	7	20.0%	28	80.0%	35
Plátano	0	0.0%	0	0.0%	5	14.3%	30	85.7%	35
Yuca	0	0.0%	1	2.9%	24	68.6%	10	28.6%	35
Papa	0	0.0%	2	5.7%	33	94.3%	0	0.0%	35
Camote	0	0.0%	28	80.0%	6	17.1%	1	2.9%	35
Sachapapa	32	91.4%	3	8.6%	0	0.0%	0	0.0%	35
Pijuayo	0	0.0%	25	71.4%	9	25.7%	1	2.9%	35
Fariña	0	0.0%	5	14.3%	29	82.9%	1	2.9%	35
Tapioca	0	0.0%	2	5.7%	26	74.3%	7	20.0%	35
Mazamorra	0	0.0%	0	0.0%	24	68.6%	11	31.4%	35
Frutas	3	8.6%	3	8.6%	26	74.3%	3	8.6%	35
Verduras	3	8.6%	3	8.6%	27	77.1%	2	5.7%	35
Promedio	2.4	6.8%	4.9	13.9%	18.2	52.0%	9.6	27.3%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 07, se observa la Frecuencia de consumo de alimentos saludables, en pacientes AP sanos, donde se tiene que referente a carnes, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 0.0% lo hace 1 veces a la semana y el 11.4% consume 2 ó 3 a la semana y el 88.6% todos los días; referente a Huevos, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 0.0% lo hace 1 veces a la semana y el 62.9% consume 2 ó 3 a la semana y el 37.1% todos los días; referente a las vísceras, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 17.1% lo hace 1 veces a la semana y el 82.9% consume 2 ó 3 a la semana y el

0.0% todos los días; referente a el grupo de lácteos y derivados, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 0.0% lo hace 1 veces a la semana y el 57.1% consume 2 ò 3 a la semana y el 42.9% todos los días. Referente a pan, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 0.0% lo hace 1 veces a la semana y el 20.0% consume 2 ò 3 a la semana y el 80.0% todos los días; referente a las plátano, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 0.0% lo hace 1 veces a la semana y el 14.3% consume 2 ò 3 a la semana y el 85.7% todos los días; referente a yuca, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 2.9% lo hace 1 veces a la semana y el 68.6% consume 2 ò 3 a la semana y el 28.6% todos los días; referente a las papa, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 5.7% lo hace 1 veces a la semana y el 94.3% consume 2 ò 3 a la semana y el 0.0% todos los días; referente a camote, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 80.0% lo hace 1 veces a la semana y el 17.1% consume 2 ò 3 a la semana y el 2.9% todos los días; referente a las sachapapa, de un total de 65 personas: el 91.4% no consume, el 8.6% lo hace 1 veces a la semana y el 0.0% consume 2 ò 3 a la semana y el 0.0% todos los días; referente a pijuayo, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 71.4% lo hace 1 veces a la semana y el 25.7% consume 2 ò 3 a la semana y el 2.9% todos los días; referente a las fariña, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 14.3% lo hace 1 veces a la semana y el 82.9% consume 2 ò 3 a la semana y el 2.9% todos los días; referente a tapioca, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 5.7% lo hace 1 veces a la semana y el 74.3% consume 2 ò 3 a la semana y el 20.0% todos los días; referente a las mazamoras, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume, el 0.0% lo hace 1 veces a la semana y el 68.6% consume 2 ò 3 a la semana y el 31.4% todos los días; referente a frutas, de un total de 65 personas: el 8.6% no consume, el 8.6% lo hace 1 veces a la semana y el 74.3% consume 2 ò 3 a la semana y el 8.6% todos los días; referente a las verduras, de un total de 65 personas: el 8.6% no consume, el 8.6% lo hace 1 veces a la semana y el 77.1% consume 2 ò 3 a la semana y el 5.7% todos los días.

Tabla N° 12

Preferencias en consumo de tipos de carnes, en pacientes AP sanos

Por grupo de alimentos saludables	Preferencia	
	N	%
pescado	2	5.7%
pollo	17	48.6%
cerdo	3	8.6%
res	9	25.7%
carne del monte	4	11.4%
total	35	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 12, se observa la Preferencias en consumo de tipos de carnes, en pacientes AP sanos, de un total de 65 personas: el 5.7% prefiere pescado, el 48.6% prefiere pollo, el 8.6% opta por cerdo, el 25.7% res y el 11.4% algún tipo de carne del monte.

Tabla N° 13

Preferencias en consumo de tipos de frutas, en pacientes AP sanos

Por grupo de alimentos saludables	Preferencia	
	N	%
granadilla	4	11.4%
aguaje	5	14.3%
naranja	4	11.4%
mandarina	1	2.9%
sandia	1	2.9%
mamey	2	5.7%
mango	2	5.7%
piña	1	2.9%
papaya	4	11.4%
plátano-maduro	2	5.7%
uva	1	2.9%
zapote	1	2.9%
Camu camu	1	2.9%
cocona	1	2.9%
manzana	1	2.9%
chirimoya	1	2.9%
ninguno	3	8.6%
total	35	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 13, se observa la Preferencias en consumo de tipos de frutas, en pacientes AP sanos, de un total de 65 personas: el 11.4% prefiere granadilla, el 14.3% prefiere aguaje, el 11.4% prefiere naranja, el 2.9% opta por mandarina, el 2.9% sandia, el 5.7% mamey, el 5.7% prefiere mango, el 2.9% prefiere piña, el 11.4% opta por papaya, el 5.7% plátano - maduro, el 2.9% uva el 2.9% prefiere zapote, el 2.9% prefiere camu camu, el 2.9% opta por cocona, el 2.9% manzana, el 2.9% chirimoya y el 8.6% ninguna fruta.

Tabla N° 14

Preferencias en consumo de tipos de verduras, en pacientes AP sanos

Por grupo de alimentos saludables	Preferencia	
	N	%
pepino	14	40.0%
tomate	8	22.9%
caigua	3	8.6%
brocoli	2	5.7%
ninguno	3	8.6%
cebolla	1	2.9%
lechuga	1	2.9%
repollo	3	8.6%
rábano	0	0.0%
beterraga	0	0.0%
total	35	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 14, se observa la Preferencias en consumo de tipos de verduras, en pacientes AP sanos, de un total de 65 personas: el 40.0% prefiere pepino, el 22.9% prefiere tomate, el 8.6% opta por caigua, el 5.7% brócoli, el 8.6% ninguna verdura, el 2.9% prefiere cebolla, el 2.9% prefiere lechuga, el 8.6% opta por repollo, el 0.0% rábano, el 0.0% beterraga.

Tabla N° 15

Preferencias en la preparación de alimentos

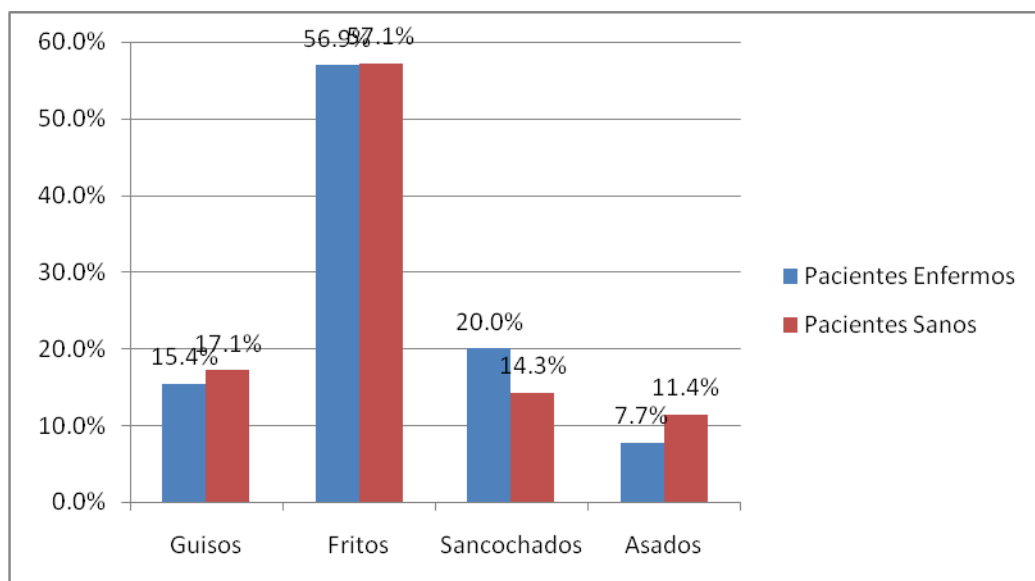
Preferencia en la preparación de alimentos	Guisos		Fritos		Sancochados		Asados		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	10	15.4%	37	56.9%	13	20.0%	5	7.7%	65
Pacientes AP Sanos	6	17.1%	20	57.1%	5	14.3%	4	11.4%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 15, se observa la Preferencias en la preparación de alimentos, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 15.4% prefiere sus alimentos en guisos, el 56.9% en fritos, el 20.0%, en sancochados y el 7.7% en asados; en pacientes aparentemente AP sanos, de un total de 35 personas: el 17.1% prefiere sus alimentos en guisos, el 57.1% en fritos, el 14.3%, en sancochados y el 11.4% en asados.

Gráfico N° 15

Preferencias en la preparación de alimentos



Fuente: Autora

Tabla N° 16

Preferencias en la adición de sal a las comidas.

