

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL CRÓNICO EN
TRATAMIENTO SUSTITUTIVO SEGÚN LA ESCALA KDQOL-36**

WALTER GUILLERMO GARCÍA ORANTES

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas Especialidad en Medicina Interna
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna

Agosto 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.133.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Walter Guillermo García Orantes

Registro Académico No.: 200440086

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Medicina Interna**, el trabajo de TESIS CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL CRÓNICO EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO SEGÚN LA ESCALA KDQOL-36

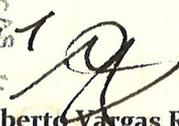
Que fue asesorado: Dr. Hugo Ottoniel Medizabal Morales

Y revisado por: Dra. Vivian Karina Linares Leal MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para julio 2018

Guatemala, 06 de julio de 2018




Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
* Director
Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
* Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Guatemala 17 de abril de 2018

Doctor(a)

Sergio Aníbal Galdámez Coronado

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad de Medicina Interna

Hospital Roosevelt

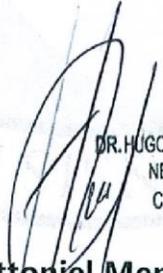
Presente

Respetable Doctor **Galdámez:**

Por este medio informo que he **asesorado** a fondo el informe final de graduación que presenta del Doctor: **WALTER GUILLERMO GARCIA ORANTES** carné **200440086**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna, el cual se titula **"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENAL CRONICO EN EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO SEGÚN LA ESCALA KDQOL-36 "**.

Luego de **asesoría**, hago constar que el Dr. García Orantes, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



DR. HUGO O. MENDIZABAL M.
NEFRÓLOGO
COL. 10,975

Dr. Hugo Ottoniel Mendizabal Morales
Asesor de Tesis

Guatemala 17 de abril de 2018

Doctor(a)

Sergio Aníbal Galdámez Coronado

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad de Medicina Interna

Hospital Roosevelt

Presente

Respetable Doctor **Galdámez**:

Por este medio informo que he **revisado** a fondo el informe final de graduación que presenta del Doctor: **WALTER GUILLERMO GARCIA ORANTES** carné **200440086**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna, el cual se titula **"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENAL CRONICO EN EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO SEGÚN LA ESCALA KDQOL-36 "**.

Luego de **revisión**, hago constar que el Dr. García Orantes, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dra. Vivian Karina Linares Leal Msc.
Revisor de Tesis



A: Dr. Sergio Anibal Galdamez Corado, MSP
Docente responsable.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión 19 de abril de 2018

Fecha de dictamen: 19 de Abril de 2018

Asunto: Revisión de Informe final de:

WALTER GUILLERMO GARCIA ORANTES

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTES RENAL CRONICO EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO
SEGUN LA ESCALA KDQOL-36

Sugerencias de la revisión:

- Autorizar examen privado.



Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



INDICE DE CONTENIDOS

	Página
Resumen	1
I. Introducción	2
II. Antecedentes	4
III. Objetivos	16
IV. Materiales y Métodos	17
V. Resultados	23
VI. Análisis y discusión de resultados	33
VII. Conclusiones	36
VIII. Recomendaciones	37
IX. Referencias bibliográficas	38
X. Anexos	41

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Características demográficas	25
Tabla 2. Calidad de vida relacionada a la salud	26
Tabla 3. Comparación de la calidad de vida según tratamiento sustitutivo	27
Tabla 4. Comparación de la calidad de vida según sexo	29
Tabla 5. Comparación de la calidad de vida según edad	30
Tabla 6. Actividades recreativas	31
Tabla 7. Comorbilidades	31
Tabla 8. Calidad de vida por comorbilidad	32
Tabla 9. Calidad de vida por actividad recreativa	32

INDICE DE GRÁFICAS

	Página
Gráfica 1. Características demográficas	24
Gráfica 2. Salud física según tipo de tratamiento	27
Gráfica 3. Salud mental según tipo de tratamiento	28
Gráfica 4. Componentes de salud física y mental según tipo de tratamiento	28
Gráfica 5. Enfermedad renal según tipo de tratamiento	29
Gráfica 6. Calidad de vida según sexo	31

MAPAS

Mapa 1. Procedencia	25
---------------------	----

RESUMEN

Introducción: Los tratamientos sustitutos de la insuficiencia renal crónica (IRC) garantizan la supervivencia, pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, psicoemocional y social, por lo que aspectos vinculados a la calidad de vida relacionada a la salud (CRVS) y la estabilidad emocional y afectiva del paciente pueden ser determinantes para el éxito del tratamiento. El instrumento Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) consta de 12 preguntas de salud general, y 24 sobre enfermedad renal. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida relacionada a la salud, de pacientes con IRC KDOQI V sometidos a tratamiento sustitutivo en la Unidad Nacional de Atención del Enfermo Renal Crónico (UNAERC). **Metodología:** Estudio transversal analítico, muestreo no probabilístico de 574 casos consecutivos. Se evaluó la CRVS con el KDQOL-36. **Resultados:** En su mayoría, los pacientes poseen edades comprendidas entre 36 a 60 años (67.2%), no laboran (70.0%), profesan la religión católica o evangélica (88.8%), provienen de Guatemala (36.6%), Santa Rosa (18.6%), Chimaltenango (14.6%) y Suchitepéquez (11.1%). Los pacientes con diálisis peritoneal presentaron mejor calidad de vida en percepción de la salud en general ($p < 0.001$), rol físico ($p < 0.001$) y componente de salud física ($p < 0.001$); y los pacientes con hemodiálisis, mejor calidad de vida en rol emocional ($p = 0.005$) y efectos de la enfermedad renal ($p < 0.001$). **Conclusiones:** La calidad de vida de los pacientes con IRC que asisten a UNAERC es regular; los pacientes con diálisis peritoneal refirieron mejor salud física, mientras que los pacientes con hemodiálisis mejor salud mental y control de la enfermedad renal.

Palabras clave: Hemodiálisis, diálisis peritoneal, calidad de vida relacionada a la salud, insuficiencia renal crónica.

I. Introducción

Las enfermedades crónicas son uno de los mayores retos que enfrentan el sistema de salud debido a que se incrementa el número de casos; esto conlleva al aumento de la prevalencia de estas enfermedades en los hospitales, los cuales generan un gasto mayor en los servicios de salud (1).

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (2).

