



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL DEL OESTE “DR. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ”

**“ENFERMEDAD RENAL CRONICA SIN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL:
COMPARACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS DE UNA POBLACION
HOSPITALARIA DE PACIENTES COLOMBIANOS Y VENEZOLANOS”.**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Medicina Interna

Edwin Gordon Chaparro.

Tutora: Cruz Nakary Ramirez

Caracas, noviembre de 2016

Cruz Nakary Ramírez

Tutora

Eva Essenfeld de Sekler

Directora

Trina Navas

Coordinadora

Douglas Angulo

Asesor Estadístico

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
METODOS	14
RESULTADOS	16
DISCUSION	18
REFERENCIAS	21

“ENFERMEDAD RENAL CRONICA SIN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL: COMPARACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS DE UNA POBLACION HOSPITALARIA DE PACIENTES COLOMBIANOS Y VENEZOLANOS”.

Autor: Edwin Gordon Chaparro, PAS N° AQ106809. Sexo: Masculino,
E-mail:edwingor2008@hotmail.com. Telf. 3003117926.
Dirección: carrera 48- calle 22-34 Edificio Park 48 apartamento 804.
Curso de Especialización en Medicina Interna

Tutora: Cruz Nakary Ramírez, C.I6168397Sexo: Femenino, E-mail:
nakaryramirez@gmail.com
Telf.: 04166105882. Dirección: San Antonio de los altos, Urb El Picacho, Res El Avila,
Piso 12 apto 1204. Especialista en Medicina Interna-Nefrología

RESUMEN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como una disminución en la función renal, expresada por un filtrado glomerular, aclaramiento de creatinina, o como la presencia de daño renal en ambos casos de forma persistente durante al menos 3 meses. La incidencia actual se sitúa en los varones en 404 casos por millón de población y en las mujeres en 280 casos por millón de población. Se estima que la prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal IRCT en tratamiento sustitutivo puede duplicarse en la década presente. En Europa, donde la incidencia de IRCT es claramente inferior a la de Estados Unidos, se ha detectado un incremento anual cercano al 5% de pacientes en diálisis o con un trasplante renal. El presente es un estudio de casos, analítico, comparativo y transversal. Cuantitativo, en el cual se describen los conocimientos sobre Enfermedad Renal Crónica en pacientes del Hospital del Oeste Dr. José Gregorio Hernández de Caracas-Venezuela, y la Unidad Clínica la Magdalena de Barrancabermeja-Colombia. La población del estudio está conformada los pacientes con criterio diagnóstico de ERC de ambas instituciones.

Palabras claves: Enfermedad renal, conocimientos, incidencia comparativa

“Chronic renal disease without therapy of renal substitution: comparison between the knowledge of a hospital population of Colombian and Venezuelan patients”

Chronic kidney disease is defined as a decrease in renal function, expressed by a glomerular filtration rate, creatinine clearance, or the presence of kidney damage of both for at least 3 months. The actual incidence in males is 404 cases per million and 280 cases of women per million. It is estimated that the prevalence of ESRD in replacement therapy can be doubled in this decade. In Europe, where the incidence of ESRD is clearly inferior to that of the United States, was detected nearly 5% annual increase in patients on dialysis or a kidney transplant.

Ours is a case study, analytical, comparative quantitative, and transversal. in which knowledge of CKD patients are described in Hospital General del OesteDr. José Gregorio Hernández, Caracas-Venezuela, and the Barrancabermeja-Colombia Magdalena Clinical

Unit. The study population consists of patients with CKD diagnostic criteria for both institutions.

Keywords: Kidney disease, knowledge, comparative incidence.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como una disminución en la función renal, expresada por un filtrado glomerular, aclaramiento de creatinina, o como la presencia de daño renal en ambos casos de forma persistente durante al menos 3 meses. ⁽¹⁾

La enfermedad renal crónica constituye una de las principales causas de muerte en el mundo industrializado. Y no sólo por aquellos pacientes que alcanzan la necesidad de ser tratados con diálisis o trasplante, cuya evolución en muchos casos es incluso peor que el cáncer avanzado, sino también porque en aquellos que no llegan a la diálisis y que presentan proteinuria o una disminución del filtrado glomerular que se asocia a una gran prevalencia de complicaciones cardiovasculares. ⁽²⁾

El daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores bioquímicos, y no siempre se requiere una biopsia renal por lo que el diagnóstico de ERC, si se establece por un Filtrado Glomerular (FG) disminuido o por biomarcadores alterados, es adecuado.

Es una enfermedad que implica la pérdida gradual de la función del órgano, es progresiva y puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce a un 10%. Esta condición está asociada con factores infecciosos o fisiopatológicos tales como glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, colágenopatías. Desde otro punto de vista, esta condición puede a su vez, ocasionar otros riesgos o enfermedades, tales como el aumento de las alteraciones cardiovasculares, neuropatías, desmineralización ósea, y anemia entre otros. ⁽³⁾

Los pacientes con ERC avanzada deben someterse a tratamientos crónicos que no eliminan la enfermedad, son altamente invasivos, demandantes e involucran altos costos para el paciente y su familia, tanto a nivel físico, psicológico, social y económico. Entre los tratamientos de sustitución renal están la diálisis (peritoneal y hemodiálisis) y el trasplante

de riñón, los cuales deben acompañarse de cuidados especiales que incluyen: dieta estricta, tratamiento farmacológico individualizado y restricción de líquidos.

Todo lo anterior puede tener serias implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento suele ser invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida. Hay investigadores que afirman que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud, aspecto importante que ha adquirido un interés relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo.

Planteamiento y delimitación del problema

En los años 80 el término calidad de vida se adoptó como un concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida.

A lo largo de los 90 las preocupaciones en torno a la definición y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en que el término calidad de vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión; y optan por una vida de mayor calidad, sino también la de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejoramiento de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de calidad de vida. ⁽⁴⁾

El diagnóstico de ERC trae consigo un creciente impacto emocional del que emana un complejo conjunto de respuestas físicas, cognitivas y conductuales que resultan de la

percepción del fenómeno como una amenaza que es capaz de desbordar las habilidades de afrontamiento del paciente, sus familiares y la sociedad, requiriéndose por ello una visión del problema que abarque al unísono los aspectos biológicos, psicológicos y sociales vinculados en una forma u otra con el trastorno renal básico.⁽⁵⁾ Siendo la ERC una entidad con una enorme carga biológica, psíquica y social y dado que en su evolución no sólo se debe enfocar el déficit orgánico sino además las reacciones y comportamiento tanto del individuo como de su entorno inmediato y la sociedad en su conjunto, se hace indispensable la puesta en marcha de investigaciones sobre aspectos psicológicos y sociales del paciente con ERC en la búsqueda de mejorar su calidad de vida y disminuir la onerosa carga que impone esta enfermedad, justificándose la implementación de estrategias de actuación bajo la óptica integrada del paradigma biopsicosocial como una necesidad de los nuevos tiempos.