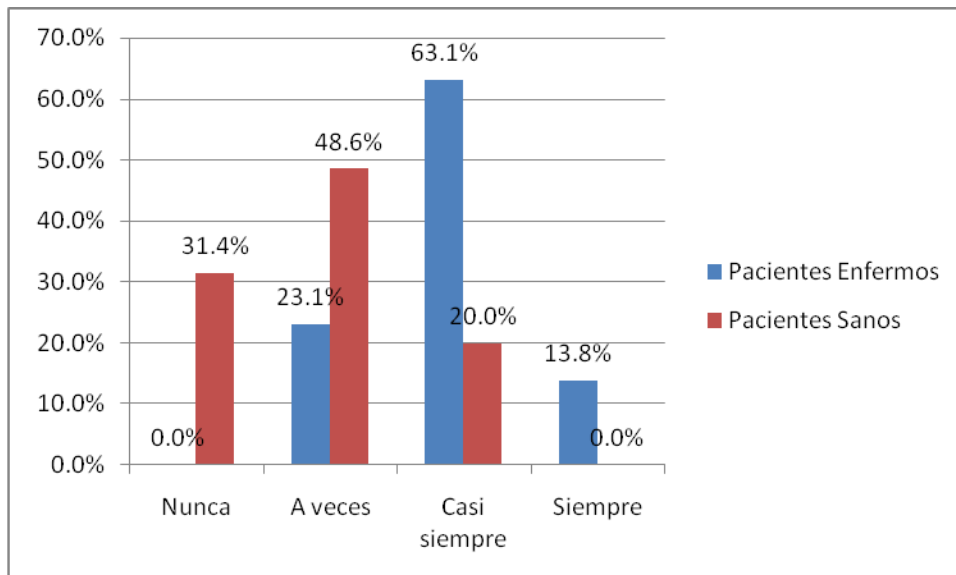
Adición de sal	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	0	0.0%	15	23.1%	41	63.1%	9	13.8%	65
Pacientes AP Sanos	11	31.4%	17	48.6%	7	20.0%	0	0.0%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 16, se observa la Preferencias en la adición de sal a las comidas, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 0.0% nunca adiciona sal a sus preparaciones, el 23.1% a veces, el 63.1%, casi siempre y el 13.8% siempre; en pacientes AP sanos, de un total de 35 personas: el 31.4% nunca adiciona sal a sus preparaciones, el 48.6% a veces, el 20.0%, casi siempre y el 0.0% siempre.

Gráfico N° 16

Preferencias en la adición de sal a las comidas.



Fuente: Autora

Tabla N° 17

Preferencias en el consumo de azúcar.

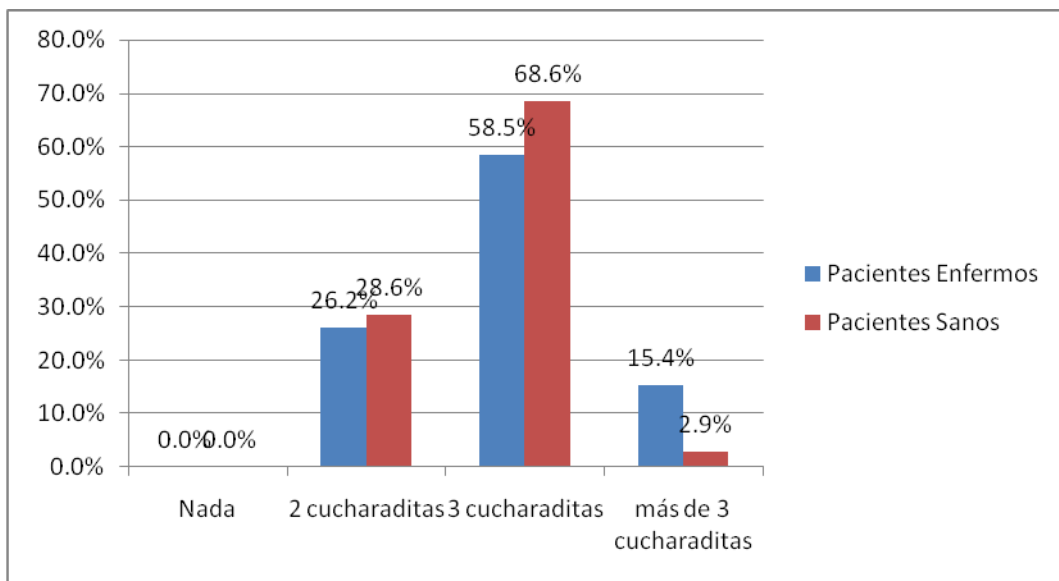
Adición de azúcar	Nada		2 cucharaditas		3 cucharaditas		más de 3 cucharaditas		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	0	0.0%	17	26.2%	38	58.5%	10	15.4%	65
Pacientes Sanos	0	0.0%	10	28.6%	24	68.6%	1	2.9%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 17, se observa la Preferencias en el consumo de azúcar, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 0.0% no consume azúcar en sus bebidas, el 26.2% 2 cucharaditas, el 58.5% 3 cucharaditas y el 15.4% mas de 3 cucharaditas; en pacientes AP sanos, de un total de 35 personas: el 0.0% no consume azúcar en sus bebidas, el 28.6% 2 cucharaditas, el 68.6% 3 cucharaditas y el 2.9% mas de 3 cucharaditas.

Gráfico N° 17

Preferencias en el consumo de azúcar.



Fuente: Autora

Tabla N° 18

Hábito por visitar al médico para realizar chequeos de salud.

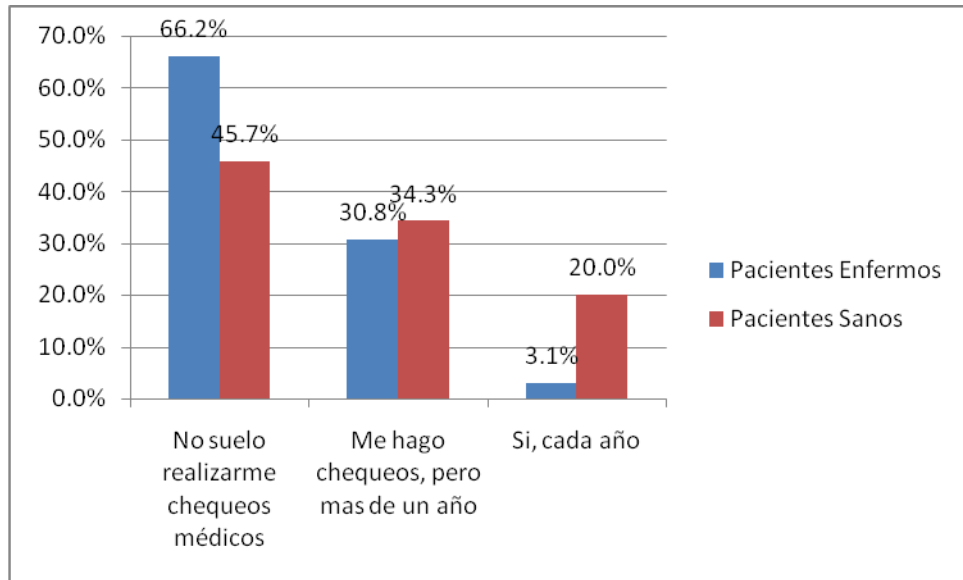
Control Médico	No suelo realizarme chequeos médicos		Me hacia chequeos, pero pasa más de un año entre uno y otro		Si, cada año		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	43	66.2%	20	30.8%	2	3.1%	65
Pacientes AP Sanos	16	45.7%	12	34.3%	7	20.0%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 18, se observa Hábito por visitar al médico para realizar chequeos de salud, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 66.2% no acostumbraban realizarse chequeos médicos, el 30.8% se hacían chequeos pero pasa más de un año entre uno y otro, el 3.1% si cada año; en pacientes AP sanos, de un total de 35 personas: el 45.7% no acostumbraban realizarse chequeos médicos, el 34.3% se hacían chequeos pero pasa más de un año entre uno y otro, el 20.0% si cada año.

Gráfico N° 18

Hábito por visitar al médico para realizar chequeos de salud.



Fuente: Autora

Tabla N° 19

Hábito por realizar actividades físicas.

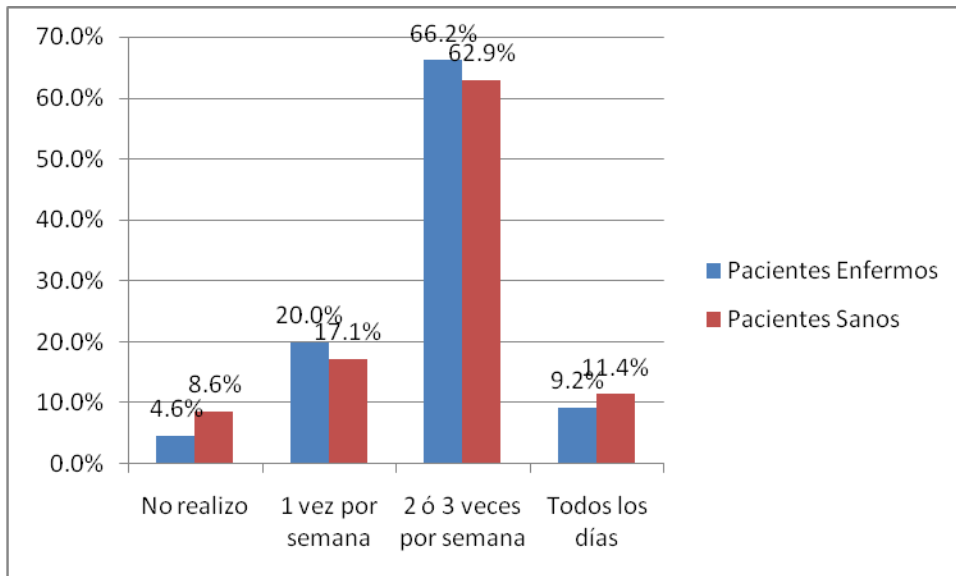
Realiza actividades físicas	No realizo		1 vez por semana		2 ó 3 veces por semana		Todos los días		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	3	4.6%	13	20.0%	43	66.2%	6	9.2%	65
Pacientes Sanos	3	8.6%	6	17.1%	22	62.9%	4	11.4%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 19, se observa el Hábito por realizar actividades físicas, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 4.6% no realizaban ninguna actividad física continua, el 20.0% una vez a la semana, el 66.2%, dos ò tres veces por semana y el 9.2% todos los días; en pacientes AP sanos, de un total de 35 personas: el 8.6% no realizaban ninguna actividad física continua, el 17.1% una vez a la semana, el 62.9% dos ò tres veces por semana y el 11.4% todos los días.