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es la manifestación final de diversas enfermedades como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial por lo tanto es considerada un problema de salud pública a nivel mundial (2). Esta consiste en la pérdida gradual e irreversible del diez por ciento de la función renal; por lo tanto los pacientes deben someterse a tratamientos sustitutivos como son el trasplante renal y la diálisis en sus dos modalidades la hemodiálisis o diálisis peritoneal. (3)

La población global de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) alcanzó a finales del 2003 casi 1.7 millones de personas, y continúa creciendo a una tasa perceptiblemente más alta que la población, del total sólo reciben tratamiento de diálisis en sus dos modalidades 1.3 millones de habitantes y más de 380.000 personas viven con trasplantes de riñón (4).

En Estados Unidos la incidencia, entre 1980 y 2001 con IRCT se elevó de 82 a 334 casos por millón de la población total (6). El Instituto Mexicano del Seguro Social y la Fundación Mexicana del Riñón estimaron que 8.3 millones de mexicanos padecen insuficiencia renal crónica terminal moderada, 129.000 se encuentran en fase sustitutiva y sólo 35.000 reciben terapia sustitutiva en la actualidad. Para el 2013 se calcula que hay alrededor de 4.000 nuevos casos al año. Representando un problema de atención médica e infraestructura que demanda múltiples intervenciones de salud y disponibilidad de un equipo multidisciplinario (5).

Por otra parte, investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes,

especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su Calidad de Vida global (7).

Por lo tanto, no se trata de medir como actúa la enfermedad sino como el paciente se siente por padecerla, ya que al individuo le interesa conocer la forma de cómo está al igual que los tratamientos que recibe afectan su capacidad funcional, su estado en general y como repercuten en su calidad de vida. El estudio de la calidad de vida debe ser de gran interés, ya que permite conocer a la persona desde una perspectiva más integral, que incluye sus creencias, valores y percepciones; considerando como vive la gente sus problemas de salud y como se pueden intentar corregir estos para que consigan llevar una mejor calidad de vida (8).

Los resultados de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud con pacientes de insuficiencia renal crónica KDOQI V en tratamiento sustitutivo, indicaron que 61% de los pacientes reciben hemodiálisis y 39% diálisis peritoneal de un total de 574 pacientes durante abril de 2015. La mayoría tenía edades comprendidas 36 a 60 años (67.2%), no laboraban (70%), religión católica o evangélica (88.8%); una mayor cantidad de hombres (56.6%), provenientes de cada uno de los departamentos de Guatemala, siendo los más frecuentes Guatemala (36.6%), Santa Rosa (18.6%) y Chimaltenango (14.6%). Todos los dominios de la calidad de vida estaban entre 60% y 75% de la puntuación máxima a excepción de la función social, que era el aspecto más afectado en los pacientes con una calidad de vida del 10% de la puntuación total. Otros aspectos que tenían menores puntuaciones eran el rol físico, la vitalidad, la salud mental, el componente de salud mental y el peso de la enfermedad renal. Los pacientes con diálisis peritoneal poseían mejor calidad de vida referente a la percepción de la salud en general, rol físico y el componente de salud física. Los pacientes con hemodiálisis presentaron mejor calidad de vida en los aspectos de rol emocional y efectos de la enfermedad renal.

II. Antecedentes

- **Hallazgos y estudios realizados**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la Enfermedad Renal Crónica (ERC) de las comunidades agrícolas de Centroamérica como un problema de salud pública en la 152 sesión de su Comité Ejecutivo que se celebró en Washington del 17 al 21 de junio de 2013 (6)

Una de cada diez personas tiene algún grado de enfermedad renal crónica, alertaron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que recomendaron a los efectores realizar pruebas de detección en pacientes con alto riesgo. (6)

En España en el 2010 en estudio de la Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis encontró que existe una Calidad de Vida disminuida en los pacientes en tratamiento de diálisis siendo esta calidad peor en los mayores de 65 años y portadores de catéter temporal

En Bilbao España, 2008, se estudió la calidad de vida entre las 2 modalidades no hay diferencias en la percepción de calidad de vida. Los pacientes de DPCA tienden a una mayor satisfacción con la vida y un afrontamiento más adaptativo (de regulación emocional y búsqueda de sentido), esto sugiere que podrían tener una mayor asimilación y control del proceso de enfermedad.

En Chile, en 1998 hubo 5.594 pacientes, mientras que en el año 2008 se registraron 13636 pacientes (7). Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Boyacá, Colombia, se comparó la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en 120 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, teniendo en cuenta la edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. Se encontró que los pacientes en tratamiento de trasplante reportaban mayor calidad de vida

La calidad de vida fue mejor en los pacientes con diálisis peritoneal automatizada, los pacientes con hemodiálisis tuvieron promedios más bajos del KDQOL según estudio realizado en Medicina Familiar. Hospital General Regional de Orizaba. Delegación Veracruz, Sur. México. IMS.

- **Insuficiencia renal crónica**

La insuficiencia renal crónica (IRC), enfermedad en la que se presenta una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, y para mantener el equilibrio homeostático en los pacientes, se requieren medidas como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el trasplante renal (1).

En el mundo son cerca de 500 millones las personas afectadas por dicha enfermedad y las cifras siguen aumentando, de ahí que se hable de ella como "una de las epidemias del siglo XXI". (2)

Constituyendo un problema de salud colectiva, la medicina mediante los diversos modelos de atención desarrolla cada día tratamientos sustitutivos de la función renal, como la diálisis y los trasplantes. La insuficiencia renal crónica es definida según la presencia de daño renal y el nivel de función independientemente del diagnóstico inicial. Entre los pacientes con IRC, es necesario determinar el estadio de la enfermedad basado en el nivel de funcionamiento renal. Es importante buscar la causa que ha originado la IRC ya que esta determinará la rapidez de la progresión de la enfermedad y su eventual tratamiento. Es por eso por lo que, el diagnóstico definitivo del tipo de enfermedad renal se basa en el resultado de la biopsia o estudios de imagen. La biopsia y los estudios de imagen invasivos están asociados, aunque en pocas ocasiones con serias complicaciones. (3) La estadificación de la enfermedad debe ser medida continuamente. Los puntos de corte ayudan a la aplicación de guías de manejo del paciente. (3)

Existen 2 criterios diagnósticos para enfermedad renal crónica (4):

1. Anormalidades patológicas ó en marcadores indirectos de daño renal como proteinuria, elevación de azoados séricos o exámenes imagenológicos.
2. TFG < 60ml/min/1.73m² por > 3 meses.

