

11237
110,
2g



Universidad Nacional
Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios
de Posgrado



CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud
DDF

Dirección General de Servicios de Salud del
Departamento del Distrito Federal

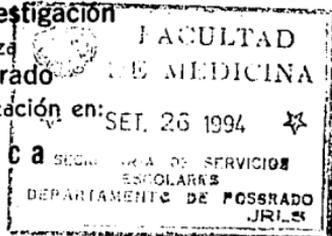
Dirección de Enseñanza e Investigación

Subdirección de Enseñanza

Departamento de Posgrado

Curso Universitario de Especialización en:

Pediatría Médica



**CONDICIONES SOCIOECONOMICAS DE LOS PACIENTES
UREMICOS: SU REPERCUICION EN LA REHABILITACION**

Trabajo de Investigación Clínica

p r e s e n t a

DR. JOSE MANUEL PADILLA LOPEZ

para obtener el Grado de

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

Directora de Tesis: Dra. Martha Medina Escobedo

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

J. Torres

Vo. Bo. DR JESUS TORRES SANCHEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE PEDIATRIA MEDICA.



B. Soto de Leon

SECRETARIA GENERAL DE SALUD
ESTADO DE GUATEMALA
DIRECCION DE INVESTIGACION

Vo. Bo. DR BENJAMIN SOTO DE LEON
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

A MI FAMILIA:

**POR EL TIEMPO NO COMPARTIDO
CON ELLOS.**

INDICE.**PAGINAS**

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	2
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	7
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIA	20

RESUMEN:

SE REALIZO UN ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL EN FASE TERMINAL, EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DE IZTACALCO DEL D.D.F. EN EL DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA.

SE EVALUARON LAS CARACTERISTICAS PROPIAS DE LOS PACIENTES COMO EDAD, SEXO, ESCOLARIDAD ASI COMO LAS CONDICIONES CON LAS QUE ACUDIAN AL PROGRAMA DE DPI.

ASI MISMO SE EVALUO ALGUNAS CARACTERISTICAS DE SU ENTORNO FAMILIAR COMO ESCOLARIDAD DE LOS PADRES, INGRESOS Y EGRESOS. SE ENCONTRO QUE SOLO TRES PACIENTES SE ENCUENTRAN CON UN BUEN CONTROL DENTRO DEL PROGRAMA DE DPI, ATRIBUYENDOLO A VARIAS CARACTERISTICAS COMUNES.

TAMBIEN SE PUDO OBSERVAR QUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES SE ENCUENTRAN CON UN MAL CONTROL DENTRO DEL PROGRAMA DE DPI ATRIBUIBLE A LA CONDICION SOCIOECONOMICA PREDOMINANTE EN UN GRAN PORCENTAJE DE LOS PACIENTES.

INTRODUCCION.

EL GRADO DE REHABILITACION DEL PACIENTE UREMICO ES MUY IMPORTANTE DEBIDO A QUE DETERMINA LA CONSERVACION DE LA VIDA, EL ESTADO NUTRICIONAL Y LA CAPACIDAD DE REINTEGRARSE A LAS ACTIVIDADES LUDICAS Y ESCOLARES PROPIAS DE SU EDAD. EL EMPLEO DE PROCEDIMIENTOS COMO DIALISIS PERITONEAL, HEMODIALISIS Y TRANSPLANTE RENAL EN EL MANEJO DE LA UREMIA CRONICA HA PERMITIDO SOLUCIONAR EL PROBLEMA BASICO DE LA PROLONGACION DE LA VIDA TRATANDO EN LO POSIBLE DE INTEGRAR AL PACIENTE A LA SOCIEDAD, A SU FAMILIA Y DE QUE EMPLEE AL MAXIMO SU CAPACIDADES EN JUEGOS Y OCUPACIONES ADECUADAS; SIN EMBARGO ESTOS BENEFICIOS POR RAZONES SOCIOECONOMICAS NO ALCANZAN A TODA LA POBLACION.

EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DE IZTACALCO PERTENECIENTE A LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA SE INSTITUYO EL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE CON CATETER DE TENCKHOFF. LA MAYORIA DE NUESTROS PACIENTE SON DE ESCASOS RECURSOS SOCIOECONOMICOS LO QUE HA PLANTEADO CIERTAS INTERROGANTES CON RESPECTO A SU REHABILITACION CON EL METODO ESTABLECIDO. SE PRESENTA EL RESULTADO DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS EN ESTOS PACIENTES DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIOECONOMICO Y SU REPERCUSSION EN LA REHABILITACION.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

LA INCIDENCIA ANUAL DE ENFERMEDAD RENAL TERMINAL EN NIÑOS ES ESCASA SE REFIERE QUE ES DE APROXIMADAMENTE 3 A 5 PACIENTES POR MILLON DE HABITANTES, SIENDO LA EDAD DE PRESENTACION ENTRE LOS 0 Y LOS 14 AÑOS.(1,2)

LA INCIDENCIA DE AGENESIA RENAL BILATERAL ES DE 2 A 6 PACIENTES POR MILLON DE HABITANTES POR AÑO DE LOS CUALES MAS DEL 50% NACIERON VIVOS LO QUE SUPONE UNA SUBESTIMACION DEL PROBLEMA.(2) EN 1960 EL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE CALIFORNIA MOSTRO UN INDICE DE MORTALIDAD DE 12 MILLONES DE NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS. SHARER (3) DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE NEFROLOGIA PEDIATRICA ESTIMA QUE LA FRECUENCIA DE UREMIA TERMINAL ES DE 1 A 2 NIÑOS POR MILLON Y POR AÑO.

EN MEXICO SE DESCONOCE LA INCIDENCIA EXACTA DE UREMIA, MAS AUN EN LA POBLACION INFANTIL, DEBIDO AL INCREMENTO DEMOGRAFICO TAN ACELERADO Y A, QUE EL POCENTAJE DE POBLACION EN EDAD PEDIATRICA SOBREPASA EL 50% DE LA POBLACION.(4)

ELPACIENTE UREMICO EN EDAD PEDIATRICA DESARROLLA EN LA FASE TERMINAL DE SU ENFERMEDAD, ALTERACIONES ELECTROLITICAS, ENZIMATICAS, ENDOCRINOLOGICAS, ETC. QUE EN FORMA TEMPRANA O TARDIA LO CONDUCIRAN A LA MUERTE SI ES QUE ANTES NO PRESENTA ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES POR PROCESOS INFECCIOSOS.(5).PARA EVITAR ESTO HAY QUE EMPLEAR METODOS O PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION QUE NO SOLO SALVEN LA VIDA DEL PACIENTE SI NO QUE LO REHABILITE.

EN LA ACTUALIDAD LOS METODOS DISPONIBLES SON: DIALISIS PERITONEAL CON DOS VARIANTES, DIALISIS PERITONEAL CRONICA INTERMITENTE Y DIALISIS PERITONEAL CRONICA AMBULATORIA, LA HEMODIALISIS, EL TRANSPLANTE RENAL TAMBIEN CON DOS VARIENTES, TRANSPLANTE DE DONADOR DE CADAVER Y TRANSPLANTE DE DONADOR VIVO.

YA DESDE EL SIGLO PASADO ERA CONOCIDA LA CAPACIDAD DEL PERITONEO PARA PODER OBTENER O ELIMINAR ATRAVES DE EL AGUA, SOLUTOS Y SUSTANCIAS TOXICAS PARA EL ORGANISMO AL COLOCAR SOLUCIONES DE DETERMINADA COMPOSICION DENTRO DE LA CAVIDAD PERITONEAL. EN 1953 GANTER EN ALEMANIA PUBLICO SUS PRIMERAS EXPERIENCIAS SOBRE LA APLICACION DE DIALISIS PERITONEAL CON FINES TERAPEUTICOS EN EL SER HUMANO. EN 1959 WASMAL EN CALIFORNIA DESCRIBIO LA TECNICA CLASICA DE LA DIALISIS PERITONEAL ATRAVES DE UN CATETER RIGIDO QUE ERA RETIRADO DESPUES DE CADA PROCEDIMIENTO, DIALISIS PERITONEAL EVENTUAL (DPE), LAS MULTIPLES PUNCIONES Y EL CORTO BENEFICIO HICIERON QUE SE BUSCARAN NUEVAS TECNICAS DE COLOCACION. EN 1968 HENRY TENCKHOFF MEDICO ALEMAN PUBLICO SU DISEÑO DE UN NUEVO CATETER DE SILASTIC CON COJINETES DE DACRON COLOCADO EN LA CAVIDAD PERITONEAL ATRAVES DE UN TUNEL SUBCUTANEO QUE PERMITE UNA MEJOR FIJACION Y EL AISLAMIENTO AL EXTERIOR DEL MISMO PARA PODER DISMINUIR EL RIESGO DE INFECCION. EN 1976 POPOVICH COMUNICA SUS EXPERIENCIAS CON EL CATETER DE TENCKHOFF DEJANDOLO A PERMANENCIA CON SOLUCION DE DIALISIS EN CAVIDAD ASI COMO EL USO DE BOLSAS DE DIALISIS DE POLIETILENO. EL METODO DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE (DPI) CONSISTE EN DIALIZAR AL PACIENTE DOS VECES POR SEMANA DURANTE 24 HORAS EN LA UNIDAD HOSPITALARIA PRACTICANDOSELE QUINCE RECAMBIOS. EL METODO DE DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA (DPA) CONSISTE EN QUE EL PACIENTE SE DIALIZA EN SU CASA Y LOS RECAMBIOS SON EFECTUADOS POR LOS FAMILIARES O POR EL MISMO PACIENTE, LOS RECAMBIOS SON CADA CINCO HORAS DEJANDO EL ULTIMO RECAMBIO TODA LA NOCHE.