Gráfico N°19

Hábito por realizar actividades físicas.



Fuente: Autora

Tabla N° 20

Hábitos en el uso de medicamentos, en pacientes enfermos.

Uso de Medicamentos	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Automedicación	45	69.2%	20	30.8%	65	100%
Medicación correcta dada por el médico	45	69.2%	20	30.8%	65	100%
Acompaña con agua sus medicamentos	46	70.8%	19	29.2%	65	100%
Ha sufrido caído o golpe a nivel de la parte baja de la espalda	35	53.8%	30	46.2%	65	100%
Ha ingerido algún veneno por accidente	7	10.8%	58	89.2%	65	100%
Ha sufrido intoxicación por medicamentos	19	29.2%	46	70.8%	65	100%
Implica estar sentado o parado por mucho tiempo	53	81.5%	12	18.5%	65	100%
Ha tenido alguna patología por largo tiempo	43	66.2%	22	33.8%	65	100%
Promedio	36.6	56.3%	28.4	43.7%	65	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 20, se observa el Hábitos en el uso de medicamentos, en pacientes enfermos, de un total de 65 personas: referente a la automedicación; el 69.2% dice que si solían automedicarse y el 30.8% dice no; referente a la Medicación correcta dada por el médico el 69.2% dice que si toma tomaba interés en su medicación y el 30.8% no; referente a que acompañaba sus medicinas con un gran vaso de agua, el 70.8% dice si y el 29.2; referente a si Ha sufrido caído o golpe a nivel de la parte baja de la espalda, el 53.8% dice si y el 46.2% no; referente a si ha ingerido algún veneno por accidente el 10.8% dijo que si y el 89.2% no; referente a si Ha sufrido intoxicación por medicamentos el 29.2% dijo si y el 70.8% no; referente a si Implica estar sentado o parado por mucho tiempo el 81.5% dijo si y el 18.5% no; referente a si Ha tenido alguna patología por largo tiempo el 66.2% dijo si y el 33.8% dijo no.

Tabla N° 21

Patologías que han tenido los pacientes enfermos.

patología (deshidratación)	Preferencia	
	N	%
dengue	16	24.6%
cólera	11	16.9%
malaria	16	24.6%
ninguno	22	33.8%
Total	65	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 21, se observa eventualidades de Patologías que han tenido los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 24.6% dijo haber sufrido dengue, el 16.9% cólera, el 24.6% malaria, el 33.3% ninguno.

Tabla N° 22

Hábitos en el uso de medicamentos, en pacientes AP sanos.

Uso de Medicamentos	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Automedicación	29	82.9%	6	17.1%	35	100%
Medicación correcta dada por el médico	16	45.7%	19	54.3%	35	100%
Acompaña con agua sus medicamentos	26	74.3%	9	25.7%	35	100%
Ha sufrido caído o golpe a nivel de la parte baja de la espalda	23	65.7%	12	34.3%	35	100%
Ha ingerido algún veneno por accidente	5	14.3%	30	85.7%	35	100%
Ha sufrido intoxicación por medicamentos	8	22.9%	27	77.1%	35	100%
Implica estar sentado o parado por mucho tiempo	27	77.1%	8	22.9%	35	100%
Ha tenido alguna patología por largo tiempo	25	71.4%	10	28.6%	35	100%
Promedio	19.9	56.8%	15.1	43.2%	35	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 22, se observa el Hábitos en el uso de medicamentos, en pacientes AP sanos, de un total de 35 personas: referente a la automedicación; el 82.9% dice que si solían automedicarse y el 17.1% dice no; referente a la Medicación correcta dada por el médico el 45.7% dice que si toma tomaba interés en su medicación y el 54.3% no; referente a que acompañaba sus medicinas con un gran vaso de agua, el 74.3% dice si y el 25.7% no; referente a si Ha sufrido caído o golpe a nivel de la parte baja de la espalda, el 65.7% dice si y el 34.3% no; referente a si ha ingerido algún veneno por accidente el 14.3% dijo que si y el 85.7% no; referente a si Ha sufrido intoxicación por medicamentos el 22.9% dijo si y el 77.1% no; referente a si Implica estar sentado o parado por mucho tiempo el 77.1% dijo si y el 22.9% no; referente a si Ha tenido alguna patología por largo tiempo el 71.4% dijo si y el 28.6% dijo no.

Tabla N° 23

Patologías que han tenido los pacientes AP sanos.

patología (deshidratación)	Preferencia	
	N	%
dengue	9	25.7%
cólera	6	17.1%
malaria	10	28.6%
ninguno	10	28.6%
Total	35	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 23, se observa eventualidades de Patologías que han tenido los pacientes AP sanos, de un total de 35 personas: el 25.7% dijo haber sufrido dengue, el 17.1% cólera, el 28.6% malaria, el 28.6% ninguno.

Tabla N° 24

Hábitos de fumar y tomar bebidas alcohólicas, en pacientes enfermos

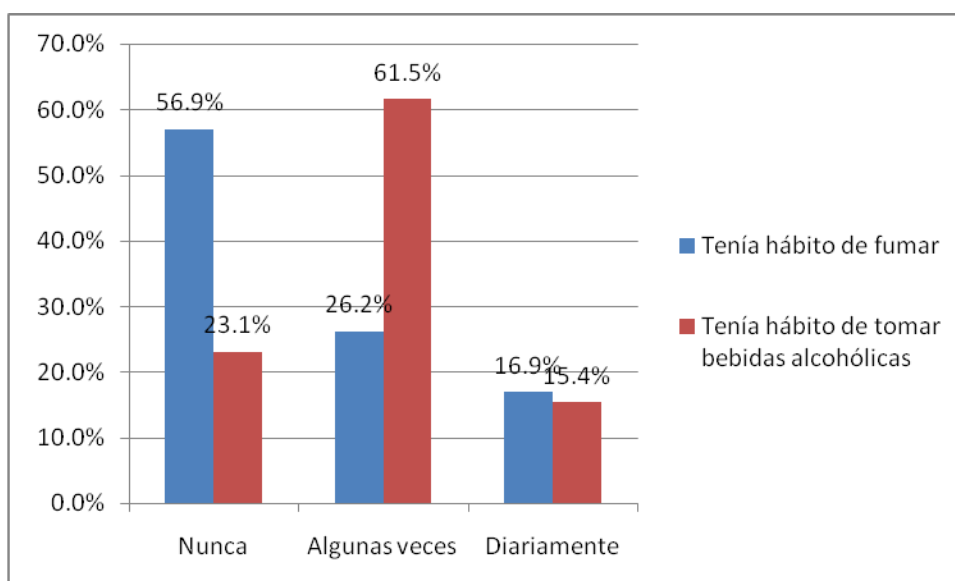
Hábitos	Nunca		Algunas veces		Diariamente		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tenía hábito de fumar	37	56.9%	17	26.2%	11	16.9%	65	100%
Tenía hábito de tomar bebidas alcohólicas	15	23.1%	40	61.5%	10	15.4%	65	100%
Promedio	26.0	40.0%	28.5	43.8%	10.5	16.2%	65	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 24, se observa el Hábitos de fumar y tomar bebidas alcohólicas, en pacientes enfermos, de un total de 65 personas: referente al habito de fumar, el 56.9% dijo no realizar esta actividad, el 26.2% algunas veces, el 16.9% su consumo es diario; referente al habito de de tomar bebidas alcohólicas, el 23.1% dijo no realizar esta actividad, el 61.5% algunas veces, el 15.4% su consumo es diario.

Gráfico N° 24

Hábitos de fumar y tomar bebidas alcohólicas, en pacientes enfermos



Fuente: Autora

Tabla N° 25

Hábitos de fumar y tomar bebidas alcohólicas, en pacientes AP sanos

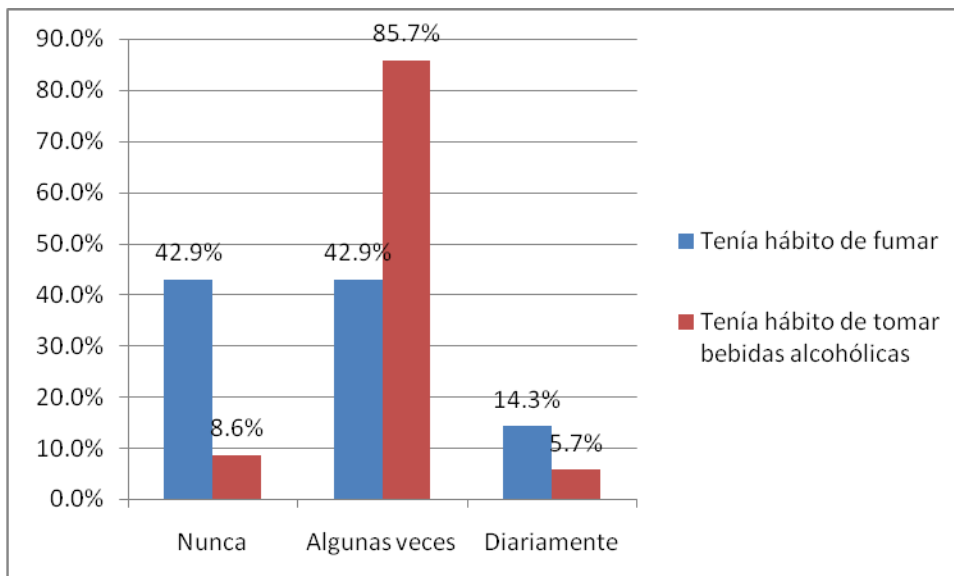
Hábitos negativos	Nunca		Algunas veces		Diariamente		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tenía hábito de fumar	15	42.9%	15	42.9%	5	14.3%	35	100%
Tenía hábito de tomar bebidas alcohólicas	3	8.6%	30	85.7%	2	5.7%	35	100%
Promedio	9.0	25.7%	22.	64.3%	3.5	10.0%	35	100.0%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 25, se observa el Hábitos de fumar y tomar bebidas alcohólicas, en pacientes AP sanos, de un total de 35 personas: referente al habito de fumar, el 42.9% dijo no realizar esta actividad, el 42.9% algunas veces, el 14.3% su consumo es diario; referente al habito de de tomar bebidas alcohólicas, el 8.6% dijo no realizar esta actividad, el 85.7% algunas veces, el 5.7% su consumo es diario.