- **Etiología y Manifestaciones Clínicas**

En la mayoría de los pacientes, interrogar los antecedentes patológicos y la presentación clínica aporta información suficiente como para definir la etiología de la IRC. Existe una gran variedad de etiologías, destacan 4 como las más frecuentes, las cuales difieren dependiendo del país que se trate en EUA por orden de frecuencia es de etiología diabética (33%), enfermedades vasculares (21%), enfermedades glomerulares (19%), enfermedades tubulointersticiales (4%) (10) en España en primer lugar las glomerulonefritis, seguidas de enfermedades vasculares, en tercer lugar, la diabetes mellitus y en cuarto lugar las enfermedades tubulointersticiales. En Latinoamérica por ejemplo en Chile su etiología por orden de frecuencia es diabetes mellitus (30.4%), hipertensión arterial (11.4%), glomerulonefritis (10.2%), desconocidas (24.4%) aquí en México; encontramos a la diabetes mellitus (1 y 2), seguida de enfermedades vasculares (hipertensión arterial sistémica), enfermedades glomerulares (5).

- **Manifestaciones clínicas**

Aún no se conoce a ciencia cierta los mecanismos celulares que ocasionan las manifestaciones clínicas de la uremia. Ya en 1848 Piorry acuñó el término “urémie” al hecho de que la sangre se contaminara de orina. Por tal motivo se comienza a utilizar el término de toxinas urémicas “compuestos que se acumulan y causan alteraciones metabólicas en pacientes con enfermedad renal”. Algunos aspectos del síndrome urémico pueden reproducirse in vitro en modelos animales cuando se administran toxinas urémicas (urea, magnesio, acetoína, creatinina, T-cresol, guanidina, etc.) pero lamentablemente cuando son estudiadas de manera separada, aún en la misma concentración no resultan tóxicos. Esto ha limitado la identificación de toxinas específicas. (6)

Dada la cantidad de signos y síntomas que se producen no es extraño que la calidad de vida de los pacientes disminuya.

- **Tratamiento médico conservador**

El seguimiento del paciente con IRC debe llevarse a cabo de manera frecuente, para lograr cumplir los objetivos del tratamiento conservador los cuales son (7)

Enlentecer el deterioro de la función renal mediante la detección y corrección de factores de riesgo. Prevenir y tratar las complicaciones de la insuficiencia renal crónica. Decidir sobre la inclusión en programa de diálisis-trasplante. Seleccionar el método de tratamiento inicial. Educar al paciente y a su familia. Atender aspectos psicológicos y sociales. Iniciar oportunamente el tratamiento sustitutivo renal.

Para lograr esos objetivos es necesario hacer ajustes al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes como: Restricción de la ingesta de proteínas. Una dieta hipoproteica retrasa la aparición y precipitación de síntomas urémicos, ayuda al control de la hiperfosfatemia, hiperkalemia y acidosis metabólica. Además, contrarresta la progresión del daño renal. Un contenido proteico de 0.6-0.8 g/kg/día se ha comprobado ayuda a tales objetivos y no causan malnutrición (8).

La ingesta hídrica depende de la diuresis residual de cada paciente. La restricción de la sal es la regla ya que se va perdiendo la capacidad de eliminar el sodio y para controlar la hipervolemia y la hipertensión. En algunas ocasiones es necesario el uso de diuréticos de asa para tales fines.

La presencia de acidosis metabólica es constante en los pacientes con falla renal, debido a la incapacidad de excretar hidrogeniones. Esto ocasiona disminución de la síntesis de albúmina, pérdida de masa muscular, pérdida de calcio y fósforo por el hueso. Es recomendable que cuando la TFG sea <25ml/min, o concentraciones séricas de bicarbonato <20mEq/litro, haya aporte exógeno de bicarbonato, aunque puede haber variaciones por la etiología de

falla renal o del paciente. Normalmente se inicia a dosis de 2-6 g/24hrs ajustando la dosis en función de la respuesta.

El control del balance calcio-fósforo es importante para prevenir en lo posible la aparición de hiperparatiroidismo secundario y la osteodistrofia renal. Según va decreciendo la función renal se acentúa la retención de fosfatos, haciéndose evidente en TFG <30ml/min, una dieta hipoproteica como ya se mencionó ayuda a reducir el aporte de fósforo. En las fases avanzadas la restricción dietética no es suficiente, por lo que la utilización de quelantes del fósforo, con calcio (carbonato, acetato de calcio) está indicada. La dosis variará según la respuesta, se monitorizará el producto calcio-fósforo (CaxP) menor de 55.

La presencia de anemia normocítica-normocrómica es frecuente en pacientes con creatinina >3 mg/dl, ocasionada por la disminución progresiva de síntesis de eritropoyetina (EPO) de las células endoteliales próximas a los túbulos renales. La anemia aumenta el gasto cardíaco, produce hipertrofia ventricular izquierda, dilatación cardíaca, trastornos de la hemostasia, exacerbaciones de angina de pecho, claudicación intermitente y trastornos isquémicos transitorios.

La administración de EPO exógena disminuye la morbi-mortalidad principalmente por disminución de eventos cardiovasculares. Se deberá iniciar con EPO, cuando el hematocrito es <30 o bien cuando las cifras de hemoglobina estén por debajo de 11gr/l.

Lograr controlar la hipertensión arterial es ayudar a disminuir la progresión de la enfermedad renal, y así el de todo el sistema cardiovascular. Se ha recomendado cifras tensionales <125/75 mmHg. (8) Los fármacos más estudiados para este fin son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAII), calcioantagonista no dihidropiridínicos y beta bloqueadores. Los primeros dos son de primera línea ya que en diversos estudios han demostrado su efecto nefroprotector superior. Aunque en la mayoría de los casos es necesario el empleo de más de un medicamento antihipertensor. Por lo que la elección de medicamento debe ser individualizada, vigilando estrechamente la aparición de

efectos secundarios y teniendo en cuenta las contraindicaciones de cada uno de ellos además de la tasa de filtración glomerular.