LA ATENCION MEDICA HACIA EL PACIENTE UREMICO HA ENTRADO EN CONFLICTO CON LA SOCIEDAD DEBIDO A QUE SUS BENEFICIOS POR RAZONES SOCIOECONOMICAS NO ALCANZA A TODA LA POBLACION, MAS AUN SI LA MEJORIA EN SALUD DEPENDE DE FACTORES QUE VAN MAS ALLA DE LA LABOR MEDICA O DE LA INSTITUCION.

REPORTES PREVIOS (6,7) HAN MENCIONADO QUE LA POSIBILIDAD DE REHABILITACION DE NIÑOS UREMICOS SOCIALMENTE MARGINADOS ES DE MUY DIFICIL SOLUCION DEBIDO A FACTORES DE ORDEN ECONOMICO Y SOCIALES QUE INTERFIEREN CON LA MISMA, RECOMENDANDO EL METODO DE TRANSPLANTE RENAL COMO EL METODO MAS ADECUADO SOBRE TODO SI SE REALIZA TAN PRONTO COMO EL NIÑO LLEGA A LA SITUACION DE UREMIA TERMINAL.

OTROS AUTORES (8,9,10,11) SUGIEREN LA DIALISIS PERITONEAL CRONICA COMO UNA ALTERNATIVA TERAPEUTICA DEBIDO A SU BAJO COSTO CON RELACION A LA HEMODIALISIS Y AL TRANSPLANTE RENAL, ASI COMO A LA MAYOR DISPONIBILIDAD DE ACCESO EN CUALQUIER TIPO DE PACIENTE SIN IMPORTAR LA EDAD, SIN EMBARGO SE INSISTE QUE EL METODO SEA TEMPORAL Y QUE SE BUSQUE UNA REHABILITACION COMPLETA CON EL TRANSPLANTE RENAL.

EN EL HOSPITAL PEDIATRICO IZTACALCO PERTENECIENTE A LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL, EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA SE INSTITUYO EL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE (DPI) CON CATETER DE TENCKHOFF, Y DEBIDO A LA POLITICA DEL SERVICIO QUE RIGE LA SELECCION DE PACIENTES QUE INGRESAN A ESTE PROGRAMA, EL CUAL ES PRACTICAMENTE NULO, YA QUE SOLAMENTE SE TOMA COMO REQUISITO INDISPENSABLE ESTADO MENTAL ADECUADO DEL NIÑO ASI COMO INTERES POR PARTE DE LOS PADRES POR LA SALUD DE SUS HIJOS SIN TOMAR EN CUENTA SUS CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

LO QUE HA PROPICIADO QUE EL NUMERO DE PACIENTES SE VEA INCREMENTADO CADA DIA MAS.

ESTA SITUACION HA PLANTEADO CIERTAS INTERROGANTES CON RESPECTO AL GRADO DE REHABILITACION QUE LOS PACIENTES ALCANZAN CON EL METODO DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE EN NUESTRO SERVICIO.

SE PRESENTAN LOS RESULTADOS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS DURANTE DIECIOCHO MESES EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA EN LOS PACIENTES CON DPI.

MATERIAL Y METODOS.