La ERC es cada vez más reconocida como problema global en salud pública. La declaración del Día Mundial del Riñón, a celebrarse todos los años a partir de marzo de 2006, envía un mensaje claro al público así como a funcionarios de salud gubernamentales, médicos, profesionales de otras ciencias de la salud, pacientes y familiares, de que “la ERC es frecuente, dañina y tratable”.⁽¹⁾ El reconocimiento de la ERC como un problema de salud pública ha evolucionado, en parte, a partir de la aceptación del modelo conceptual, definición y clasificación de la ERC propuesta por la NationalKidneyFoundationKidneyDiseaseOutcomeQualityInitiative en 2002 y modificada por la KidneyDiseaseImproving Global Outcomes (KDIGO) en 2002–4. Como resultado, los médicos, investigadores y funcionarios de la salud pública de todo el mundo, actualmente pueden determinar la ERC más fácilmente, independientemente de la causa, estudiar sus antecedentes y evolución, determinar los factores de riesgo y su desarrollo y progresión, y desarrollar estrategias para su detección, evaluación y tratamiento.⁽¹⁾

En los Estados Unidos, se estima que 9,6% de los adultos no hospitalizados tienen ERC. Estudios de Europa, Australia y Asia confirman la alta prevalencia de la ERC. Las complicaciones de la ERC incluyen no sólo la progresión a la insuficiencia renal, sino también complicaciones producidas por la función renal reducida y el riesgo aumentado de

Enfermedad Cardiovascular (ECV). Los pacientes con ERC tienen muchas más probabilidades de morir, principalmente a causa de las ECV, que de desarrollar insuficiencia renal. Actualmente hay evidencia convincente de que la ERC puede ser detectada utilizando pruebas simples de laboratorio y de que ciertos tratamientos pueden prevenir o retrasar las complicaciones de la función renal, retrasar la progresión de la enfermedad, y reducir su riesgo de ECV asociado. Se debe adoptar la traducción de estos progresos a medidas simples y aplicables de salud pública como un objetivo mundial. Si bien todavía queda mucho por aprender acerca del impacto de los tratamientos y sus combinaciones óptimas para la ERC, ya es el momento de comenzar su implementación.⁽⁶⁾

Actualmente las enfermedades crónicas son las causas principales de muerte en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que había aproximadamente 58 millones de muertes en todo el mundo en 2005, con 35 millones atribuidas a las enfermedades crónicas. En los países desarrollados y en las naciones en desarrollo con ingresos bajos a intermedios, la ECV y el cáncer son las principales causas de muerte. En los países en desarrollo con bajos ingresos, las infecciones continúan siendo la causa principal de muerte, pero las enfermedades crónicas no contagiosas están en aumento. El reporte de la OMS convocó a los gobiernos a tomar el liderazgo para tratar el aumento continuo proyectado de las muertes secundarias a enfermedades crónicas.⁽¹⁾

Este incremento global es debido a un alarmante aumento de las enfermedades que afectan al riñón. Son varios los factores que influyen en este incremento en los pacientes con ERC: envejecimiento de la población, epidemia de diabetes mellitus tipo 2 y otros factores como un aumento del síndrome metabólico por obesidad y sedentarismo o un mejor tratamiento de las enfermedades cardiovasculares (mayor expectativa de vida y una mayor prevalencia de ERC) entre otros.⁽¹⁾

Justificación e importancia

En la atención de una persona portadora de enfermedad renal crónica, además del tratamiento médico conservador y/o quirúrgico, con sus controles periódicos, el equipo de

salud enfrenta una ardua tarea en la ejecución de sus funciones en contacto directo con el paciente y la manipulación de la máquina. El conocimiento de los aspectos psicológicos de los enfermos ayuda en la comprensión y en el manejo frente a las difíciles situaciones que se presentan. ⁽⁷⁾

Por ser una enfermedad de evolución crónica, con repercusiones en todos los aspectos de la vida del paciente, incluyendo los familiares, entendemos la necesidad de un trabajo interdisciplinario que busque la atención global del individuo enfermo. Una abundante literatura documenta las complicaciones psiquiátricas y psicológicas en los pacientes renales. Hay temas como el estrés del equipo, el impacto en la familia y otros dilemas que refuerzan la necesidad del trabajo conjunto. ⁽⁸⁾

Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la ERC. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal sobre sus condiciones de vida. ⁽⁸⁾

Por todo lo expuesto conocer las características de los pacientes con esta patología, su nivel de conocimiento y posteriormente sus expectativas, son una necesidad y la motivación de esta investigación.

Antecedentes

La descripción clásica de la epidemiología de la ERC se ha restringido a la información sobre la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en tratamiento renal sustitutivo procedente de los registros de diálisis y trasplante. Sucesivos informes del *United States Renal Data System* (USRDS) han documentado un aumento de la incidencia y prevalencia de IRCT en Estados Unidos en las últimas dos décadas. La incidencia actual se sitúa en los varones en 404 casos por millón de población y en las mujeres en 280 casos por millón de población. Se estima que la prevalencia de IRCT en tratamiento sustitutivo puede

duplicarse en la década presente. En Europa, donde la incidencia de IRCT es claramente inferior a la de Estados Unidos, se ha detectado un incremento anual cercano al 5% de pacientes en diálisis o con un trasplante renal. En Estados Unidos la incidencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento sustitutivo se sitúa en 126 casos por millón de población, observándose también la especial repercusión de la edad avanzada, la HTA, la enfermedad vascular y la diabetes. ⁽⁹⁾

Sin embargo, la epidemiología de estadios anteriores de ERC ha sido menos estudiada. El citado análisis de la tercera edición de la NHANES describió que la prevalencia de la ERC en población adulta no institucionalizada en Estados Unidos fue del 11%, estimándose que por cada caso de IRCT puede haber 100 individuos con ERC en estadios anteriores. La prevalencia de ERC en España está en estudio en la actualidad. Estudios preliminares y análisis post hoc de bases de datos poblacionales indican que la prevalencia de ERC estadios 3, 4 y 5 (función renal < 60 ml/min/1,73 m²) puede estar, según el método utilizado para la estimación de la función renal, entre el 7,5% y el 17,8% en el conjunto de la población adulta y puede alcanzar cifras del 45% en ancianos.