Control glucémico de los pacientes portadores de diabetes mellitus, teniendo como objetivo niveles de HbA1c de <7% ya sea con el empleo de hipoglucemiantes orales o insulina considerando la farmacocinética y contraindicaciones de los medicamentos empleados. Control lipídico, haciendo un abordaje terapéutico individual según las alteraciones específicas del perfil lipídico de cada caso; se utilizan con mayor frecuencia los inhibidores de la hidroximetilglutaril-coenzima A (HMG-CoA), el ejercicio moderado con lo que se mejora también el control de la presión arterial y mejora la sensibilidad a la insulina ayudando al control glucémico, es importante el abandono del hábito tabáquico ya que evita la progresión de la falla renal

- **Diálisis peritoneal**

El peritoneo funciona como una membrana de diálisis la cual está conformada por 4 componentes: la sangre capilar, la membrana peritoneal, los vasos linfáticos y el líquido dializante. La interacción de los 4 componentes y las variaciones impuestas por la pauta de diálisis configuran la operatividad del sistema, que supone el paso de sustancias de la sangre al líquido peritoneal y viceversa. La diálisis peritoneal aprovecha un dializador “natural” formado por la red capilar peritoneal, el intersticio, el mesotelio y la cavidad peritoneal, sometido a un medio artificial, como es el líquido dializador (9). El paso de líquido y solutos por capilares/ intersticio/ peritoneo se comporta de acuerdo a las leyes de Starling (de acuerdo con esta ley, el mecanismo que controla el intercambio de agua entre el plasma y el líquido intersticial se basa en cuatro presiones: la presión coloidsmótica y la presión hidrostática de la sangre, a un lado de la membrana capilar; y la presión hidrostática del líquido intersticial y la presión coloidsmótica, al otro lado) modificadas profundamente por la fuerza osmótica del líquido de diálisis (glucosa al 1.5, 2.5, 4.5%)(10). La transferencia total de solutos es la suma de lo solutos transferidos por difusión y convección (paso de soluto disuelto en el flujo de ultrafiltración), pero la difusión (paso de la sustancia por diferencia de concentración) en el doble sentido: de sangre a peritoneo

(urea, creatinina, K+, proteínas) y de peritoneo a sangre (lactato, glucosa, Ca²⁺) es el mecanismo fundamental (11).

Las indicaciones potenciales para diálisis peritoneal comprenden casos como acceso vascular problemático o que prefieren la diálisis domiciliaria, pero no puede usarse la hemodiálisis a domicilio por falta de un compañero o medio ambiente domiciliario no adecuado. Las contraindicaciones absolutas son la pérdida documentada de la función peritoneal o presencia de adherencias abdominales extensas que limitan el flujo de la diálisis (12).

Existen 4 modalidades diferentes de diálisis peritoneal: (13)

- **Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPAC):** En la cual la mayoría de los pacientes son sometidos a 4 recambios manuales al día: 3 intercambios diurnos de aproximadamente 5 horas cada uno, y 1 durante la noche, de 8-9 horas.
- **Diálisis Peritoneal con Ciclador:** En la cual se realiza la diálisis con ayuda de un dispositivo (ciclador) durante toda la noche suministrando 3 o más recambios por lo general de 7-12 horas, al final de la diálisis se puede programar para que en la cavidad abdominal se albergue líquido dializante (día húmedo) o se extraiga todo (día seco).
- **Diálisis Peritoneal Corriente:** Consistente en la instilación repetida de volúmenes pequeños de líquido de diálisis (volúmenes corrientes o en marea) mediante el uso de un ciclador automático, el cual no vacía completamente la cavidad peritoneal después del llenado. Permitiendo un contacto continuo del dializado con la membrana peritoneal. El procedimiento se suele aplicar durante la noche.
- **Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI):** Utilizada con mayor frecuencia antes de la introducción de la DPAC. En la cual los intercambios no se realizan todos los días. El paciente usa múltiples recambios con tiempos de permanencia cortos, idealmente 3-4 veces por semana. Hoy la DPI se usa rara vez o nunca en países desarrollados.

Existen complicaciones infecciosas y no infecciosas como escape o fuga que puede ser tardía o inicial, atrapamiento del catéter por epiplón o mesenterio (obstruyéndolo), malas posiciones las cuales en muchas ocasiones requieren de cirugía para recolocar o cambiar el catéter. Las consecuencias funcionales de lesión crónica del peritoneo incluyen una menor capacidad de defensa peritoneal y un fracaso de la membrana peritoneal como superficie dializante.

- **Hemodiálisis**
- **Principios generales de la hemodiálisis**

Los fisiólogos usan el concepto de aclaramiento para describir el resultado neto de las funciones de transporte del riñón (14). El aclaramiento de una sustancia es la cantidad eliminada de plasma, dividida por la concentración plasmática media durante el tiempo de medición. El aclaramiento se expresa en moles o peso de la sustancia por volumen y por tiempo. Puede considerarse como el volumen del plasma que se limpia por completo de la sustancia por unidad de tiempo. Los resultados de la diálisis resultan claros: eliminar el líquido y las toxinas acumuladas. Con respecto a las toxinas, su objetivo es mantenerlas por debajo de los niveles con los que se producen síntomas urémicos. El rendimiento de la diálisis se juzga por el aclaramiento. La diálisis se basa en la transferencia de masa a través de membranas semipermeables. Las membranas de hemodiálisis separan los compartimientos de la sangre y el dializado. La difusión y convección (ultrafiltración) son propiedades fundamentales en el procedimiento de diálisis. El aclaramiento por convección es el mecanismo de eliminación de las toxinas por el proceso de depuración conocido como ultrafiltración. No depende de gradientes de concentración, y la magnitud de su contribución a la aclaramiento guarda relación directa con la tasa de ultrafiltración (15). La eliminación de una masa de solutos a través del dializador es una función del flujo sanguíneo efectivo y las diferencias entre las concentraciones aferentes y eferentes de solutos (arterial y vena) específicas. (16)

El proceso de hemodiálisis consiste en extraer sangre del paciente a través del acceso vascular presente, a través de la línea identificada como arterial se

transporta la sangre hacia la máquina de hemodiálisis por medio de una bomba peristáltica llevándola al filtro hemodializador, al ingresar a la máquina es eliminada de la sangre las toxinas y agua mediante gradientes de presión y concentración; entre la sangre y el líquido dializante del filtro dializador. Posteriormente la sangre ya purificada retorna al paciente a través de una línea identificada como venosa por el acceso vascular presente.