SE REVISARON LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO Y DE LABORATORIO DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN FASE TERMINAL, ADMITIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL PEDIATRICO IZTACALCO DE JULIO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1991.

SE ESTUDIARON 24 PACIENTES LOS CUALES PRESENTABAN PARAMETROS CLINICOS COMO: FATIGA, LETARGIA, ANOREXIA, PALIDEZ DE TEGUMENTOS, POLIDIPSIA, FALTA DE CRECIMIENTO, ALIENTO UREMICO, VOMITO ETC. Y PARAMETROS DE LABORATORIO COMO HEMOGLOBINA ENTRE 6 Y 7 GR./DL., CREATININA 5 Y 6 MG./DL., UREA 150 Y 200 MG./DL., FOSFORO 7 Y 10 MG./100 ML. ETC. POR LO QUE SE LES DIAGNOSTICO COMO INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN FASE TERMINAL.

DEL TOTAL DE 24 PACIENTES ESTUDIADOS CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL (IRCT). 3 PACIENTES FALLECIERON EL LAS PRIMERAS 24 HORAS DE INGRESO A LA UNIDAD; 3 PACIENTES ABANDONARON TRATAMIENTO IGNORANDOSE EVOLUCION; 1 PACIENTE FUE TRASLADADO A OTRA UNIDAD HOSPITALARIA; 2 PACIENTES FUERON MANEJADOS CON DIALISIS PERITONEAL EVENTUAL: UN PACIENTE CON RETRAZO PSICOMOTRIZ IMPORTANTE, Y EL OTRO LA MADRE ERA ALCOHOLICA Y EXISTIA UN TOTAL DESINTERES FAMILIAR.

DE LOS 15 PACIENTES QUE INGRESARON AL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE SE EVALUO SACANDO DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS Y DE TRABAJO SOCIAL; ESCOLARIDAD DE LOS PADRES, INGRESOS ECONOMICOS, TOMANDO COMO PARAMETRO MAS DEL SALARIO MINIMO O MENOS DEL SALARIO MINIMO, LOS EGRESOS ECONOMICOS, SOLO EVALUANDO SI ESTOS ERAN MENORES O MAYORES A SUS INGRESOS, LA CLASIFICACION DE TRABAJO DADA POR EL DEPARTAMENTO DE

TRABAJO SOCIAL DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES CRITERIOS: EXENTO: LA PERSONA QUE CAREZCA DE INGRESOS O QUE SUS INGRESOS ALCANCEN COMO MAXIMO UN SALARIO MINIMO. GRUPO I (CUOTA MINIMA) LA PERSONA QUE GANA MAS DE UN SALARIO MINIMO Y HASTA DOS SALARIOS MINIMOS COMO MAXIMO. GRUPO II (CUOTA MEDIA) LA PERSONA CUYO SALARIO SEA MAS DE DOS VECES Y HASTA TRES VECES EL SALARIO MINIMO. GRUPO III (CUOTA MAXIMA) LA PERSONA CUYOS INGRESOS SEAN SUPERIORES A TRES SALARIOS MINIMOS. SE EVALUA COMO REGULAR O IRREGULAR SU INGESTA DE MEDICAMENTOS Y SU ASISTENCIA AL PROGRAMA DE DPI. SE VALORA LA FAMILIA CLASIFICANDOSE DE INTEGRADA SI SE CONTABA CON AMBOS PADRES Y DE DESINTEGRADA SI SOLO SE CONTABA CON UNO DE LOS DOS. SE EVALUO LAS CONDICIONES CLINICAS DE LOS PACIENTES A SU INGRESO SIENDO MALA SI PRESENTABA DATOS DE EDEMA AGUDO PULMONAR O DATOS DE DESCOMPENSACION HEMODINAMICA O BUENA SI NO EXISTIAN LOS DATOS ANTERIORES. SE ANALIZARON LOS RESULTADOS LOS CUALES SON PRESENTADOS A CONTINUACION.

RESULTADOS.

DEL TOTAL DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS (15) SE ENCONTRO, QUE SIETE SON DEL SEXO MASCULINO Y CATORCE DEL SEXO FEMENINO. LA EDAD ENCONTRADA FUE ENTRE 7 Y 16 AÑOS (CUADRO 1) EN LA GRAFICA No. 1 PODEMOS OBSERVAR QUE EL MAYOR POCENTAJE DE LOS PADRES DE NUESTROS PACIENTES CUENTA CON UNA ESCOLARIDAD MINIMA. LA GRAFICA No. 2 MUESTRA LA ESCOLARIDAD DE LAS MADRES Y COMO SE PUEDE OBSERVAR SOLO UN 7% (1) CUENTA CON UNA ESCOLARIDAD MEDIA.