En la actualidad en Cali y el Valle hay algo más de mil enfermos en terapia dialítica que comprenden cerca de 15% de todos los pacientes en Colombia. En el Hospital Universitario del Valle (HUV) se ha presentado un aumento notorio de los egresos con diagnóstico de insuficiencia renal terminal que ha duplicado los casos en los años 2001 y 2002 en relación con los años anteriores 1999 y 2000. ⁽¹⁰⁾

En el estudio “Impacto de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) sobre la mortalidad general en el estado de Aragua, análisis de los años 2000-2004”, en Venezuela se obtuvieron los siguientes resultados: el diagnóstico de ERC estaba presente (3.6%) en los 33.612 fallecidos en 1.199 La tasa general de mortalidad para Aragua fue 4,352.7 pmp, oscilando entre 95.7 y 195.7 pmp. Las causas básicas de defunción con referencia al CIE-10 fueron la Diabetes Mellitus con complicaciones renales (45.6%); la enfermedad renal y cardiorrenal hipertensiva (15.3%) y la IRC per se (24.1%). Es de señalar que el total de diabéticos fallecidos fue 1603 y de ellos en 547 (34.1%) la ERC se encontraba presente. Hubo un ligero predominio de mujeres fallecidas con ERC (53.0%). En el grupo con 60 años y más

de edad, la tasa de mortalidad con ERC fue significativamente superior ($p < 0.05$) al resto de los grupos. La estimación de la mortalidad para los años 2010, 2020 y 2025 mostró una tendencia creciente.

En el estudio epidemiológico de los pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica, sometidos a terapia dialítica, se estimó que a nivel mundial hay 32 millones de diabéticos; de éstos 42% terminan en ERCT, siendo la nefropatía diabética junto a la nefropatía vascular las causas más frecuentes de diálisis. Según datos aportados por el Instituto Venezolano del Seguro Social, en Venezuela existen 9.408 pacientes que están en diálisis y de éstos, 2.688 se encuentran en el área metropolitana, representando el 29% de todo el territorio nacional. De ellos, 2,122 están en hemodiálisis (79%) y 566 se encuentran en diálisis peritoneal (21%). Se estudiaron en total 1.692 (80%) de los cuales 724 estaban en hemodiálisis por nefropatía diabética. (42,7%)

La enfermedad renal crónica (ERC) representa a nivel mundial una de las patologías de mayor impacto dentro de la salud pública, ubicándose en los últimos 7 años dentro de las primeras causas de morbi-mortalidad en nuestro país, cifras que se corresponden a las registradas en países como Chile, Argentina, Uruguay y Colombia, donde la diabetes mellitus ocupa la principal causa, con un 30 a 40%. En un estudio realizado en 10 países de Latinoamérica, el cual incluía a Venezuela se determinó que la nefropatía diabética fue la causa más frecuente de ERCT con un 24,6% entre 1998 y 1999.⁽⁴⁾

Marco teórico

“La pérdida de la función renal conduce a más pérdida de la función renal”. Este aforismo proporciona la base racional para el desarrollo de una estrategia que comprende demostración temprana, diagnóstico precoz e intervención adecuada del proceso patológico renal, los factores de susceptibilidad y etiológicos así como los de su deterioro y progresión.

El diagnóstico de ERC trae consigo un creciente impacto emocional del que emana un complejo conjunto de respuestas físicas, cognitivas y conductuales que resultan de la percepción del fenómeno como una amenaza que es capaz de desbordar las habilidades de afrontamiento del paciente, sus familiares y la sociedad, requiriéndose por ello una visión del problema que abarque al unísono los aspectos biológicos, psicológicos y sociales vinculados en una forma u otra con el trastorno renal básico. Siendo la ERC una entidad con una enorme carga biológica, psíquica y social; y dado que en su evolución, no sólo se debe enfocar el déficit orgánico sino además las reacciones y comportamiento tanto del individuo como de su entorno inmediato y la sociedad en su conjunto se hace insoslayable la puesta en marcha de investigaciones sobre aspectos psicológicos y sociales del paciente con ERC en la búsqueda de mejorar su calidad de vida y disminuir la onerosa carga que impone esta enfermedad, justificándose la implementación de estrategias de actuación bajo la óptica integrada del paradigma biopsicosocial como una necesidad de los nuevos tiempos.

La incidencia y prevalencia de la enfermedad renal terminal en los Estados Unidos de América y Europa se han evaluado bien; su proyección para años futuros es preocupante por la demanda de recursos que impone a la economía de la salud.

La ERC es cada vez más reconocida como problema global en salud pública. La declaración del Día Mundial del Riñón, a celebrarse todos los años a partir de marzo de 2006, envía un mensaje claro al público, funcionarios de salud gubernamentales, médicos, profesionales de otras ciencias de la salud, pacientes y familiares, de que “la ERC es frecuente, dañina y tratable”.⁽¹⁾ El reconocimiento de la ERC como un problema de salud pública ha evolucionado, en parte, a partir de la aceptación del modelo conceptual, definición y clasificación de la ERC propuesta por la *NationalKidneyFoundationKidneyDiseaseOutcomeQualityInitiative* en 2002 y modificada por la *KidneyDiseaseImproving Global Outcomes* (KDIGO) en 2004⁽¹¹⁾. Como resultado, los médicos, investigadores y funcionarios de la salud pública de todo el mundo, actualmente pueden determinar la ERC más fácilmente, independientemente de la causa,

estudiar sus antecedentes y evolución, determinar los factores de riesgo y su desarrollo y progresión, y desarrollar estrategias para su detección, evaluación y tratamiento.

Actualmente entre el 30-50% de las causas de enfermedad renal en los países industrializados son atribuibles a enfermedad vascular y diabetes mellitus. La enfermedad vascular arterioesclerótica es frecuente en pacientes con ERC y esta patología no puede explicarse solamente por los factores de riesgo cardiovascular convencionales. Desde los iniciales trabajos de Bolton *et al.* Y otros investigadores,⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ se demostró una disfunción endotelial tanto en pacientes en depuración extrarrenal como en Pre-Diálisis, posteriormente y en un magnífico estudio, Stam demuestra una correlación significativa entre marcadores de disfunción endotelial y actividad inflamatoria, con el GFR. En un meta-análisis citado por Gorrizet *al.*, (85 publicaciones en el periodo 1986-2003 y población de 852.258 personas), siendo el «primaryendpoint» de todos los estudios, la morbi-mortalidad cardiovascular, función renal y ajuste por factores de riesgo convencionales y se demostró de nuevo, una significativa relación entre los marcadores de disfunción renal y mortalidad cardiovascular desde fases muy tempranas de la enfermedad renal.⁽⁷⁾

Por todas estas razones se plantea que la participación y conocimiento del paciente y su entorno en el paciente con ERC de estadios que no requieren terapia sustitutiva son indispensables y se plantea esta investigación.