Gráfico N° 25

Hábitos de fumar y tomar bebidas alcohólicas, en pacientes AP sanos



Fuente: Autora

Tabla N° 26

Uso del tiempo libre que tengan los pacientes

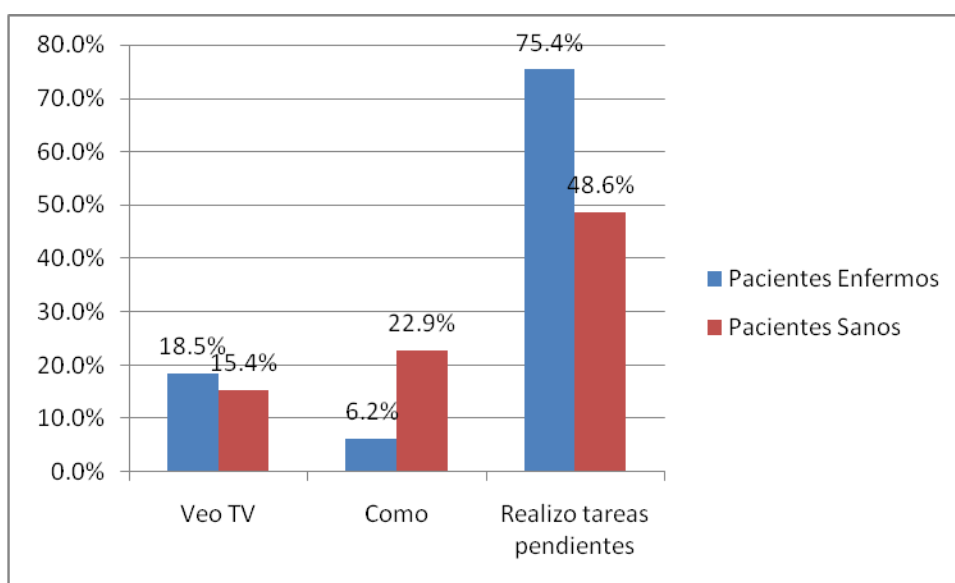
Uso de tiempos libres	Veo TV		Como		Realizo tareas pendientes		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	12	18.5%	4	6.2%	49	75.4%	65
Pacientes AP Sanos	10	15.4%	8	22.9%	17	48.6%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 26, se observa el Uso del tiempo libre que tienen los pacientes, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 18.5% ve Tv, el 6.2% come, el 75.4%, realizaba tareas pendientes; en pacientes AP sanos, de un total de 35 personas: el 15.4% ve Tv, el 22.9% come, el 48.6%, realizaba tareas pendientes.

Gráfico N° 26

Uso del tiempo libre que tengan los pacientes



Fuente: Autora

Tabla N° 27

Familiares de los pacientes con historia clínica de insuficiencia renal

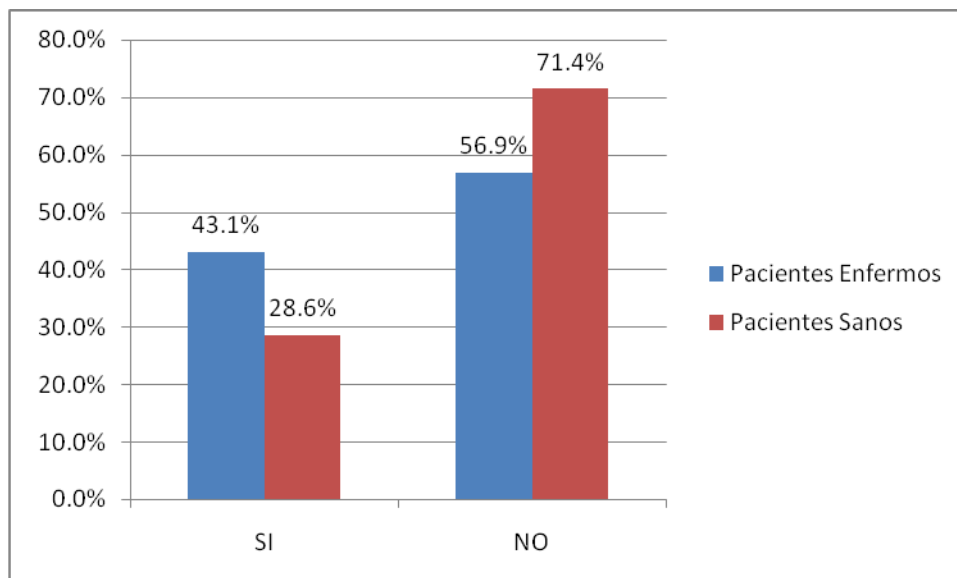
Familiares con historia clínica de insuficiencia renal	SI		NO		TOTAL
	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	28	43.1%	37	56.9%	65
Pacientes Sanos	10	28.6%	25	71.4%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 27, se observa antecedentes Familiares de los pacientes con historia clínica de insuficiencia renal, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 43.1% afirma haber tenido algún familiar con esta padecimiento y el 56.9%, dice no tenerla; en pacientes aparentemente sanos, de un total de 35 personas: el 28.6% afirma haber tenido algún familiar con esta padecimiento y el 71.4%, dice no tenerlo.

Gráfico N° 27

Familiares de los pacientes con historia clínica de insuficiencia renal



Fuente: Autora

Tabla N° 28

Nivel de parentesco con el familiar enfermo.

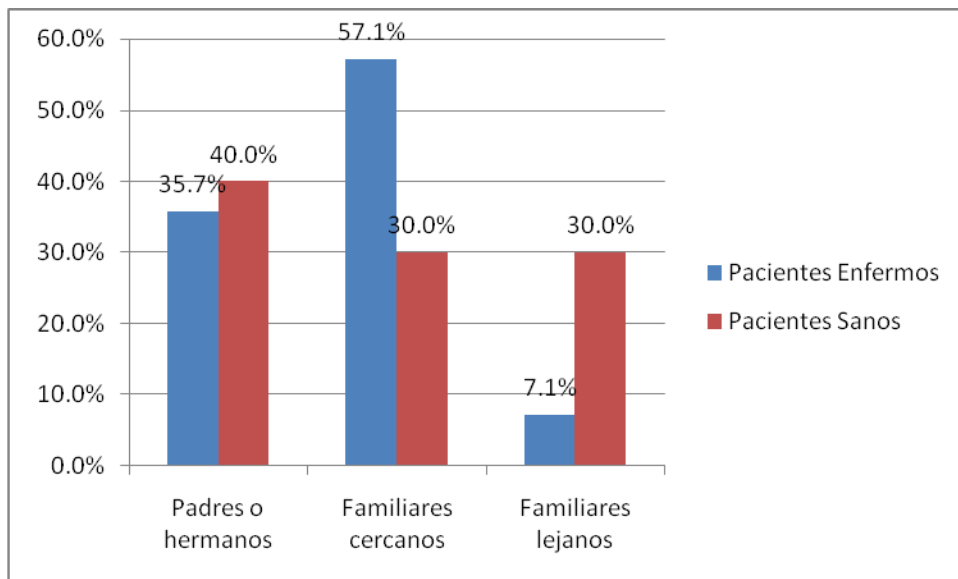
Nivel de parentesco con el familiar enfermo	Padres o hermanos		Familiares cercanos		Familiares lejanos		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	10	35.7%	16	57.1%	2	7.1%	28
Pacientes Sanos	4	40.0%	3	30.0%	3	30.0%	10

Fuente: Autora

En la Tabla N° 28, se observa el Nivel de parentesco con el familiar enfermo, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 35.7% afirma que el parentesco con el familiar que a tenido esta enfermedad es o es su padre o hermano, y el 57.1%, dice haber sido un familiar cercano y el 7.1% algún familiar lejano; en pacientes aparentemente sanos, de un total de 35 personas: el 40.0% afirma que el parentesco con el familiar que a tenido esta enfermedad es o es su padre o hermano, y el 30.0%, dice haber sido un familiar cercano y el 30.0% algún familiar lejano.

Gráfico N° 28

Nivel de parentesco con el familiar enfermo.



Fuente: Autora

Tabla N° 29

Presencia de enfermedad crónica, en pacientes enfermos.

Presencia de enfermedad crónica	Pacientes enfermos		TOTAL	
	N	%	N	%
Diabetes	21	32.3%	65	100%
HTA	61	93.8%	65	100%
Obesidad	16	24.6%	65	100%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 29, se observa Presencia de enfermedad crónica, en pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 32.3% dijo tener diabetes, el 93.8% HTA, el 24.6% Obesidad.

Tabla N° 30

Presencia de patologías dúo-trío, en pacientes enfermos.

duo - triada patológicas	Diagnóstico		TOTAL	
	N	%	N	%
Diab.-HTA	14	21.5%	65	100%
Diab.-Obe.	2	3.1%	65	100%
Obe.-HTA	4	6.2%	65	100%
Diab.-Hta-obes.	11	16.9%	65	100%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 30, se observa Presencia de patologías dúo-trío, en pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 21.5% dijo tener diabetes e hipertensión, el 3.1% diabetes y obesidad, el 6.2% Obesidad e hipertensión y el 16.9% Diabetes, hipertensión y obesidad.

Tabla N° 31

Presencia de enfermedad crónica, en pacientes AP sanos.

Presencia de enfermedad crónica	Pacientes enfermos		TOTAL	
	N	%	N	%
Diabetes	0	0.0%	35	100%
HTA	9	25.7%	35	100%
Obesidad	4	11.4%	35	100%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 31, se observa Presencia de enfermedad crónica, en pacientes AP sanos, de un total de 35 personas: el 0.0% dijo tener diabetes, el 25.7% HTA, el 11.4% Obesidad.