- **Calidad de vida**

La OMS en 1994 propuso la presente definición: Calidad de Vida es “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.”(17)

El impacto de la IRC en la calidad de vida. Esta categoría mostró que la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal sufre muchos cambios. Los discursos que siguen son representativos de los cambios visibles y físicos que traen incomodidad para el individuo por el estado clínico, provocando cambios significativos que repercuten en la propia imagen y en la vida cotidiana. El cliente con enfermedad renal crónica no puede desligarse de las circunstancias impuestas por su situación de salud y muestra específicamente los significados atribuidos a su sufrimiento.

La calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional cuya definición es polémica, algunos autores consideran que comprende tres dimensiones la física, la psicológica y la social (17).

- **Dimensiones de la calidad de vida**

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son: (18)

- Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los

efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

- Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- Dimensión social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

- **Calidad de vida relacionada a la salud**

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el impacto de la enfermedad que percibe el individuo, en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y/o tratamiento. Incluye la evaluación funcional física, emocional cognitiva, social, percepciones de salud y bienestar y las perspectivas futuras. Existe una estrecha correlación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad (19).

El término calidad de vida corresponde a un concepto más amplio que los anteriores y sus distintas definiciones coinciden en la importancia que se le asigna al concepto de multidimensionalidad. Hörnquist, por ejemplo, define a la calidad de vida como la “percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con un énfasis particular en el bienestar del individuo”.

Se pueden hallar en la literatura una variedad de términos relacionados, Estos términos son estado de salud (health status), bienestar (well-being), y estado funcional (functional status). Si bien los mismos fueron utilizados como sinónimos, y en algunos casos todavía se usan de este modo.

- **FORMATO SF- 36**

SF 36 es un instrumento internacionalmente reconocido para medir calidad de vida fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS, está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud, cubren las siguientes escalas: Función física, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental (20)

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud al que aportamos la expectativa laboral y el consentimiento informado. (20)

- **KDQOL™-36**

El Kidney Disease Quality of Life es un cuestionario específico para pacientes con enfermedad renal en diálisis. Existe una versión abreviada- Kidney Disease Quality of Life Short Form- elaborada y validada por la Universidad de Arizona (21), a partir del KDQOL y el MOS SF-36. La versión adaptada al español fue desarrollada el año 1997 y validada preliminarmente el año 1998.

El KDQOL-36™, es la versión paralela del KDQOLSF™. Este cuestionario fue traducido y validado en España (21). Esta versión la integran 36 preguntas y está constituida por un módulo genérico que incluye el SF-12 y tres módulos específicos sobre la enfermedad al riñón: síntomas (12 reactivos), efectos de la enfermedad renal (8 reactivos) y peso (carga) de la enfermedad renal (4 reactivos). Las opciones de respuesta forman, en su mayoría, escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia con rangos de respuesta entre tres y cinco, dependiendo del ítem. Cada pregunta está codificada numéricamente y su puntaje luego es transformado en una escala de 0 a 100, en donde un mayor valor refleja una mejor CVRS. El análisis de fiabilidad del instrumento arrojó en esta investigación un α de Cronbach =.87 para la escala total.

El componente genérico del KDQOL-36 (ítems 1-12) es el SF-12, el cual permite obtener 2 puntajes generales: el Resumen del Componente Físico (PCS) y el Resumen del Componente Mental (MCS). El cuestionario SF-12

está validado para la población chilena y se utilizó en la Encuesta de Calidad de Vida aplicada por el Ministerio de Salud de Chile el año 2006(22).

En México en el 2007, la evaluación de las dimensiones del SF-36 para componentes genéricos y del KDQOL para componentes específicos, mostró un efecto variable pero consistente. Se pudo observar un efecto de techo en las dimensiones genéricas de rol emocional y de función social (50.4 y 24.6%, respectivamente), mientras que el efecto de piso se observó claramente en las dimensiones de rol físico y rol emocional (56.2 y 34.9%, respectivamente). Para las dimensiones específicas, el efecto de techo se observó en las dimensiones de apoyo social, apoyo del equipo de diálisis y función sexual (39.8, 39 y 37.2%, respectivamente), y el efecto de piso se observó fuertemente en la dimensión de estado laboral (63.9%) (14)

III. Objetivos

- **Objetivo General**

Determinar la calidad de vida relacionada a la salud, según el cuestionario KDQOL-36, de pacientes con insuficiencia renal crónica KDOQI V sometidos a tratamiento sustitutivo en la Unidad Nacional de Atención del Enfermo Renal Crónico, UNAERC durante el mes de abril de 2015.

- **Objetivos Específicos**

- Caracterizar clínica de los pacientes con insuficiencia renal crónica KDOQI V sometidos a tratamiento sustitutivo en UNAERC.
- Comparar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Determinar el género y edad que se ve más afectada en calidad de vida.

IV. Materiales y Métodos

- **Tipo y diseño de estudio de estudio**

Transversal analítico prospectivo.

- **Población**

Paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) KDOQI V que reciben tratamiento sustitutivo renal en la Unidad de Atención del Enfermo Renal Crónico (UNAERC).

- **Selección y tamaño de muestra:** Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, que consistió en tomar a todas las pacientes que cumplían criterios durante el mes de abril de 2015.

- **Unidad de análisis**

- **Unidad primaria de muestreo:** Pacientes adultos (mayores de 18 años) con IRC KDOQI V que reciben terapia sustitutiva en UNAERC.

- **Unidad de Análisis:** Papeletas, cuestionarios de calidad de vida Kidney Disease Quality of Life (KDQOL).

- **Unidad de información:** Datos demográficos, clínicos, tratamiento sustitutivo y respuestas de la administración de instrumento de calidad de vida.

- **Criterios de selección**

- **Criterios de inclusión:** Pacientes adultos (mayores de 18 años) con IRC KDOQI V que reciben terapia sustitutiva en UNAERC.