Objetivo general

Analizar los conocimientos acerca de la Enfermedad Renal en pacientes con enfermedad renal crónica de dos países diferentes.

Objetivos específicos

1. Analizar las características demográficas, epidemiológicas, clínicas y paraclínicas de la población objeto.

2. Identificar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad renal
3. Comparar tanto los datos demográficos, epidemiológicos, clínicos, paraclínicos y de conocimiento de las poblaciones estudiadas (Venezuela y Colombia).

Aspectos éticos

Los Principios éticos que se tienen en cuenta en el estudio son los siguientes:

- Servicio: El interés de la sociedad y la legalidad siempre deberá prevalecer sobre los intereses particulares.
- Responsabilidad y Veracidad: En la información solicitada, con profesionalismo.
- Secreto Profesional: No revelar la fuente bajo ninguna circunstancia cuando recibimos la información confiable con la condición de mantener el anonimato.
- Respeto a la vida privada y a la Autonomía: Respetar la vida privada, la dignidad e intimidad de las personas.
- Imagen ante la sociedad: Proyectar una imagen y actitud congruente con los principios de la empresa, tanto con quien se relaciona en el ejercicio de la profesión, como con la comunidad a la que pertenecemos.
- Confidencialidad: Es respetar la intimidad de los pacientes, de concientizarlos a buscar atención médica, hablar sobre sus problemas con franqueza y prevenir la discriminación basada en sus padecimientos médicos.
- Beneficencia y No Maleficencia: En la investigación es deber proteger la vida, la salud, la intimidad, la integridad y la dignidad del ser humano. Todo ser humano posee un valor único, lo que justifica la consideración moral hacia cada persona.

Se debe trabajar en estrecha colaboración con los usuarios, y en interés de los mismos, pero prestando el debido respeto a los intereses de las demás personas involucradas. Se debe motivar a los usuarios a que participen lo más posible y deben ser informados de los riesgos y posibles ventajas de las propuestas de actuación que se les ofrezcan.

En el consentimiento informado, lo más importante desde un punto de vista ético no es su obtención sino el proceso por el que se obtiene. Este proceso ha de reunir tres características básicas: la información suficiente, su comprensión y la voluntariedad. Además hay que tener capacidad legal para dar el consentimiento.

La información que han de recibir los participantes del estudio debe incluir los objetivos y la metodología del estudio, las intervenciones a que pueden ser sometidos, sus posibles beneficios y riesgos, así como potenciales ventajas, molestias o perjuicios de participar en el estudio y la forma de compensarlos o repararlos. En este sentido se debe destacar que los riesgos no se compensan con dinero sino haciendo todo lo posible para minimizarlos y que lo que se compensan no son los riesgos sino las molestias, la pérdida de tiempo y de capacidad de lucro asociada a la participación en el estudio.

METODOS

Tipo de estudio

El estudio fue de casos, descriptivo

Población y muestra

La población del estudio estuvo conformada los pacientes con criterio diagnóstico de ERC del Hospital General del Oeste, Caracas, Venezuela y de la Unidad Clínica La Magdalena de Barrancabermeja, Colombia. La población fue seleccionada de manera intencional y no probabilística e incluyó pacientes de uno u otro género mayores de 18 años. La muestra definitiva estuvo conformada por dos grupos de 35 pacientes venezolanos y 50 pacientes colombianos.

Criterios de Inclusión

Diagnóstico de ERC a partir de estadio 1

Criterios de exclusión

Pacientes sin diagnóstico confirmado de Enfermedad Renal Crónica.

Pacientes en terapia de sustitución renal (hemodiálisis-dialisis peritoneal)

Presencia de alteraciones cognitivas o enfermedad psiquiátrica

Procedimiento

Una vez seleccionados los pacientes, previa autorización a través del consentimiento informado (Anexo 1), se les realizó una historia clínica completa, paraclínicos pertinentes y sus hallazgos con énfasis en el diagnóstico de ERC y se aplicó el instrumento de evaluación sobre el conocimiento de la enfermedad (previa evaluación piloto sobre 20 pacientes venezolanos). Los datos fueron recolectados en una hoja diseñada para este fin.

Tratamiento estadístico

Se calculó el promedio y la desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales se calcularon sus frecuencias y porcentajes. Las comparaciones de las variables continuas según las variables nominales se hicieron con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; en el caso de las variables no nominales según variables nominales, se aplicó la prueba chi-cuadrado de Pearson, en el caso de las tablas 2 x 2, se utilizó la prueba exacta de Fisher. Se consideró un valor significativo de contraste si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con JMP-SAS 11.0.

RESULTADOS

La muestra total fue de 85 pacientes (41.2% venezolanos y 58.8% colombianos). Con predominio del género femenino en el 60% de los casos y 40 % fueron de género masculino en ambas naciones. En cuanto a la edad, el mayor porcentaje eran mayores de 60 años (52.9%). En ambas poblaciones el mayor porcentaje de pacientes se encontraba en estadio 3 de ERC (63.6% Venezuela y 36% Colombia) (Tabla 1).

En la evaluación de los antecedentes personales se encontró la Hipertensión arterial como la más frecuente (85% en Venezuela y 70% en Colombia), en ambos grupos sin diferencia estadísticamente significativa. Fue seguido de la diabetes mellitus en proporciones similares (42,3% en Venezuela y 38% en Colombia) El tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus en Venezuela triplicó al de Colombia. El resto de los antecedentes personales fueron escasos y se describen en la Tabla 2.

Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en la escolaridad; en cuanto a los oficios, los venezolanos en su mayoría fueron pensionados mientras que en Colombia la mayoría estaba en oficios del hogar ($p=0,005$). Por otro lado no se encontraron diferencias en los hábitos psicobiológicos en ambas poblaciones, excepto en el consumo de alcohol que fue mayor entre colombianos ($p= 0,005$)(Tabla 5)

En cuanto a los antecedentes familiares, los venezolanos aportaron mayores datos en antecedentes maternos y paternos pero la comparación no fue estadísticamente significativa ($p=0,001$). (Tabla 4)

Al analizar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas poblaciones en cuanto a: conocimiento sobre la enfermedad renal ($p = 0.325$), información acerca de promoción de salud ($p = 0.139$) ni en cuanto al riesgo de progresión de ERC por obesidad, tabaquismo, automedicación y ausencia de adherencia al tratamiento. (Tabla 3)

Tampoco hubo diferencias entre ambas poblaciones en cuanto al conocimiento de la existencia de grupos de apoyo para su enfermedad, ni del riesgo que esta representa para su vida, así como tampoco sobre el conocimiento del impacto biopsicosocial.