LA GRAFICA No. 3 MUESTRA COMO EL 93% (14) FAMILIAS RECIBEN INGRESOS MENORES AL SALARIO MINIMO LO QUE SUPONE APENAS CUENTAN CON LO INDISPENSABLE. LA GRAFICA No 4 TRATA DE COMPLEMENTAR LA ANTERIOR MOSTRANDO QUE LOS EGRESOS MANIFESTADOS SON MAYORES A LOS INGRESOS Y SOLO UN 33% (3) PRESENTAN EGRESOS MENORES A LOS INGRESOS.

CON LO QUE RESPECTA A LA FAMILIA LA GRAFICA No. 5 NOS MUESTRA QUE UN 40% (5) FAMILIAS SE CONSIDERARON DESINTEGRADAS.

DE ACUERDO AL BALANCE REALIZADO POR TRABAJOS SOCIAL EN CUANTO A LOS INGRESOS Y LAS CARACTERISTICAS FAMILIARES SE CLASIFICO COMO EXENTOS A UN 93% (14) DE LOS PACIENTES Y SOLO UN 7% (1) SE CLASIFICO DENTRO DEL GRUPO I. EL CUAL PAGA UNA CUOTA SIMBOLICA POR EL TRATAMIENTO. GRAFICA No.6.

EN LO QUE SE REFIERE A LA REGULARIDAD CON LA QUE LOS PACIENTES TOMABAN LOS MEDICAMENTOS DENTRO Y FUERA DE LA INSTITUCION LA GRAFICA No.7 MUESTRA COMO SOLO UN 42% (6) DE LOS PACIENTES SON REGULARES EN SU INGESTA.

LA GRAFICA No.8 MUESTRA COMO UN GRAN PORCENTAJE 80% (12) DE LOS PACIENTES LLEGAN CON DESCONTROL HEMODINAMICO POSTERIOR A PERMANECER EN SUS CASAS DOS O TRES DIAS.

SE OBSERVO QUE TRES PACIENTES (20%) GRAFICA No.8 SE ENCONTRABAN CON BUEN CONTROL EN EL PROGRAMA DE DPI, ESTOS PACIENTES 6 Y 14 (CUADRO 1) MOSTRARON EN COMUN QUE SUS ESTUDIOS SON DE SECUNDARIA, ASI MISMO COMPARTIAN CON EL PACIENTE No.11, QUE SUS EGRESOS SON MENORES A SUS INGRESOS (CUADRO 2). ATRIBUYENDOLE A ESTO SU ESTABILIDAD CLINICA.

LA PACIENTE No. 11 SE MANEJA ACTUALMENTE EN PROGRAMA DE DPA, DEBIDO A LA BUENA COLABORACION QUE SIEMPRE HA MOSTRADO LA MADRE.

CUADRO No. 1

PACIENTE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES	ESCOLARIDAD DE PADRE	ESCOLARIDAD DE MADRE	FAMILIA
1	9	M	A	PI	PI	I
2	9	M	A	PI	PI	I
3	7	F	PI	PI	PI	I
4	7	M	A	PI	PI	I
5	15	F	PI		PI	D
6	16	F	S	A	A	I
7	9	M	A	A	A	I
8	9	M	A		PI	D
9	13	M	PI	PI	PI	I
10	15	F	PI		A	D
11	7	F	PI		EM	D
12	11	F	PI	PI	PI	I
13	12	M	PI	PI	A	I
14	12	F	S	PI	PI	I
15	14	F	PI		A	D

M= masculino	A= analfabeta	I= integrada
F= femenino	PI= primaria	D= desintegrada
	incompleta	
	S= secundaria	
	EM= educacion media	