- **Criterios de exclusión:** Pacientes que reciben tratamiento sustitutivo de emergencia, pacientes con comorbilidades agudas infecciosas o no infecciosas, pacientes que no sepan leer ni escribir.
- **Variables**
- **Variable dependiente:** Calidad de vida.
- **Variable independiente:** Terapia renal sustitutiva.
- **Operacionalización de Variables**

Variables	Definición	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
INDEPENDIENTE Tratamiento sustitutivo renal	Tratamiento que sustituya la función renal.	Se revisa expediente clínico	Cualitativa	Normal	Hemodiálisis Diálisis peritoneal
DEPENDIENTE Calidad de vida de paciente bajo tratamiento sustitutivo renal	Percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistema de valores en relación con sus objetivos, expectativas estándares y preocupaciones	Administración del Instrumento de calidad de vida KDQOL-36	Cualitativa	Ordinal	Puntuaciones de calidad de vida en los dominios: salud física, salud mental y enfermedad renal
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Años de vida cumplidos según fecha de nacimiento	Cuantitativa	Razón	Años
Sexo	Se refiere a la división del género humano en dos grupos, hombre y mujer	Observación ficha de recolección de datos	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino

Procedencia	Lugar geográfico donde vive la persona.	Datos tomados del cuestionario	Cualitativa	Nominal	Departamentos
Actividad laboral	Actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores concretadas.	Se cuestiona a individuo	Cualitativa	Nominal	Trabaja No trabaja
Religión	Es una práctica humana de creencias morales, en una sociedad.	Datos tomados del cuestionario	Cualitativa	Nominal	Católica Evangélica Mormón Otro.
Actividad recreativa	Son actividades realizadas al aire libre o cerrado, con la función de llevar diversión y entretenimiento.	Datos tomados del cuestionario	Cualitativa	Nominal	Ejercicio Deportes Televisión
Comorbilidades	Enfermedades crónicas que padece la paciente aunada a la insuficiencia renal crónica	Datos obtenidos cuestionario	Cualitativa	Nominal	HTA DM Dislipidemia

- **Instrumentos utilizados para la recolección de la Información**

Cuestionario sobre datos demográficos, clínicos y tipo de tratamiento sustitutivo.

Cuestionario *KDQOL-36*™ específico para pacientes con enfermedad renal en diálisis.

- **Procedimiento para la recolección de la Información**

Se abordó a los pacientes que lleguen a UNAERC a recibir tratamiento dialítico, hablándole al grupo designado para recibir el tratamiento del tipo de estudio que se realizó, la confidencialidad de los datos proporcionados y el uso que se les dio a esos datos. Explicando el cuestionario, y la forma de colocar las respuestas. Al momento de pasar el cuestionario al sujeto de estudio que se encuentre en sus capacidades físicas y de lectura-escritura se proporcionó el cuestionario impreso con lapicero negro dándole la libertad de responder solo el cuestionario. Si por la razón de analfabetismo el paciente no puede responder el cuestionario se proporcionó ayuda técnica para responder el cuestionario. El grupo que se encuentre bajo tratamiento hemodialítico respondió durante el tratamiento y el grupo en diálisis peritoneal lo realizaron antes de iniciar el tratamiento.

- **Procedimiento para el análisis de datos**

Los datos fueron tabulados en una base de datos en Excel. Se realizó control de calidad de los datos. Se almacenó la base de datos en un formato delimitado por comas.

Los datos fueron analizados en el software R versión 3.2.

Los datos fueron resumidos, organizados, presentados a través de tablas y gráficas.

Las variables cuantitativas se resumieron con medias y desviaciones estándar, las variables cualitativas nominales con frecuencia y porcentaje y las variables ordinales a través de mediana y cuartiles.

Para calcular la calidad de vida a partir de las preguntas del cuestionario se siguió este procedimiento:

- a. Se asignó a cada pregunta el valor 1 a la categoría de cada respuesta que presentara el peor escenario de calidad de vida, luego se asignaron valores consecutivos según aumentara la calidad de vida.
- b. Se convirtieron las puntuaciones de cada pregunta a porcentajes dado que había preguntas con dos, cinco o seis categorías de respuesta y se necesitaba estandarizar su resultado en una escala con un valor superior del 100% de la posible puntuación.
- c. Para calcular la puntuación de cada subdominio se calculó la mediana de todas las preguntas que le correspondieran según el siguiente cuadro:

Correspondencia de preguntas a subdominios y dominios

Dominio	Subdominio	Preguntas
Componente de salud física	Salud general	1
	Función física	2 y 3
	Rol físico	4 y 5
	Dolor corporal	8
Componente de salud mental	Rol emocional	6 y 7
	Salud mental	9 y 11
	Vitalidad	10
	Función social	12
Enfermedad renal	Peso de la enfermedad renal	13 a 16
	Síntomas de la enfermedad renal	17 a 28
	Efectos de la enfermedad renal	29 a 36

- d. Finalmente, se calculó la puntuación de los dominios de calidad de vida calculando la mediana de todos los subdominios que le correspondieran según el cuadro anterior.

Las puntuaciones de dominios y subdominios se compararon entre tipo de tratamiento y sexo con la prueba de Mann-Whitney, y entre edades con la prueba de Kruskal-Wallis. Atendiendo al tamaño de muestra se consideró utilizar un nivel de significancia del 1%.

El resumen de las puntuaciones se hizo con mediana o cuartiles pues provienen de la construcción de puntuaciones basadas en variables nominales u ordinales y no de variables en escala de intervalo o razón. Las pruebas no paramétricas

se usaron como métodos inferenciales siguiendo la misma lógica anteriormente expuesta.

- **Aspectos Éticos**

Se informó del tipo de investigación y se pidió el consentimiento de los involucrados y no se divulgaron nombres o datos personales de forma escrita o verbal.

V. Resultados

Los resultados de la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud, según el cuestionario específico para enfermedad renal KDQOL-36 en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) KDOQI V, sometidos a tratamiento sustitutivo en la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico -UNAERC-. En el estudio participaron todos los pacientes que cumplían criterios de selección y estuvieron disponibles durante el mes de abril del año 2015, que corresponde a un total de 574 pacientes, de los cuales 350 (61.0%) recibían hemodiálisis, y 224 (39.0%) recibían diálisis peritoneal.

Las características demográficas en los pacientes evaluados encontramos que el grupo etario entre 36 a 60 años (67.2%) es donde se encuentra el mayor grupo de la población, con una media de 47.3 años. De las personas participantes el 70% no laboran, con religiones predominantes en el grupo católica o evangélica con 88.8%. La distribución por sexo favoreció levemente la frecuencia de hombres, siendo estos un 56.6% del total de pacientes. Los principales departamentos de procedencia del grupo de estudio son Guatemala (36.6%), Santa Rosa (18.6%), Chimaltenango (14.6%) y Suchitepéquez (11.1%).