Aunque en ambas poblaciones el mayor porcentaje de pacientes dijo desconocer las terapias de reemplazo renal; los colombianos tuvieron un mayor porcentaje de conocimiento 30% vs 5.7 con la población venezolana de los que si conocían acerca de la misma (30% vs 5.7%) ($p= 0.006$) (Tabla 3.1)

En la evaluación clínica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al examen físico en ambas poblaciones, excepto la circunferencia abdominal que fue mayor en las venezolanas ($p=0,01$) (Tabla 6-7)

DISCUSION

De acuerdo a los hallazgos descritos, 40% de pacientes masculinos y 60% de pacientes femeninos, tuvo la misma proporción de sujetos afectados por ERC según el trabajo publicado por Marcano *et al.*, en su estudio epidemiológico de los pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica, sometidos a terapia dialítica; la serie evaluada no concuerda con lo reportado en esta investigación pues, más 75% de los sujetos en esta investigación tuvo edad mayor de 51 años, si bien el pico de aparición desde el punto de vista epidemiológico es similar a lo indicado por estudios preliminares y análisis post hoc de bases de datos poblacionales que indican que la prevalencia de ERC estadios 3, 4 y 5 (función renal < 60 ml/min/1,73 m²) puede estar, según el método utilizado para la estimación de la función renal, entre el 7,5% y el 17,8% en el conjunto de la población adulta y puede alcanzar cifras del 45% en ancianos.^(1,12,13,18)

En un estudio denominado “Situación de la ERC en Colombia en el 2014” realizado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, en cuanto a la distribución por género, se encontró que, de la población analizada predominó el género femenino con 480.723 (59.49%) que guarda relación con lo reportado en esta investigación, siendo el género femenino el 60% de la población analizada, a su vez, la mayoría de los pacientes reportados se encuentran a partir de los 45 años, con un mayor número de casos en el grupo de 60-64 años correspondiendo al 13.93%.⁽²⁰⁾

En el estudio realizado por Alcázar y Francisco denominado acción estratégica de la Sociedad Española de Nefrología frente a la enfermedad renal crónica se evidenció que la edad media observada en estos pacientes correspondió al grupo etario de 50 a 69 años, datos que se observan igualmente en países como Alemania y en gran parte de la literatura mundial. En EEUU, el grupo etario predominante es entre los 55 y 65 años de edad. En otros países como Panamá, la edad promedio de estos pacientes es de 48,5 años, mientras que en Puerto Rico es de 60,5 años.⁽²¹⁾

Si bien no fue un indicador reportado de manera general, el estrato social de pacientes con ERC estuvo concentrado en el estrato V, muy inferior al reportado por Marcano que lo sitúa a casi la mitad de la muestra evaluada. ⁽¹⁹⁾

De acuerdo a los hallazgos propios del conocimiento de la ERC, casi la totalidad de los pacientes tuvo conocimiento sobre esta, siendo un punto favorable en términos de beneficio del paciente; si bien hubo diferencias estadísticas en el conocimiento sobre estadio de la ERC. Casi un tercio de la muestra evaluada, tanto en la población colombiana como en la venezolana, consideraron importante la promoción de salud sobre la ERC, el cual se interpreta como un hecho que no se sustenta en función de la realidad propia del concepto de enfermedad, es decir, la importancia del paciente debería ser sobre ERC. Sin embargo es un elemento importante como estrategia, para acceder de manera didáctica al paciente y suministrar información útil, evitando la progresión de la Enfermedad. ⁽²⁰⁾

A su vez, el conocimiento para desarrollar ERC en sus componentes específicos: Obesidad, tabaquismo, automedicación, mala adherencia al tratamiento y enfermedad, si bien se situó en valores por debajo de la proporción media de las poblaciones analizadas, aun esto supone emprender avances que propongan estrategias en promoción de la salud y prevención de la enfermedad de un amplio y preciso conocimiento sobre estos tópicos.

Otro punto de importancia son las alternativas de tratamiento, un gran porcentaje, de la muestra venezolana no conoce ésta, lo cual es una gran desventaja desde el punto de vista de conocimiento, al ser comparada con la población colombiana. Los grupos de apoyo, tienen una baja proporción en cuanto a su existencia, la población venezolana tiene una desventaja respecto a la población colombiana, Si bien el impacto de la enfermedad tuvo una respuesta variable, esta tendencia no se observó en la población venezolana, por el contrario, la proporción de riesgo y complicaciones asociadas, tuvo mayor respuesta a no considerar ésta.

Por otra parte, diversos estudios de población han demostrado una elevada prevalencia de ERC en la población general en sus diferentes estadios y que se estima en torno a un 11 %. Los estudios efectuados en nuestro entorno muestran una prevalencia similar. El estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) definirá con claridad la realidad de la ERC en España. Datos del estudio piloto en Orense confirman una prevalencia de ERC del 12,7 %. Un 5,1 % corresponden a pacientes con ERC en estadios 3-5, esto es, con FG estimado inferior a 60 ml/min ⁽⁸⁾. Traducido a la población española actual (INE censo 2005), se traduciría en 4.425.000 adultos con ERC Estadios 1-5 y 1.770.000 con ERC E-3-5, esto es, con insuficiencia renal. Dicho esto, la incidencia de la ERC avanza exponencialmente y es de vital importancia para la promoción de la salud y la promoción de la enfermedad, que se creen campañas que propendan información útil, veraz, certera para que estas cifras puedan controlarse. ⁽²¹⁾

Ante estas cifras y la posibilidad de modificar el curso evolutivo de la ERC y su morbilidad cardiovascular asociada, no es de extrañar que esta nueva epidemia, la “epidemia de la ERC” esté siendo objeto de análisis en la mayoría de foros nefrológicos nacionales e internacionales. Sin embargo y a diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades crónicas muy prevalentes como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, todavía no se ha transmitido la importancia de esta nueva epidemia a la comunidad científica no nefrológica, a los responsables políticos sanitarios y a la sociedad en general. ⁽¹¹⁻¹³⁾

Se concluye que el conocimiento de la población sobre su enfermedad es limitado en ambos países, lo que señala que la educación y las iniciativas preventivas de las poblaciones estudiadas deben mejorar en pro de la prevención de la instalación de condiciones tan graves de salud como la enfermedad renal crónica, que tienen consecuencias severas en el individuo y su calidad de vida; además, de la repercusión en los gastos gubernamentales, los cuales serán menores cuando la prevención sea la verdadera meta.