Tabla N° 32

Presencia de patologías dúo-trío, en pacientes AP sanos.

duo - triada patológicas	Diagnóstico		TOTAL	
	N	%	N	%
Diab.-HTA	0	0.0%	35	100%
Diab.-Obe.	0	0.0%	35	100%
Obe.-HTA	4	11.4%	35	100%
Diab.-Hta-obes.	0	0.0%	35	100%

Fuente: Autora

En la Tabla N° 32, se observa Presencia de patologías dúo-trío, en pacientes AP sanos, de un total de 35 personas: el 0.0% dijo tener diabetes e hipertensión, el 0.0% diabetes y obesidad, el 11.4% Obesidad e hipertensión y el 0.0% Diabetes, hipertensión y obesidad.

Tabla N° 33

Tipo de daño en el riñón.

Daño en el riñón	Riñón poliquístico		Albuminuria		Glomerulonefritis		Nefrosis lipoide		Lupus		Infección urinaria		Cálculos renales		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	6	9.2%	1	1.5%	3	4.6%	0	0.0%	0	0.0%	12	18.5%	15	23.1%	65
Pacientes Sanos	3	8.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	22.9%	3	8.6%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 33, se observa el Tipo de daño en el riñón, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 9.2% afirma que a padecido o padece riñón poliquístico, y el 1.5%, albuminuria, el 4.6% glomerulonefritis, 0.0% nefrosis lipoide, 0.0% lupus, 18.5% infección urinaria y el 23.1% cálculos renales; en pacientes aparentemente sanos, de un total de 35 personas el 8.6% afirma que a padecido o padece riñón poliquístico, y el 0.0%, albuminuria, el 0.0% glomerulonefritis, 0.0% nefrosis lipoide, 0.0% lupus, 22.9% infección urinaria y el 8.6% cálculos renales.

Tabla N° 34**Producción de orina**

Producción de orina	Nada		Muy escaso		Escaso		Normal		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	0	0.0%	1	1.5%	12	18.5%	52	80.0%	65
Pacientes Sanos	0	0.0%	0	0.0%	10	28.6%	25	71.4%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 34, se observa la Producción de orina, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 0.0% no puede orinar, el 1.5% su producción es muy escasa, el 18.5% es escasa y el 80.0% es normal; en pacientes aparentemente sanos, de un total de 35 personas el 0.0% no puede orinar, el 0.0% su producción es muy escasa, el 28.6% es escasa y el 71.4% es normal.

Tabla N° 35

Fase en que se encuentra la IRC

Fase en que se encuentra la IR	Crónica		Fase Final		TOTAL
	N	%	N	%	N
Pacientes Enfermos	60	92.3	5	7.7	65
Pacientes Sanos	0	0.0%	0	0.0%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 35, se observa la Fase en que se encuentra la IRC, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 92.3% está en fase crónica y 7.7% en fase crónica terminal; en pacientes aparentemente sanos, ninguno presenta esta enfermedad.

Tabla N° 36

Infecciones por estreptococos.

Infección por estreptococos	SI		NO		TOTAL
	N	%	N	%	
Pacientes Enfermos	35	53.8%	30	46.2%	65
Pacientes Sanos	13	37.1%	22	62.9%	35

Fuente: Autora

En la Tabla N° 36, se observa la eventualidad de Infecciones por estreptococos, donde se tiene que en los pacientes enfermos, de un total de 65 personas: el 53.8% afirma que es frecuente contraer una infección, el 46.2% no; en pacientes aparentemente sanos, de un total de 35 personas el 37.1% afirma que es frecuente contraer una infección, el 62.9% dice no.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de la muestra estudiada, en relación a edad y sexo, se puede mencionar que la mayoría de los pacientes se encuentra en el rango de edad de 18 a < 78 años, que corresponde a la etapa de Adulto Madura y Adulto Mayor, según el ciclo vital individual del Dr. Erik Homberger Erikson. El sexo que predomina, es el femenino (60%), mientras que para el sexo masculino (40%).

Los pacientes, en su totalidad son adultos, se identifican personas jóvenes (18 – 19 años) tanto en calidad de hospitalizados como aquellos que están dentro del programa de Hemodiálisis; un grupo mayor está entre los 50 a 78 años de edad; y un mínimo grupo tienen menos de 49 años; los resultados demuestran que no existe diferencia significativa entre los períodos de edad de quienes sufren enfermedades renales crónicas.

Comparando estos resultados con otros estudios, en Estados Unidos (Un País desarrollado), el grupo mas afectado con esta patología son los de la tercera edad, similar a lo encontrado en el estudio, en los países en desarrollo como Nicaragua, en estudio realizado por Ríos Arguello Claudio José Dr. en el Hospital Lenin Fonseca (Ríos Arguello), sobre síndromes clínicos en Enero 1994 el que reveló que el 80% de los pacientes eran mayores de 56 años.

En el estudio el sexo más afectado resultó el femenino, estos datos no coinciden con otros estudios como el realizado por Marín Ruiz Dra. En el Hospital Lenin Fonseca en Enero 1999-2000(Marín Ruiz) sobre factores de riesgo en pacientes con diagnostico de insuficiencia renal crónica el cual refleja que el sexo masculino es el más afectado. Pero si coinciden con software de base de datos 2012-2013, del hospital Regional de Loreto donde se realizo el presente estudio.

Según la procedencia del grupo en estudio, la mayoría es Urbano, es decir, son de la ciudad de Iquitos; el menor porcentaje corresponde a Rural, es decir, de pueblos cercanos a la ciudad, la mayoría del campo y ò rivera.

Al realizar el análisis sobre la ocupación los datos recogido de la ficha de caracterización de la muestra arrojo que en mayoría estas personas se dedicaban o dedican al comercio, una minoría son choferes, lo que explica que estas ocupaciones predispone a un riesgo 2 veces mayor de presentar insuficiencia renal crónica, lo que también confirma los resultados de estudios anteriores como el realizado por el programa de epidemiología en el occidente del país, sobre insuficiencia renal crónica en el año 1995-2000 en pacientes del Hospital España(Programa de epidemiología), el que revelo que el 72% de los pacientes tenían ocupación de obreros, choferes y comerciantes.

En cuanto a los hábitos alimentarios de los pacientes, desconocen la importancia que tuvo a lo largo de su vida su forma de alimentarse, hablando sobre el consumo diario de líquidos solo en pacientes enfermos se encontró que el consumo rutinario es inferior a cinco vasos de agua, de los cuales solo menos de la mitad lo hace de manera correcta. Esto en comparación a los pacientes AP sanos donde si es notorio la falta de costumbre de consumo de líquidos diarios para mantener no solo los riñones sanos si no su salud en general. La Sociedad Peruana de Nefrología recomienda a la población en general evitar la deshidratación o pérdida de líquidos, debido a la falta de ingesta por ser uno de los factores de riesgo que pueden provocar la aparición de la Injuria Renal o disminución abrupta de la función renal.(Dr. Raúl Valenzuela)

Otro punto interesante es el consumo de refrescos carbonatados en todas sus presentaciones solo en pacientes enfermos se encontró que el consumo rutinario mayor, si bien es cierto no es todos los días aunque se observa que un porcentaje interesante que si lo hace de manera diaria, en su mayoría respondió consumir de dos o tres veces por semana resultados que no se aleja de la predisposición a generar diabetes lo que trae consigo mayor probabilidad a hacer una insuficiencia renal crónica. Esto en comparación a los pacientes AP sanos donde también es notorio la costumbre de consumo de estos tipos de bebidas. Los refrescos carbonatados contienen niveles altos de ácido fosfórico que se han asociado con cálculos renales y otros problemas de los riñones por tanto su excesivo consumo está relacionado con la aparición de cálculos renales hasta una Insuficiencia renal según el National Institute of Environmental Health Sciences.(Articulo de Revista Cientifica)

Los productos industriales típicamente contienen poco o ningún alimento entero, son cargados de conservantes (para que duren mucho) y de aditivos cosméticos (para que adquieran color, sabor, olor y textura atractivos) y se presentan listos para consumo. En el estudio los resultados están marcados por una fuerte tendencia de consumo por los pacientes, lo que puede indicar un cierto acumulo de sustancias indeseables para el cuerpo y directamente para el riñón. Según el artículo científico del National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC) Exceso de azúcar industrial, ingerido directa o indirectamente en bollería, pastelería, repostería, etc. Exceso de ciertos condimentos químicos, de grasas, de margarinas, de conservas, etc. Una parte de ellas queda en el torrente sanguíneo hasta que encuentre otro destino. Contribuyen a mantener una sangre de mala calidad (sangre «espesa, sucia») favoreciendo la hipertensión arterial y dañando así zonas sensibles, por ejemplo, sistema circulatorio hasta un daño renal severo.(Kidney)

Se ha publicado en Clinical Journal of the American Society of Nephrology, titulado Comparative Effects of Low-Carbohydrate High-Protein Versus Low-Fat Diets on the Kidney, en el que además de la pérdida de peso y otros factores, se comparó la función renal de dos grupos de personas obesas, uno de ellos con una dieta baja en proteínas y otro con una alta en proteínas, durante dos años. Y nadie tuvo ningún problema en los riñones. Y como en el presente estudio el consumo es moderado favoreciendo al grupo de carnes blancas se podría decir que no es una característica predominante a una insuficiencia renal crónica. El problema se presenta cuando ya hay de por sí un daño a ese nivel del órgano, en el que dicho órgano no tiene las facultades habituales de encargarse de las mismas.(NCB)

Somos una ciudad donde el consumo de harinas sea hecho costumbre en el menú diario, sin embargo su exceso puede traer obesidad y con ello todo el paquete que esta enfermedad trae entre ellas la IRC. “No existen pruebas de que el consumo de azúcar esté asociado al desarrollo de algún tipo de diabetes en personas sanas. No obstante, en la actualidad sí que existen pruebas fehacientes de que la obesidad y la inactividad física incrementan la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus de tipo 2”. (Dr Rosebud Roberts)

El mayor porcentaje tanto para pacientes enfermos como AP sanos, preferirían sus preparaciones en frituras lo que indican que no limitan el consumo de grasas, esto

demuestra que la mayoría de los pacientes, consumían grasas y descuidaban su cuerpo. El exceso de grasa puede aumentar la falla renal, y producir enfermedades cardíacas.