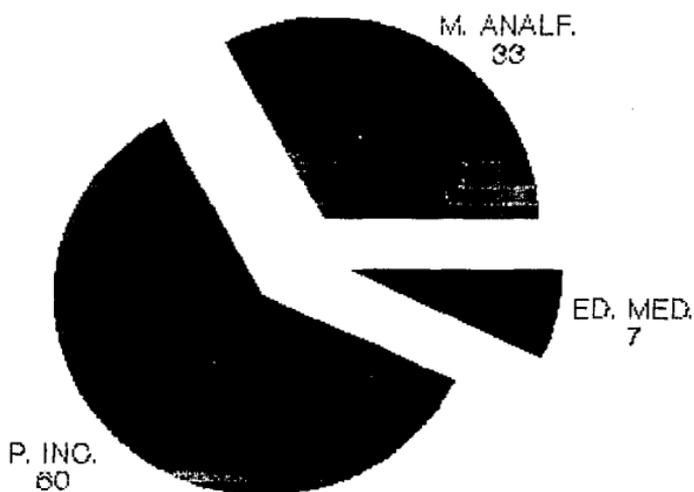
GRAFICA No. 1

SE MUESTRA LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES:
ANALFABETA O PRIMARIA INCOMPLETA.



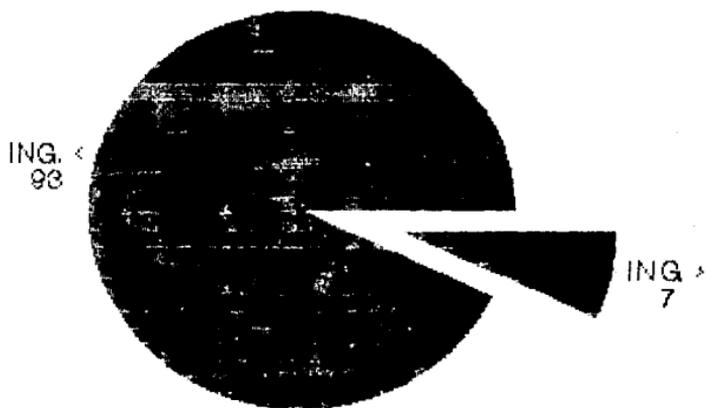
GRAFICA No. 2

SE MUESTRA LA ESCOLARIDAD DE LAS MADRES:
ANALFABETA, PRIMARIA INCOMPLETA O EDUCACION MEDIA



GRAFICA No. 3

SE MUESTRA EL INGRESO SIENDO ESTE MAYOR O MENOR
AL SALARIO MINIMO.



SALARIO MINIMO

GRAFICA No. 4

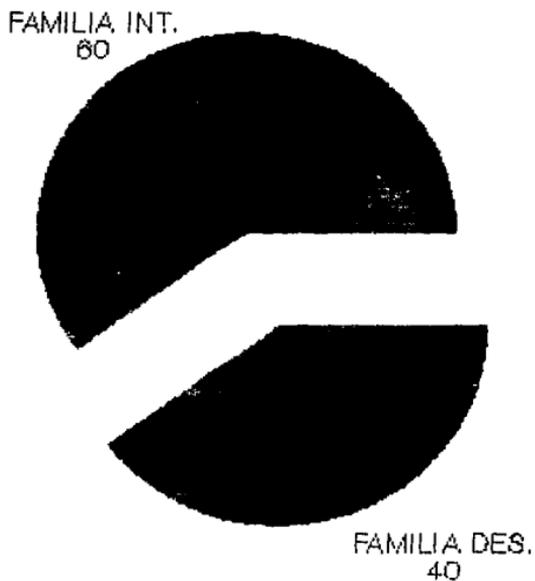
SE MUESTRA QUE PORCENTAJE DE LAS FAMILIAS
TIENE EGRESOS MAYORES A SUS INGRESOS



RELACION CON INGRESO

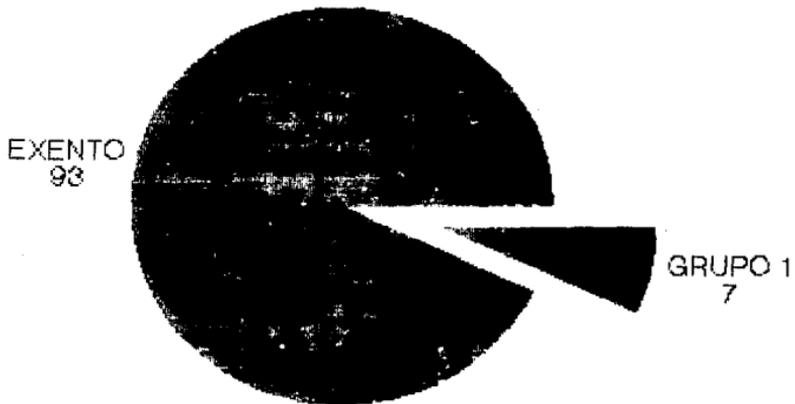
GRAFICA No. 5

SE MUESTRA EL PORCENTAJE DE LAS FAMILIAS EN
CUANTO A SU INTEGRACION FAMILIAR.