No se encontró literatura sobre el conocimiento de la ERC en estadios precoz, hasta la fecha de realización de este estudio

REFERENCIAS

1. Gómez A, Arias E, Jiménez C. Insuficiencia renal crónica, en Tratado de geriatría para residentes, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Primera edición, Madrid España. 2006. pp: 637-643. Consultada el 30 de julio de 2016 en <http://www.anme.com.mx/libros/Tratado%20de%20Geriatr%EDa%20para%20Residentes.pdf>
2. De Francisco Á. L. M., De la Cruz J. J., Cases A., de la Figuera M. y colaboradores. Prevalencia de insuficiencia renal en Centros de Atención Primaria en España: Estudio EROCAP. *RevNefrol España*. 2007. 27;3: 522-56
3. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Rev. UniversitasPsychologica*. 2006. 5;3: 487-499.
4. Rodríguez Vidal M, Castro Salas M, Merino Escobar J. Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Cienc. Enferm. (Concepción)* 2005. 11(2): 47-55. Consultada el 15 de julio de 2016, Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007&lng=es&nrm=iso>.
5. Santa Cruz PL, Rangel ME, Navas N, Bolívar Z. La visión integradora biopsicosocial como estrategia ante el paciente con enfermedad renal crónica (ERC). *Requisito contemporáneo. NEFROLOGÍA*. 2006. 26; 5: 635-636. Consultada el 15 de junio de 2016 en <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-la-vision-integradora-biopsicosocial-como-estrategia-ante-el-paciente-con-X0211699506020261>
6. Levey AS, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins AJ. Enfermedad renal crónica como problema global en salud pública: Abordajes e iniciativas – propuesta de la

KidneyDiseaseImproving Global Outcomes. *Kidney International* (Edición español). 2007. 3, 232–245

7. Rudnicki, T. Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. *REVISTA DIVERSITAS – PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA* – 2006. 2;2: 279-288. Consultada el 15 de julio de 2016 en <http://www.redalyc.org/pdf/679/67920207.pdf>
8. Páez A, Jofré M. Azpiroz C. De Bortoli M. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Univ. Psychol Bogotá*. 2009. 8;1: 117-124.
9. Foley RN, Parfrey PS, Sarnak MI. Clinical epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 1998. 32:S112-S119.
10. Steitz SA, Speer MY, Curinga G, Yang HY, Haynes P, Aebbersold *Ret al.* Smooth muscle cell phenotypic transition associated with calcification: Upregulation of Cbfa-1 and downregulation of smooth muscle lineage markers. *Circ Res* 89:1147-1154, 2001.
11. Keith DS, Nichols GA, Gullion CM, Brown JB, Smith DH. Longitudinal Followup and Outcomes Among a Population With Chronic Kidney Disease in a Large Managed Care Organization. *Arch Intern Med*. 2004; 164:659-663.
12. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney Int*. 2009; 76 Suppl113:S3–S130.
13. Eknoyan G. Chronic kidney disease definition and classification: the quest for refinements. *Kidney Int* 2007; 72: 1183-1185.

14. Levey AS, Eckardt K-U, Tsukamoto Y et al. Definition and classification of chronic kidney disease. *Kidney International* (2009) 75, 1015–1018
15. Bolton CI, Downs LG, Victory JGG, Dwight JF, Tomson CRV, Mackness MI, Pinkey JH. Endotelial dysfunction in chronic renal failure: roles of lipoprotein oxidation and pro-inflammatory cytokines. *Nephrol Dial Trasplant* 2001; 16: 1189-1197.
16. Speer MY, Giachelli CM. Regulation of cardiovascular calcification. *Cardiovascular Pathology* 2004; 13:63-70.
17. London GM, Guérin AP, Marchais SJ, Métivier F, Pannier B, Adda H. Arterial media calcification in end-stage renal disease: impact on all-cause and cardiovascular mortality. *Nephrol Dial Transplant*. 2003 Sep;18(9):1731-40.
18. Otero, L. M. Enfermedad renal crónica. *Revista Colombia Médica* 2002. 33;1: 38-40
19. Marcano M, Rangel S y Ramírez N. Aspectos epidemiológicos de la medicina interna en Venezuela. Estudio epidemiológico de los pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica, sometidos a terapia dialítica. *Med Interna (Caracas)* 2008. 24;3: 169 – 177
20. Fondo Colombiano para enfermedades de alto costo. Situación de la enfermedad renal en Colombia 2014. Capítulo 4. Editado por el Fondo Colombiano para enfermedades de alto costo. Bogotá Colombia. Consultado el 30 junio de 2016 en <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion%20de%20la%20ERC%20Colombia%202014.pdf>
21. R. Alcázar, A.L.M. de francisco. *Revista española de nefrología. Acción estratégica de la sociedad española de nefrología frente a la enfermedad renal crónica. Nefrología*. 2006. 26;1; 1-4 consultada el 16 de julio de 2016 en

<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-accion-estrategica-de-la-sociedad-espanola-de-nefrologa-frente-a-X0211699506019142>

Anexo1

Consentimiento Informado

Consentimiento informado

Consentimiento informado para realización de trabajo de investigación:
“Enfermedad Renal Crónica sin terapia de sustitución renal: comparación entre los conocimientos de una población hospitalaria de pacientes Colombianos y Venezolanos”.

Investigador: Edwin Gordon Chaparro

Esta investigación se realiza con el fin de obtener un conocimiento real, acerca de la Enfermedad renal en ambos países, y de esta manera actuar precozmente a partir de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Para el estudio se requiere solamente el consentimiento informado, pues la atención del paciente estará dirigida a sus necesidades y la caracterización sociodemográfica y familiar. No requiere de intervención alguna diferente a sus necesidades, por lo que no se somete el paciente a riesgos adicionales a los que requiere la atención de su patología.

Todos los datos obtenidos serán mantenidos en absoluto secreto y toda la información será solo accesible al investigador y médico involucrado en el estudio. Su identidad no será hecha pública en ninguno de los manuscritos científicos o en las presentaciones que se realicen en eventos científicos.

La participación en este estudio es voluntaria. Cualquier paciente puede negarse a participar en el estudio desde el principio o interrumpir su participación en cualquier momento lo que no afectará la atención que recibirá por parte de su médico en forma alguna.