El sodio es una sustancia química que se encuentra en la sal y otros alimentos. Es posible que el sodio en la dieta aumente la presión arterial, por lo que debe limitar el consumo de alimentos con alto contenido de sodio. En el estudio se encontró, solo en pacientes enfermos la costumbre casi habitual de adicionar sal a sus preparaciones y en pacientes AP sanos una frecuencia inferior. Así lo demuestra un estudio llevado a cabo por el Instituto Nacional de Cardiología, Neumología y Hematología de Estados Unidos mostró que cambiar una dieta abundante en sal por una escasa en sal puede reducir la presión arterial de una persona tanto como si tomara medicamentos.

Si bien es sabido lo dañinos que son las bebidas azucaradas para la salud, dos nuevos estudios confirman las consecuencias fatales que provocan en tus riñones. En uno de los ellos, investigadores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Osaka, Japón, encontraron que el consumo de al menos dos bebidas diarias se relaciona con el aumento de la excreción de proteína en la orina (proteinuria), característica de la disfunción renal.(Artículo Informativo). En el estudio se encontró, que tanto en pacientes enfermos, como en AP sanos la costumbre de ingerir sus bebidas endulzadas más de lo normal lo que nos lleva a pensar a una posible causa de deterioro.

En la actualidad nadie duda que la actividad física y el ejercicio, realizados de forma moderada y médicamente controlados, inciden de forma positiva sobre la salud y el estado de bienestar general de las personas, ya que un hábito de vida físicamente activo conlleva estilos de vida saludables, alejados del consumo de tóxicos y de los hábitos insanos. Respecto a la actividad física, los pacientes afirman no haber tenido presente en sus vidas la práctica continua de alguna actividad regular. La actividad física permite consumir los excesos de calorías, evitando subidas de peso innecesario, sin embargo la actividad física debe ser controlada para evitar excesiva deshidratación y el consecuente deterioro de los riñones.(José Ramón Gómez Puerto.)

La Fundación Dolor, en un estudio difundido a comienzos de 2013, reveló que el consumo de analgésicos es mayor entre las mujeres y en los grupos de 19 a 25 años, y de 40 a 55

años. Agrega que alrededor del 11 por ciento de todos los casos de insuficiencia renal terminal son atribuidos al consumo de analgésicos y que el 40 por ciento de los casos de hemorragia digestiva alta son atribuibles al consumo de aspirina y al resto de los antiinflamatorios no esteroides. Según sostiene el doctor Keith Hawton, profesor de psiquiatría de la Universidad de Oxford.

El riñón es el órgano genitourinario y abdominal que resulta lesionado con más frecuencia. Un traumatismo renal puede ser potencialmente mortal a corto plazo, los accidentes de tráfico son la causa principal de prácticamente la mitad de las lesiones renales. En el estudio un punto muy interesante resulta este hecho, que tanto en pacientes enfermos, como en pacientes AP sanos, más de la mitad afirma haber tenido un caída, golpe, etc. de gran impacto. Con la diferencia que en los enfermos se confirma mediante diagnóstico médico que alguno de los casos le debe su IRC a este hecho.

Las personas que mantienen todo el día sentados, porque trabajan en una oficina, tienen más riesgos de sufrir una enfermedad cardiovascular, porque debido a esto su nivel de Colesterol HDL “Colesterol bueno” disminuye un 20 %, también, favorece la obesidad, disminuye la insulina aumentando el riesgo de una diabetes, esto debido a que la actividad en las piernas se detiene completamente y por ende la circulación, produciendo a la vez dolor, inflamación y mucho cansancio. Cada vez son más visibles los daños que el sedentarismo en general pueden hacerle a tu cuerpo, especialmente a las mujeres les puede afectar los riñones negativamente.

El daño renal es una manifestación temprana de los pacientes hipertérmicos inconstantes, consecuencia de la hipotensión, deshidratación, colapso vascular, rabdomiolisis, o alguna patología que con lleve este cuadro, como es el caso del cólera, dengue, malaria, etc. En el estudio llama la atención este punto, que tanto en pacientes enfermos, como en pacientes AP sanos, hubo en algún momento de sus vidas episodios de alguna de estas patologías endémicas, donde el daño en su mayoría es directo a los riñones. En pacientes con un golpe de calor clásico, aparece la insuficiencia renal en un 5% de los casos, siendo secundaria a la hipotensión, elevándose a un 25% si es tras un ejercicio violento.

El consumo de cigarrillo no es frecuente, ya que es casi ocasional, tanto entre los pacientes enfermos como en pacientes AP sanos, el cigarrillo tiene un efecto antidiurético, probablemente debido a que aumenta la secreción de vasopresina, y además tiene un efecto transitorio en el aumento de la presión arterial. Igualmente entre los pacientes enfermos como en pacientes AP sanos la frecuencia no es cercana al consumo de bebidas alcohólicas, el consumo de alcohol debe evitarse porque aumenta la presión arterial, en el hombre cuando se consumen más de 3 bebidas al día y en la mujer más de 2 al día.

Investigadores de la Universidad de Columbia estudiaron a una familia en la isla de Cerdeña con defectos heredados de riñón y del tracto urinario. Varios miembros de la familia habían sufrido de insuficiencia renal a una edad temprana. Todos los miembros de la familia con defectos de los riñones y del tracto urinario portaban una mutación en un gen conocido como gen dual de la serina-treonina y de la proteína tirosina quinasa (DSTYK, por su sigla en inglés). (Kidney) Por tanto se puede hablar de un tipo común de defecto del nacimiento y la principal causa de insuficiencia renal entre los niños. Estos hallazgos de un mutante responsable de insuficiencia renal crónica esta aun en estudio.

Se justifica, pues, que entre las poblaciones en riesgo de padecer IRC se incluyan los familiares de pacientes renales, además de los mayores de 65 años, diabéticos, hipertensos o con antecedentes de enfermedad cardiovascular.

Algunas enfermedades renales son el resultado de factores hereditarios. Por ejemplo, la poliquistosis renal, PKD por sus siglas en inglés, es un trastorno genético que causa la formación de varios quistes en los riñones. Los quistes pueden reemplazar lentamente gran parte de la masa de los riñones, lo que reduce la función renal y conduce a insuficiencia renal. Algunos problemas renales pueden presentarse cuando un feto está todavía en el vientre de la madre. Algunos ejemplos son poliquistosis renal recesiva autosómica, una forma rara de poliquistosis renal, y otros problemas del desarrollo que obstaculizan la formación normal de las nefronas. Los signos de enfermedad renal en los niños varían. Algunas enfermedades renales pueden ser “silenciosas” por meses o aun años, es decir, no presentan síntomas en sus primeras etapas. Es posible que algunas enfermedades renales hereditarias no se detecten hasta la edad adulta. La forma más común de poliquistosis renal se llamó alguna vez “poliquistosis renal del adulto”, porque los síntomas de presión arterial

alta e insuficiencia renal no ocurren hasta que los pacientes tengan entre los 20 a 30 años.(Kidney)

La infección por las bacterias estreptocócicas provoca que los pequeños vasos sanguíneos en las unidades de filtro de los riñones (glomérulos) se inflamen. Esto hace que los riñones tengan menor capacidad para filtrar la orina. Puede ocurrir en personas de cualquier edad, pero se presenta con mayor frecuencia en niños entre 6 y 10 años. La Glomerulonefritis pos estreptocócica es una rara complicación de estas infecciones. Lo que nos llevaría a una enfermedad renal crónica. En el presente estudio arrojo que al menos mas de la mitad de muestra concerniente a los pacientes con IRC afirma que una infección a la garganta tuvo presencia en sus vidas en varias ocasiones, mientras que a los pacientes aparentemente sanos no, lo que nos llevaría a pensar una posibilidad de contraer la patología desde muy mucho antes incluso de saber que ya tenían como diagnostico IRC.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, llegamos a las siguientes conclusiones:

- Los hábitos alimentarios como un conjunto característica que influyen en la aparición de insuficiencia renal Crónica en pacientes tanto hospitalizados como aquellos con tratamiento ambulatorio que hacen diálisis, fueron inadecuados, tomando a aquellas características mas sobresalientes y las que se acercan según la literatura a causantes de IRC, nombrando así, su frecuencia de consumo pacientes enfermos se mantiene dentro de lo normal mas no en pacientes AP sanos donde un 91.4% dice comer mas de tres veces al día y entre comidas para ambos los porcentajes son altos. El poco consumo de líquidos para ambos fue menor de 5 vasos. Consumo de bebidas carbonatadas 2 o 3 veces por semana también para ambos con porcentajes altos. En los productos industriales el consumo para ambos también se hace rutinario. El consumo excesivo de proteínas no es una característica predisponente salvo que ya exista un deterioro renal. La preferencia de consumo de frituras también predisponen a aumentar el colesterol y este si es un causal de IRC. La sal en pacientes enfermos es de 63.1% a la afirmación de casi siempre, en pacientes AP sanos donde un 48 % dijo hacerlo a veces. El consumo de azúcar es abrupto con solo una toma de taza de infusión, refresco u otros para ambos grupos los porcentajes son mayores en 3 cucharadas alrededor de 15 gr solo por esa toma. Los descuidos a la salud obedecen a que enfermedades crónicas como la IRC no producen dolor, y ello ocasiona que las personas desatiendan su salud y continúen hábitos de alimentación nocivos. Los efectos de estas conductas tardan hasta 10 años en mostrar sus secuelas y, para entonces, sólo se pueden aplicar tratamientos paliativos, ya que este tipo de patologías no tienen cura.