GRAFICA No. 6

MUESTRA LA CLASIFICACION REALIZADA POR EL
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.



CLASIFICACION TRABAJO SOCIAL

GRAFICA No. 7

SE MUESTRA LA REGULARIDAD O IRREGULARIDAD CON LA
QUE LOS PACIENTES TOMABAN LOS MEDICAMENTOS.



INGESTA DE MEDICAMENTOS

GRAFICA No. 8

CONDICION DE LOS PACIENTES A SU INGRESO REGULAR
AL PROGRAMA DE DPI.



CONDICION CLINICA AL INGRESO

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES:

- EL MAYOR PORCENTAJE DE LOS PACIENTES QUE ACUDE AL SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL PEDIATRICO IZTACALCO CARECE DE RECURSOS ECONOMICOS PARA LLEVAR UNA REHABILITACION ADECUADA EN DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE.
- LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES Y/O DE LOS PACIENTES ES UN FACTOR FUNDAMENTAL PARA EL BUEN CONTROL CLINICO DURANTE LA REHABILITACION.
- EL BALANCE ECONOMICO A FAVOR DE LOS INGRESOS INFLUYE NOTABLEMENTE EN EL BUEN SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO MEDICO.
- POR LO ANTERIOR CONSIDERAMOS QUE LOS PACIENTES CON ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS NO SON BUENOS CANDIDATOS A TRANSPLANTE RENAL COMO LO SUGIEREN REPORTES PREVIOS PUES ESTO CONLLEVA NO SOLO MAL CONTROL POR FALTA DE INGESTA DE MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES SINO EL RIESGO DE PERDER EL ORGANO TRANSPLANTADO E INCLUSO LA VIDA MISMA DEL PACIENTE.

BIBLIOGRAFIA.

1. Barrat T.M. Renal failure in children. Proc. R. Soc.Med. 64:1045,1971
2. Barrat T.M. Renal failure en the first year of life. Brith. med. boill. 27:115, 1971
3. Scharer K. Incidences and courses of chronic renal failure in childhood Proc. Europ. Dialys. Transplant Ass. 1971, 211
4. Gordillo G. Mota F. Velazquez L. Nefrologia pediátrica Asoc. de medicos del hospital infantil de Mex. Mexico 1985.
5. Mohammed G. Saklayen. CAPD peritonitis, incidencia, pathogenos, diagnosis and management. Medical clinics of north america Vol.74 No.4 July 1990
6. Muños Arispe R. Gordillo Paniagua G. Hernandez Teresa. Evaluación de la rehabilitacion de un grupo de niños úremicos socialmente marginados. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex Vol. 40 Supl. 2 Agosto 1983
7. Muños Arispe R. Salazar Gutierrez M. Gordillo Paniagua G.. Adecuacy of chronic peritoneal dialysis in low socioeconomic class uremic children. The international Journal of pediatric Nephrology. 1986;7:2
8. Vargas Rosendo R. Romano Moto Z. Ojeda Duran S. Diálisis peritoneal con cateter de Tenckhoff. Una adecuada alternativa terapeutica. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex Vol. 41 NO. 10 Octubre 1984
9. Vargas Rosendo R. Diálisis peritoneal con cateter de Tenckhoff una excelente opción terapeutica. Revista Mexicana de pediatria Sep-OctF1990
10. Grundberg J. Verocay C. Frocht G. La tecnología apropiada: una prioridad para la aplicación de la diálisis peritoneal continua ambulatoria en el tercer mundo. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1984;41:8
11. Grundberg J. Verocay C. Dialisis peritoneal cronica y rehabilitación social de los niños uremicos del tercer mundo. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. Vol. 42 No.5 Mayo 1985
12. Blum Gordillo B. Gordillo Paniagua G. Problematica psicosocial del niño con enfermedad cronica. I conferencia magistral internacional Federico Gomez. I jornada de actualización pediátrica Santo Domingo 1986
13. Serria J. Vilas M. Fuerte A. Medicina y trabajo social Editorial verbo divino Pamplona Esp. 1976