Yo, _____ portador(a) de la cédula de identidad _____ he sido informado(a) de manera amplia, clara y sencilla y mis preguntas han sido contestadas en relación al estudio sobre **“Enfermedad Renal Crónica sin terapia de sustitución renal: comparación entre una población de pacientes Colombiana y Venezolana”.**

Que se llevará a cabo en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” en Caracas (Venezuela), y en la Unidad Clínica La Magdalena” en la ciudad de Barrancabermeja (Colombia) en cualquiera de sus servicios, por lo tanto manifiesto estar de acuerdo en participar en él.

Paciente: Nombre y apellido: _____ CI: _____ Firma : _____
Testigo: Nombre y apellido: _____ CI: _____ Firma : _____

Investigador: Nombre y apellido: _____ CI: _____ Firma : _____
 Ciudad: _____, de _____ de 2015.

Anexo 2

Hoja de recolección de datos

“Enfermedad Renal Crónica sin terapia de sustitución renal: comparación entre los conocimientos de una población hospitalaria de pacientes Colombianos y Venezolanos”.

Autor: Edwin Gordon

IDENTIFICACION

Nombre y Apellido: _____

C.I: _____ H.C: _____ Genero: _____
 Edad: _____ F.N: _____ L.N: _____ Procedencia: _____

Teléfono: _____

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	TIEMPO DE EVOLUCION	ESPECIFIQUE
Hipertensión Arterial				
Diabetes Mellitus				
Hepatopatías				
Enfermedad Tiroidea				
Enfermedades del Colágeno				
Alergias				
Enfermedades Infecciosas				
Litiasis renal				

Otros(especifique): _____

CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL:

1SI _____ 2 NO _____ 3 CUAL: _____ 4 ESTADIO DE SU ENFERMEDAD _____

5 HA RECIBIO INFORMACION DE PROMOCION DE LA SALUD, Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD, POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD ACERCA DE LA ERC?:SI ___ NO ___

6 CONOCE USTED, LOS FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR LA ENFERMEDAD RENAL COMO: 6.1 OBESIDAD _____ 6.2 TABAQUISMO _____ 6.3 AUTOMEDICACION CUAL: _____ 6.4 MALA ADHERENCIA AL TTO _____ 6.5 ENFERMEDADES CUAL: _____

7 TIENE USTED CONOCIMIENTO, DE ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA?: SI ___ NO ___ CUAL: _____

8 CONOCE ACERCA DE GRUPOS DE APOYO PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: SI ___ NO ___

9 TIENE CONOCIMIENTO DEL IMPACTO BIOPSIOSOCIAL DE LA ENFERMEDAD RENAL

CRÓNICA EN LA VIDA COTIDIANA: SI___ NO___ CUAL:

10 TIENE CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES PROPIAS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA? : SI___ NO___ CUAL:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

Hijos: _____

HABITOS PSICOBIOLOGICOS

Ocupación: _____ Grado de Instrucción: _____

Graffar: _____ Cigarrillos: _____

Alcohol: _____ Drogas: _____

Actividad fisica: _____ Hábitos sexuales: _____

EXAMEN FISICO

T.A: _____ mmHg F.C: _____ l.p.m F.R: _____ r.p.m

Peso: _____ Kgs Talla: _____ cms I.M.C: _____ Kg/cm2

Circunferencia abdominal: _____

Piel: _____

ORL: _____

Cuello: _____

Torax: _____

Cardiovascular: _____

Abdomen: _____

Osteoarticular: _____

Neurológico: _____

_____ Médico tratante

Anexo 3 Resultados

Tabla 1 Clasificación de la Enfermedad renal Crónica

Estadios	Descripción	TFGe (ml/min/1.73m²SC)
1	Daño renal con TFGe normal o elevada	≥ 90
2	Daño renal con Disminución leve de la TFGe	60-89
3	Disminución moderada de la TFGe	30-59
4	Disminución grave de la TFGe	15-29
5	Falla renal	<15 (o diálisis)

Características de la muestra según indicadores epidemiológicos globales.

Tabla 2.

Variables	n	%
Procedencia		
Venezuela	35	41,2
Colombia	50	58,8
Género		
Masculino	34	40,0
Femenino	51	60,0
Grupos de edades		
< 30 años	2	2,4
31-40 años	4	4,7
41-50 años	14	16,5
51-60 años	20	23,5
> 60 años	45	52,9

Tabla 3.

Antecedentes personales, tratamiento y tiempo de evolución de comorbilidades según poblaciones.

Variables	Venezuela		Colombia		p
HTA					
Con HTA	30	85,7%	35	70,0%	0,093
HTA tratada	30	100,0%	34	97,1%	1,000
Tiempo con HTA	120 (24 - 432)		84 (1 - 360)		0,786
Diabetes mellitus					
Con diabetes mellitus	15	42,9%	19	38,0%	0,653
Diabetes mellitus tratada	15	100,0%	18	94,7%	1,000
Tiempo con DM	156 (12 - 372)		60 (1 - 336)		0,885
Hepatopatías					
Con hepatopatías	1	2,9%	1	2,0%	1,000
Hepatopatía tratada	1	100,0%	1	100,0%	1,000
Tiempo con hepatopatía	72		60		n/a
Enfermedad tiroidea					
Con enfermedad tiroidea (hipotiroidismo)	2	5,7%	5	10,0%	1,000
Enfermedad tiroidea tratada	2	100,0%	5	100,0%	1,000
Tiempo con enfermedad tiroidea	60 (24 - 96)		12 (6 - 36)		0,896
Enfermedad de colágeno					
Con enfermedad de colágeno	1	2,9%	1	2,0%	1,000
Enfermedad de colágeno tratada	1	100,0%	1	100,0%	1,000
Tiempo con enfermedad de colágeno	108		24		n/a
Alergias					
Con alergias	0	0,0%	1	2,0%	1,000
Alergias tratadas	0	0,0%	1	100,0%	1,000
Tiempo con enfermedad de colágeno	-		240		n/a
Enfermedad infecciosa					
Con enfermedad infecciosa (I.T.U)	0	0,0%	3	6,0%	1,000
Enfermedad infecciosa tratada	0	0,0%	3	100,0%	1,000
Tiempo con enfermedad infecciosa	-		24 (12 - 120)		n/a
Litiasis renal					1,000
Con litiasis	0	0,0%	8	16,0%	1,000
Litiasis renal tratada	0	0,0%	8	100,0%	
Tiempo con litiasis renal	-		78 (12 - 360)		n/a

Tiempos de duración de enfermedad en meses expresados como mediana (mínimo - máximo)