- El estilo de vida como un conjunto característica que influyen en la aparición de insuficiencia renal Crónica en pacientes tanto hospitalizados como aquellos con tratamiento ambulatorio que hacen diálisis, fueron inadecuados, así tenemos la mala costumbre de no ir hacerse un chequeo medico periódico, la falta de ejercicios, la

automedicación, la falta de interés en seguir las indicaciones dada por su medico, golpe o caída propiciada por un accidente u otro evento, mal habito de fumar y consumir bebidas alcohólicas, todo suma de todo este mal estilo de vida facilita la proliferación de malos hábitos de salud, lo que trae consecuencias para el bienestar en general y en un caso mas especifico la IRC.

- Los antecedentes familiares y personal como un conjunto característica que influyen en la aparición de insuficiencia renal Crónica en pacientes tanto hospitalizados como aquellos con tratamiento ambulatorio que hacen diálisis, fueron confirmatorios, antecedentes de patologías como obesidad, diabetes, hipertensión arterial u algún daño renal como riñón poliquístico, albuminuria, cálculos, etc. son causales de IRC. Así mismo episodios continuos de una infección a la garganta por estreptococos.
- A la pregunta si existen características que predisponen en personas aparentemente sanas a padecer Insuficiencia Renal Crónica, según el estudio todas las personas aparentemente sanas aquí encuestadas mostraron similitudes al estilo de vida en general que mantuvieron en su momento los pacientes en la actualidad con cuadro de IRC, lo que no lo hace definitivo pero que se adecua a la realidad que ahora sobreviven los pacientes con IRC.
- Según el ánimo del paciente y la complejidad por la que atraviesa la enfermedad se dio una charla de educación nutricional referente a sobrellevar la enfermedad, para contribuir a su forma de sobrevivir frente a la patología y en los pacientes AP sanos mejorar sus hábitos alimentarios.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

En base a los hallazgos obtenidos del presente estudio de investigación, es necesario recomendar los siguientes:

- Al Ministerio de salud y demás instituciones comprometidas con la salud de la población en general, continúen promoviendo y fortaleciendo las estrategias educativas, a través de la aplicación de programas de charlas informativas sobre hábitos alimentarios saludables (con alimentos propios de la región), estilos de vida adecuados y fomentar las buenas costumbres del chequeo medico permanente, en especial en casos de personas con factores de riesgo notorio, a fin de evitar a futuro pacientes dependientes a una maquina para poder vivir.
- A las instituciones formadores de nivel superior (universidades), Se debe continuar el estudio de los factores asociados a la aparición no solo de esta patología sino de otras enfermedades crónicas y que queden a manera de antecedentes en nuestra región ya que los estudios similares ala carrera de nutrición son muy pobres.
- A los investigadores, realicen estudios en esta temática, considerando mayor ámbito geográfico, métodos y diseños diferentes, así como incluir otras variables de estudio, como aquellas que faltaron incluir en el presente estudio como la raza, el bajo peso al nacer, trastornos en el metabolismo del colesterol, etc. Que también son características importante en la aparición de esta patología.

CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDREU, L. (2009). Insuficiencia Renal Crónica tendencia en aumento de la obesidad, dietas no saludables y estilos de vida sedentarios. México.
2. Artículo de la revista científica American Journal of Kidney Diseases, citado por Salud180.com.
3. Artículo Informativo Disponible en: <http://quo.mx/noticias/2013/11/20/asi-dana-el-refresco-a-tus-rinones>.
4. CHÁVEZ, M. (2012). Función Renal y hábitos alimentarios en los pacientes diabéticos atendidos en la consulta de medicina interna de la clínica morales de la ciudad de porto viejo periodo noviembre 2011- mayo 2012. Ecuador.
5. COCKERHAM, W. (2007). New directions in health lifestyle research. International Journal of Public Health. Editorial Material. Inglaterra.
6. CORAL, S. (2009). Hábitos alimentarios: origen evolución, posibilidades educativas. España.
7. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22653255>
8. Datos estadísticos del Hospital Regional de Loreto, año 2012 – 2013.
9. Dr. ANTONIO MORILLAS. Muestreo en poblaciones finitas. Disponible en: <http://www.berrie.dds.nl/calcss.htm>
10. Dr RAÚL VALENZUELA(2009), representante de la Sociedad Peruana de Nefrología. Disponible en: <http://www.spn.pe/>
11. DR. ROSEBUD ROBERTS, epidemiology (2009).a review of the evidence. Obesity Reviews 10 Suppl 1:41-54.
12. FERNÁNDEZ, R. (2009). Hábitos Alimentarios y su relación con los factores sociales y Estilos de Vida. Zaragoza – España.
13. GRAUT, H. (2010), en su estudio “conocimientos, aptitudes y prácticas (CAP) sobre los hábitos saludables en el estilo de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica” Ecuador.
14. HERNÁNDEZ, S. (2010). Metodología de la Investigación. 5° edic. McGraw-Hill. México.

15. JOSÉ RAMÓN GÓMEZ PUERTO. Doctor. Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte. Servicio Andaluz de Salud. Córdoba. España. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>
16. KICKBUSCH I. (1986). LIFE-STYLES AND HEALTH. Social Science & Medicine. Washinton - Estados Unidos.
17. KUSUMOTA L, et. Al (2008). Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde. Acta Paul. Enferm.; 21, n.(especial): 152- 9.
18. LALONDE M. (1974). A new perspective on the health of canadians - a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada; Canadá.
19. LUKE RG. (2005). Insuficiência Renal Crônica. In: Cecil, RLF. Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro (RJ) / São Paulo (SP): Elsevier; p. 818- 27.
20. MARÍN RUIZ GLADIS MARGARITA Dra. Factores de Riesgo de Insuficiencia Renal Crónica Hospital Lenin Fonseca, Managua, Nicaragua años 2002-2003.
21. MARTINS MRI, et.al (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latino-am Enfermagem; 13(5): 670- 6.
22. National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC) Disponible en: <http://www.kidneyurology.org/>
23. PASCUAL, R. (2000). Programa de educación sanitaria del paciente en hemodialisis. Madrid - España.
24. Programa de Epidemiología de Campo Insuficiencia Renal como un problema de Salud Pública en el departamento de Chinandega, Hospital España años 1995-2000.
25. RÍOS ARGUELLO(2004). Síndromes Clínicos más frecuentes en el servicio de Nefrología en el Hospital Lenin Fonseca, Managua, Nicaragua, Enero-Diciembre del 2004.
26. SCHMIDT MI, et al. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet; Série Saúde no Brasil: 61-74.
27. TOMAS, P. (2010), realizaron un estudio “Niveles de Conocimientos en pacientes con insuficiencia renal”, Madrid – España.
28. TORRA R, et. al. (2003). Diagnóstico molecular de las enfermedades hereditarias. Nefrologia. Zaragoza - España.
29. VÁSQUEZ, F. (2013). Incidencia casos de insuficiencia Renal Región Loreto. Boletín Informativo. Iquitos - Perú.

ANEXOS

ANEXO N°01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “Características que influyen en la aparición de Insuficiencia Renal en pacientes del Hospital Regional de Loreto. Iquitos – 2014”

Yo.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con Marybel de Jesús Guardia Vargas.

Comprende que mi participación es voluntaria.

Comprende que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Fecha y hora.....

Firma del participante.....

Nombre en imprenta del participante.....

Le he explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas.

Creo que él comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha y hora.....

Firma del Investigador/a.....

Nombre del Investigador/a: Marybel de Jesús Guardia Vargas.

ANEXO N°02

HOJA INFORMACIÓN PARA PARTICIPACIÓN

Título: “Características que influyen en la aparición de Insuficiencia Renal en pacientes del Hospital Regional de Loreto. Iquitos – 2014” Buenos días señor(a), soy Bachiller de Nutrición Humana, mi nombre es Marybel de Jesús Guardia Vargas, estoy realizando un trabajo de investigación en la cual le invito a participar, con el objetivo de determinar las características que influyen en la aparición de insuficiencia renal en pacientes del Hospital Regional de Loreto, con el propósito de disminuir riesgos de padecer esta enfermedad personas propensas a padecer, con una duración de 20 minutos. Así mismo la muestra a recolectar será de 65 personas los días lunes a sábado de 10am a 12:00pm y de 2pm a 6pm

Si usted accede a participar en este estudio, el beneficio que le puedo ofrecer es enriquecerle de información sobre hábitos y alimentación saludable. No habrá ningún riesgo porque sus datos no se darán a conocer ante los demás, con el fin de proteger la integridad física y moral de los participantes.

El estudio será en forma voluntaria anónima y confidencial, con una duración de 1 mes en el área de medicina interna, por la cual me comprometo a ser responsable y asistir los días pactados, los datos serán guardados en estricta confidencialidad debido a que solo se utilizara para la investigación.

No habrá compensación económica debido a que los datos serán recolectados en el área antes mencionada y se les informara que los resultados serán publicados sin la identificación de sus datos.

Quien le habla es Marybel de Jesús guardia Vargas responsable de la recolección de los datos y de contestar cualquier duda o emergencia que usted tiene. Puede acercarse al área de medicina interna o llamar a mi celular.

El Encargado del comité de investigación es el Dr. Johan Marín Lizárraga (cel. 965659735), responsable de nuestra evaluación.

ANEXO N°03

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS CÓDIGO:

EDAD: SEXO: FECHA: TIEMPO DE LA ENF.: Dx:

1. Frecuencia de consumo ¿Cuántas veces solía consumir sus alimentos al día?

3 veces al día ()₄ Mas de 3 Veces al día ()₃ Menos de 3 veces al día ()₂

2. Solía Ud. Comer entre una comida a otra: SI()₁ No()₄

3. ¿Cuánto de agua (líquidos totales) aproximadamente en vasos ingería diariamente?