Se llegó a observar que los subdominios de la escala evaluada más afectados en el grupo de pacientes del estudio son la función social, el rol físico, el peso de la enfermedad renal, esto en el grupo en general. Al separar los pacientes con según tratamiento sustitutivo recibido encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas, con nivel de significancia del 1%, en el rol físico subdominio de la salud en general y rol emocional subdominio de componente de salud mental.

La salud general es mayor en pacientes con hemodiálisis, y el rol físico mayor en diálisis peritoneal. Por otro lado, a pesar de que la mediana de dolor corporal es igual en ambos grupos, hay una mayor proporción de pacientes con mejor calidad de vida en el grupo de hemodiálisis.

Por sexo, se observaron diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de significancia del 1%, para el rol físico y el componente de salud física favoreciendo al grupo

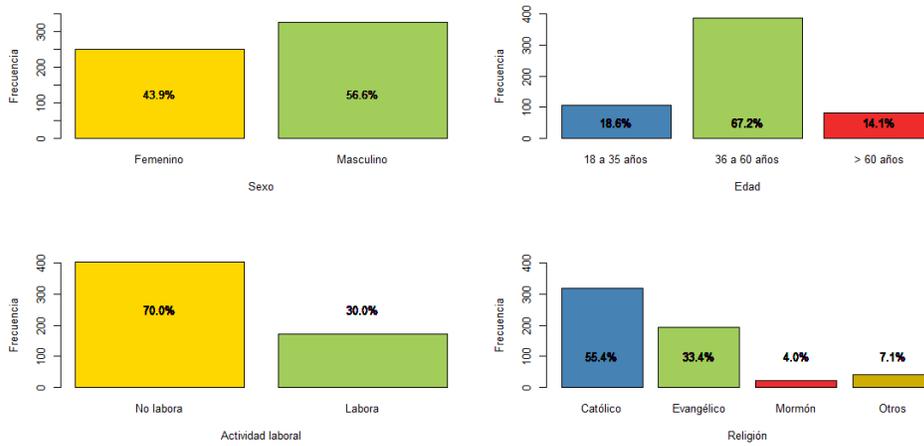
femenino. Además no variación estadísticamente significativa de la calidad de vida según la edad

Las actividades recreativas que refirieron con mayor frecuencia fueron ver la televisión (35.4%), seguido de escuchar música (22.3%) y cocinar (11.5%); y las comorbilidades presentes con mayor frecuencia en los pacientes son hipertensión arterial (73.7%), seguida de la diabetes (59.8%); No se logró encontrar diferencia significativa en la calidad de vida de los pacientes en ninguno de los dominios al tener una comorbilidad.

Las actividades recreativas que refirieron con mayor frecuencia fueron ver la televisión (35.4%), seguido de escuchar música (22.3%) y cocinar (11.5%). Donde no se observa diferencia en las puntuaciones de los dominios de salud física, salud mental o la enfermedad renal al realizar una de estas actividades recreativas.

Gráfica 1.

Características demográficas de pacientes con IRC, KDOQI V, que reciben tratamiento sustitutivo en UNAERC, abril de 2015 (n = 574)



Mapa 1.

Distribución de los pacientes por departamento de procedencia (n = 574)

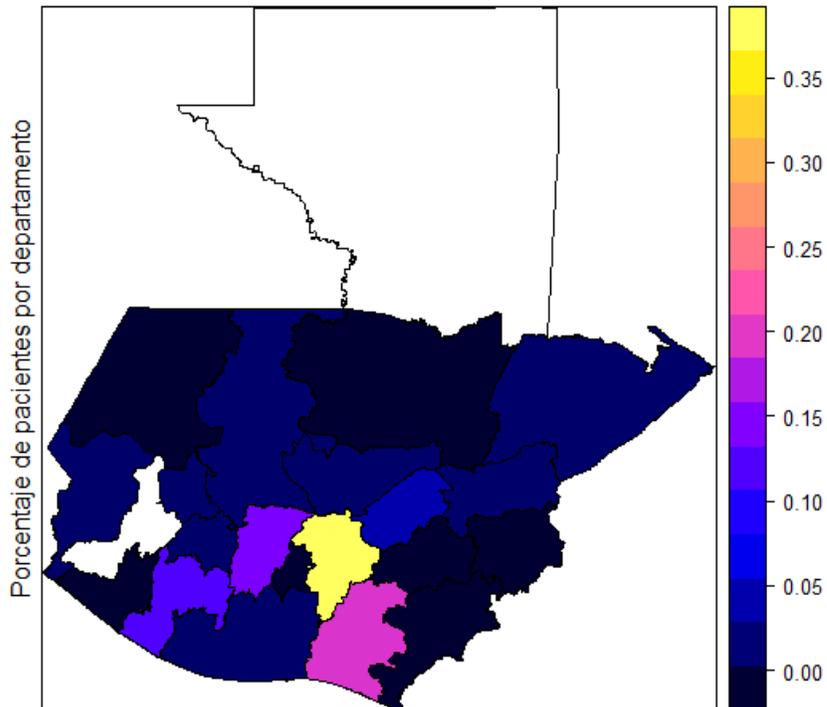


Tabla 1.

Características demográficas según tipo de tratamiento

Características demográficas		Hemodiálisis o diálisis			
		Hemodiálisis (n = 350)		Diálisis peritoneal (n = 224)	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	145	41.4%	104	46.4%
	Masculino	205	58.6%	120	53.6%
Edad	18 a 35 años	63	18.0%	44	19.6%
	36 a 60 años	248	70.9%	138	61.6%
	> 60 años	39	11.1%	42	18.8%
Religión	Católico	196	56.0%	122	54.5%
	Evangélico	120	34.3%	72	32.1%
	Mormón	12	3.4%	11	4.9%
	Otros	22	6.3%	19	8.5%
Actividad laboral	No labora	245	70.0%	157	70.1%
	Labora	105	30.0%	67	29.9%
Procedencia	Guatemala	159	45.4%	51	22.8%
	Chimaltenango	55	15.7%	29	12.9%
	Santa Rosa	54	15.4%	53	23.7%
	Suchitepéquez	27	7.7%	37	16.5%
	Jutiapa	20	5.7%	26	11.6%
	El Progreso	8	2.3%	15	6.7%
	Otros	27	7.7%	13	5.8%

Tabla 2.