Tabla 4.**Conocimiento sobre enfermedad renal según población.**

Variables	Venezuela		Colombia		p
	N	%	n	%	
Conocimiento de ER	35	94,3	50	100,0	0,325
Estadio de la ERC al momento de la entrevista					0,042
Estadio 1	3	3,0	7	14,0	
Estadio 2	3	9,1	10	20,0	
Estadio 3	21	63,6	18	36,0	
Estadio 4	8	24,2	11	22,0	
Estadio 5	0	0,0	4	8,0	
Información sobre promoción de salud					0,139
Si	12	34,3	10	20,0	
No	23	65,7	40	80,0	
Conocimiento para desarrollar ERC					
Obesidad	13	37,1	12	24,0	0,191
Tabaquismo	13	37,1	19	38,0	0,936
Automedicación	14	40,0	15	30,0	0,339
Mala adherencia al tratamiento	13	37,1	25	50,0	0,341
Enfermedad	13	37,1	25	50,0	0,241

Tabla 4.1**Conocimiento sobre enfermedad renal según población.**

Variables	Venezuela		Colombia		p
	n	%	n	%	
Alternativas de tratamiento					0,020
No conoce	33	94,3	35	70,0	
Hemodiálisis	2	5,7	12	24,0	
Diálisis peritoneal	0	0,0	3	6,0	
Grupos de apoyos a pacientes					0,144
Si	0	0,0	5	10,0	
No	35	100,0	45	90,0	
Impacto biopsicosocial de la ERC					0,125
Deterioro de salud	7	20,0	16	32,0	
Depresión	2	5,7	9	18,0	
Carga para la familia	3	8,6	4	8,0	
Sin impacto	23	65,7	21	42,0	
Riesgos y complicaciones					0,320
Muerte	13	37,1	12	24,0	
SCA	0	0,0	1	2,0	
Sin riesgo	22	62,9	37	74,0	

Tabla 5.

Conocimiento sobre antecedentes familiares de enfermedad renal.

Antecedentes	Venezuela		Colombia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Madre						
Si	26	74,3	18	36,0	44	51,8
No	2	5,7	32	64,0	34	40,0
Desconoce	7	20,0	0	0,0	7	8,2
Padre						
Si	16	45,7	12	24,0	28	32,9
No	1	2,9	38	76,0	39	45,9
Desconoce	18	51,4	0	0,0	18	21,2
Hermano						
Si	19	54,3	18	36,0	37	43,5
No	14	40,0	32	64,0	46	54,1
Desconoce	2	5,7	0	0,0	2	2,4
Hijo						
Si	2	5,7	8	16,0	10	11,8
No	33	94,3	42	84,0	75	88,2
Desconoce	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Madre: p = 0,001

Padre: p = 0,001

Hermano: p = 0,036

Hijo: p = 0,268

Tabla 6.

Características de hábitos psicobiológicos según poblaciones.

Variables	Venezuela		Colombia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ocupación						
Desempleado	0	0,0	2	4,0	2	2,4
Profesional	1	2,9	4	8,0	5	5,9
No profesional	6	17,1	19	38,0	25	29,4
Oficios del hogar	16	45,7	22	44,0	28	32,9
Pensionado-jubilado	12	34,3	3	6,0	15	17,6
Escolaridad						
Ninguna	2	5,7	7	14,0	9	10,6
Primaria incompleta	21	60,0	22	44,0	43	50,6
Primaria completa	0	0,0	2	4,0	2	2,4
Secundaria incompleta	2	5,7	1	2,0	3	3,5
Secundaria completa	7	20,0	11	22,0	18	21,2
Técnico	2	5,7	3	6,0	5	5,9
Universitario	1	2,9	4	8,0	5	5,9
Estrato socioeconómico						
I	0	0,0	4	8,0	4	4,7
II	2	5,7	1	2,0	3	3,5
III	14	40,0	10	20,0	24	28,2
IV	19	54,3	6	12,0	25	29,4
V	0	0,0	29	58,0	29	34,1
Hábitos psicobiológicos						
Tabaquismo	3	8,6	9	18,0	12	14,1
Alcohol	3	8,6	9	18,0	12	14,1
Drogas ilícitas	1	2,9	0	0,0	1	1,2
Actividad física	3	8,6	5	10,0	8	9,4
Hábitos sexuales	9	25,7	3	6,0	12	14,1

Ocupación: $p = 0,005$, Escolaridad: $p = 0,476$, Estrato socioeconómico: $p = 0,001$

Tabaquismo: $p = 0,362$, Alcohol: $p = 0,005$, Drogas ilícitas: $p = 0,857$, Actividad física: $p = 1,000$

Hábitos sexuales: $p = 0,024$

Tabla 7.

Características del examen físico según poblaciones.

Variables	Venezuela		Colombia		Todos	
	n	%	n	%	n	%
Tensión arterial						
Baja	0	0,0	6	12,0	6	7,1
Normal	25	71,4	32	64,0	57	67,1
Elevada	10	28,6	12	24,0	12	14,1
Frecuencia cardíaca						
Taquicardia	3	8,6	0	0,0	3	3,5
Normal	32	91,4	50	100,0	82	96,5
Frecuencia respiratoria						
Aumentada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Normal	35	100,0	50	100,0	85	100,0
IMC						
Delgadez	0	0,0	3	6,0	3	3,5
Normopeso	11	31,4	15	30,0	26	30,6
Sobrepeso	17	48,6	20	40,0	37	43,5
Obeso	7	20,0	12	24,0	19	22,4
Circunferencia abdominal						
En masculino						
< 102 cm	9	25,7	8	16,0	17	20,0
> 102 cm	3	8,6	14	28,0	17	20,0
En femenino						
< 88 cm	0	0,0	7	14,0	7	8,2
> 88 cm	23	65,7	21	42,0	44	51,8
Tensión arterial: p = 0,104						
Frecuencia cardíaca: p = 0,131						
Frecuencia respiratoria: p = no se puede calcular						
IMC: p = 0,456						
Circunferencia abdominal (femenino): p = 0,010,(masculino): p = 0,073,						

Tabla 8.

Hallazgos del examen físico según poblaciones.

Variables	Venezuela		Colombia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Piel	0	0,0	5	10,0	5	5,9
ORL	1	2,9	1	2,0	2	2,4
Cuello	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tórax	1	2,9	1	2,0	2	2,4
Cardiovascular	3	8,6	0	0,0	3	3,5
Abdomen	10	28,6	8	16,0	18	21,2
Osteoarticular	0	0,0	5	10,0	5	5,9
Neurológico	0	0,0	6	12,0	6	7,1

Piel: $p = 0,144$

ORL: $p = 1,000$

Cuello: $p =$ no se puede calcular

Tórax: $p = 1,000$

Cardiovascular: $p = 0,131$

Abdomen: $p = 0,163$

Osteoarticular: $p = 0,144$

Neurológico: $p = 0,090$