6-8 vasos ()₄ 4-5 vasos ()₃ Menos de 4 vasos ()₂

4. ¿Consumía: gaseosas, agua gasificada, etc.?(refrescos carbonatados)

Todos los días ()₁ 2 ò 3 veces a la semana ()₂ 1 vez a la semana ()₃ No consumía ()₄

5. Calidad de consumo

Productos Industriales	(1) Todos los días	2 ò 3 veces a la sem(2)	1 vez a la semana(3)	No consumía(4)
(Alimentos no Saludables)				
Alimentos salados (Papitas Lay, chisito, doritos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos dulces (Caramelos, chocolates, galletas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos (Jamón, salchichas, pate, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instantáneos, Conservas y pre cocidos (Sopas, atún, sardinas, jugos de fruta como Pulpin, frugos, Refrescos como cifrut, Acuarios, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por grupo de Alimentos Saludables				
Proteína; Carnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique preferencia: Rojas..... Blanca.....				
Huevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vísceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grasas; Lácteos y derivados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Carbohidratos;	1.	1.	1.	1.
1. Pan	2.	2.	2.	2.
2. Plátano	3.	3.	3.	3.
3. Yuca	4.	4.	4.	4.
4. Papa	5.	5.	5.	5.
5. Camote	6.	6.	6.	6.
6. Sacha papa	7.	7.	7.	7.
7. Pijuayo	8.	8.	8.	8.
8. Fariña	9.	9.	9.	9.
9. Tapioca	10.	10.	10.	10.
10. Mazamorra(Harina de plátano, Maíz, trigo, etc.)				
Vit. y Minerales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas ;				
Especifique preferencia:.....				
verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique preferencia:.....				

6. Ud. Prefería sus alimentos preparados en: Guisos()₃Fritos()₁ Sancochados()₄ Asados()₂

7. Adicionaba sal, a las preparaciones servido en su mesa

Siempre ()₁ casi siempre ()₂ A veces ()₃ Nunca ()₄

8. Cuantas cucharaditas de azúcar solía agregar a su taza (te, café, etc.) Nada ()₄ 2()₃3 ()₂+de 3 ()₁

ANEXO N°04

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA CÓDIGO:

1. ¿Realizaba al menos un chequeo médico (de control) por año?
d) Sí.₄
e) Me hago chequeos, pero pasa más de un año entre uno y otro.₃
f) No suelo realizarme chequeos médicos. O sólo lo hago cuando tengo algún problema de salud.₂
2. ¿Realizaba actividad física como: jugar fútbol, básquetbol, voleibol, karate o artes marciales, andar en bicicleta, correr, hacer gimnasia, Aeróbicos, nadar u otros?
(₄) Todos los días () 2 0 3 veces a la sem ()(₃) 1 vez a la semana () (₂) No realizo () (₁)
3. Automedicación: ¿solía correr a la farmacia por un medicamento ante cualquier malestar?
Si ()₁ no ()₄
4. Tomaba siempre interés en su medicación por su medico (dosis correcta, frecuencia, fármaco prescrito, etc.) Si ()₄ no ()₁
5. ¿Acompañaba sus medicinas con un vaso de agua? Si ()₄ no ()₁
6. ¿Ha sufrido caída, golpe, etc. A nivel de la parte baja de la espalda? Si ()₁ no ()₄
7. ¿Por accidente ha ingerido veneno (órgano fosforado, etc.)? Si ()₁ no ()₄
8. ¿Ha sufrido intoxicación por algún medicamento? Si ()₁ no ()₄
9. ¿implicaba su trabajo estar sentado o parado largo tiempo? Si ()₁ no ()₄
10. ¿Ha sufrido alguna patología en la cual se ha presentado cuadro de vomito, diarrea, fiebre por largos periodos de tiempo? Si ()₁ no ()₄
11. Usted fumaba: Diariamente.....₂ Algunas veces.....₃ Nunca.....₄
12. Tomaba algún tipo alcohol: Diariamente.....₂Algunas veces.....₃Nunca.....₄
13. ¿En tus tiempos libres que te gustaba hacer?

Veo TV.....₃Como.....₂ Realizo tarea pendiente.....₄

ANEXO N°04

CUESTIONARIO HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR CÓDIGO:

1. Tiene familiares con historia clínica de Insuficiencia renal.

Si ()

No ()

2. Nivel de parentesco con el familiar enfermo

Padres o hermanos ()

Familiares cercanos ()

Familiares lejanos ()

Información Obtenida de HC:

3. Tiene alguna enfermedad crónica.

Diabetes ()

HTA ()

Obesidad ()

4. Tipo de daño que tiene el riñón.

Riñón poliquístico()

Albuminuria ()

Glomerulonefritis ()

Nefrosis lipoide ()

Lupus. ()

Infección urinaria ()

Cálculos renales ()

Otros.....

5. Producción de orina

Normal () Escaso() Muy Escaso() Nada()

6. Fase en que se encuentra la IR

Aguda ()

Crónica ()

Fase Final ()

7. Es frecuente en Ud. Una infección a la garganta por estreptococos

Si ()

No ()

ANEXO N° 5

FOTOS

**RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS, ESTILO DE
VIDA Y ANTECEDENTES PERSONAL, FAMILIAR DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS Y QUE HACEN DIALISIS
DEL HOSPITAL. IQUITOS- 2014.**

**ENTREVISTA DEL CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS
ALIMENTARIOS EN PS HOSP. Y PS AMBULATORIO CON DIALISIS**

- ✓ 1º PASO: Identificación del área de trabajo



Medicina Interna “A”

Servicio de Hemodiálisis

- ✓ 2º PASO: Presentación hacia los pacientes y entrega de la hoja de información para Participación.



- ✓ 3° PASO: Aplicación del Consentimiento Informado y aplicación del Cuestionario sobre Hábitos alimentarios.



En piso



En Hemodiálisis

- 4° PASO: Apoyo Nutricional y entrega de Material Didáctico (Manual elaborado por la bachiller)



Guía Alimentario en IRC (7 páginas sobre información nutricional, recetas adaptadas en Hemodiálisis y otros)

Oración del Enfermo

Señor, me doy cuenta ahora
de lo que significa estar bien de salud,
y cuán poco lo agradezco!

Tú que tanto te preocupas de los pueblos de palestina, Síname a mí también, o dame las fuerzas para seguir adelante con tu voluntad.

Te prometo ser dócil y obediente a las prescripciones de los que me curan.

Si embargo, si no me estabilizo tan pronto como deseo, estoy dispuesto a cumplir tu santa voluntad.

Tu también sufriste mucho en el suplicio:
Dado los fieros dolores y los sufridos de Nazaret,
Hasta las llagas de la flagelación, la cruz y la inmovilidad antes de la crucifixión.

Te pido valor para asemejarme a Ti no solo por el sufrimiento exterior, sino, sobre todo, por el amor y las intenciones que tantas entonces. Observar a tu Padre y bajar los pecados de los hombres para su salvación y liberación.

Que esta enfermedad sea también una ocasión para aumentarme, fuerza de alma y en lo futuro, para ser más dócil y dócilado con los que sufren.

Vigén María que estuviere junto a Jesús de Nazaret, este aquí también conmigo para socorrerme.

Y bendice a todos los que piensan en mí y vienen a visitarme o ayudarme.

Amén.



Agradecimientos
A los pacientes internados y
los que están en el
programa de Hemodiálisis
del Servicio de nefrología
del Hospital Regional de
Cusco el 20 de febrero del
2014.
A mi familia y Amigos

Manual alimentario en IRC



*Estimado por la Doña María y Nutrición Humana
Maribel de Jesús Guardia Vargas*

Conociendo a la IRC

Enfermedad Renal

La Enfermedad Renal Crónica puede disminuir la función de los riñones. Inicialmente el proceso no produce síntomas y solo puede ser detectado por pérdida de proteínas a través de la orina o aumento de la creatinina en sangre. Cuando la enfermedad está avanzada pueden surgir algunas de estas manifestaciones:

- Diabéticos
- Hipertensos
- Con enfermedades cardíacas o vasculares
- Historia familiar de insuficiencia renal crónica
- Mayores de 65 años

Personas con más riesgo de padecerla:

- Hinchazón de ojos
- Falta de concentración
- Problemas para dormir
- Pérdida de peso y cansancio
- Insuficiencia cardíaca
- Presión alta
- Anemia
- Pérdida de peso y fatiga
- Abstracciones óseas
- Ojitos con más frecuencia en las noches
- Cambios noturnos
- Hinchazón de pies y rodillas
- Náuseas
- Vómito
- Diarrea
- Hipo
- Tos con sangre
- Convulsiones



Este manual fue elaborado por el equipo de Nutrición del Hospital Regional de Cusco, con el apoyo del personal de enfermería y el apoyo de los pacientes internados en el programa de Hemodiálisis del Hospital Regional de Cusco.

"TODA LA HISTORIA HUMANA ATENDE A QUE DESDE EL SOCIEDAD DE EVA, LA CUNA DEL HOMBRE DEPENDE DE LA COMIDA"

Comer, en griego, significa "mandar a vivir", y es que la comida juega un papel muy importante en la vida de todo ser humano. No solo a través de energía, sino que es parte responsable de nuestra bienestar.

En condiciones normales el cuerpo digiere selectivamente los alimentos, absorbiendo los nutrientes que necesita para aprovechar y los productos de desecho del metabolismo celular. Los riñones son responsables de filtrar, limpiar y equilibrar la sangre. En la insuficiencia renal avanzada esta capacidad está reducida y los productos nitrogenados (urea y fosfatos, sulfato y ácido orgánicos) se acumulan en proporción a la pérdida de masa renal. Por lo que el manejo nutricional y la dieta se consideran crucial en el tratamiento de la insuficiencia renal (IRC).

Ahora que sus riñones han dejado de funcionar, la hemodiálisis limpia los desechos de la sangre. Pero entre sesiones de diálisis, los desechos pueden acumularse en la sangre y enfermarse. Puede disminuir la cantidad de desechos cuando lo come como y bebe.