Subdominios y dominios de calidad de vida, medidas de resumen

Calidad de vida relacionada a la salud	Percentil	Mediana	Percentil
	25		75
Salud general	40.0%	60.0%	80.0%
Función física	50.0%	66.7%	83.3%
Rol físico	50.0%	50.0%	75.0%
Dolor corporal	60.0%	60.0%	80.0%
Rol emocional	50.0%	75.0%	100.0%
Vitalidad	33.3%	50.0%	83.3%
Salud mental	41.7%	50.0%	66.7%
Función social	3.3%	10.0%	13.3%
Componente de salud física	50.0%	62.5%	71.7%
Componente de salud mental	41.7%	50.0%	58.3%
Efectos de la enfermedad renal	50.0%	60.0%	70.0%
Peso de la enfermedad renal	40.0%	50.0%	70.0%
Síntomas de enfermedad renal	60.0%	70.0%	80.0%

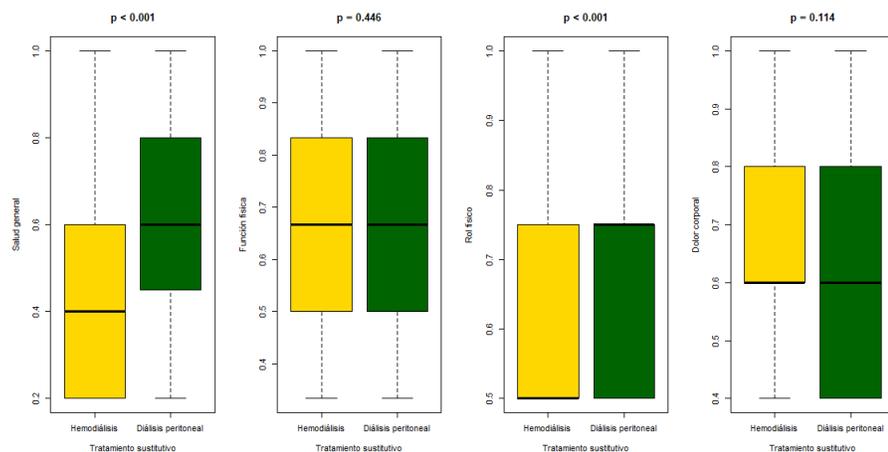
Tabla 3.

Calidad de vida según tratamiento sustitutivo

Calidad de vida relacionada a la salud	Hemodiálisis o diálisis						Valor p, Mann-Whitney
	Hemodiálisis			Diálisis peritoneal			
	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	
Salud general	20.0%	40.0%	60.0%	45.0%	60.0%	80.0%	< 0.001
Función física	50.0%	66.7%	83.3%	50.0%	66.7%	83.3%	0.446
Rol físico	50.0%	50.0%	75.0%	50.0%	75.0%	75.0%	< 0.001
Dolor corporal	60.0%	60.0%	80.0%	40.0%	60.0%	80.0%	0.114
Rol emocional	50.0%	75.0%	100.0%	50.0%	75.0%	75.0%	0.005
Vitalidad	33.3%	50.0%	83.3%	50.0%	50.0%	83.3%	0.012
Salud mental	41.7%	58.3%	66.7%	33.3%	50.0%	58.3%	0.038
Función social	6.7%	10.0%	13.3%	3.3%	10.0%	10.0%	0.023
C. Salud física	50.0%	58.3%	70.0%	55.0%	63.3%	75.0%	< 0.001
C. Salud mental	37.5%	50.0%	62.5%	41.7%	50.0%	58.3%	0.517
Efectos de la ER	40.0%	60.0%	80.0%	50.0%	60.0%	60.0%	< 0.001
Peso de la ER	40.0%	50.0%	70.0%	40.0%	55.0%	70.0%	0.014
Síntomas de ER	60.0%	70.0%	80.0%	60.0%	70.0%	80.0%	0.076

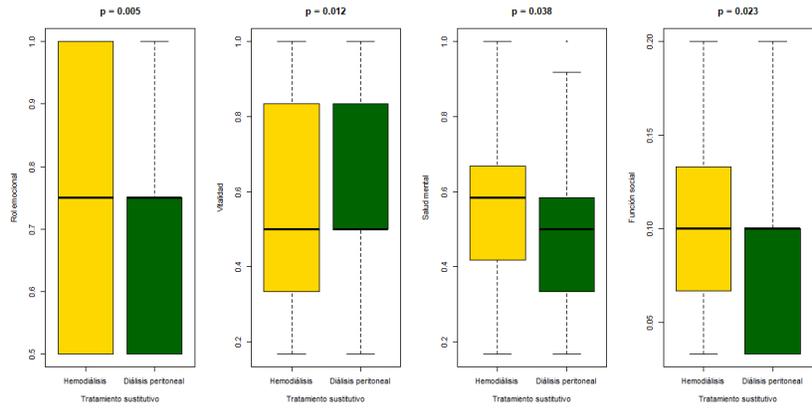
Gráfica 2.

Subdominios de salud física según tratamiento sustitutivo



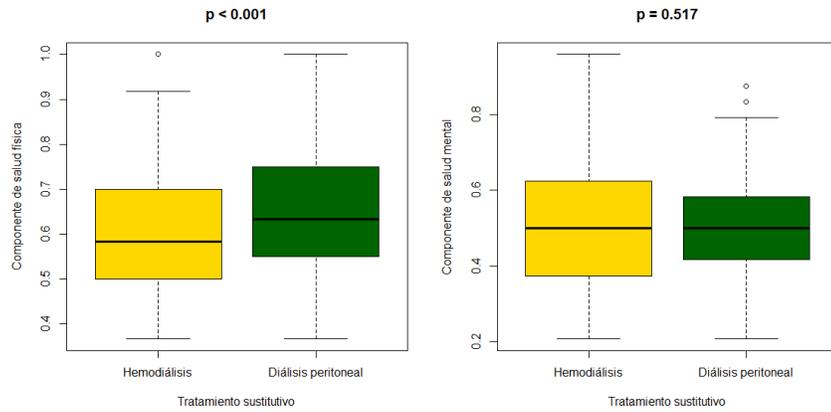
Gráfica 3.

Subdominios de salud mental según tratamiento sustitutivo



Gráfica 4.

Componentes de salud física y mental según tratamiento sustitutivo



Gráfica 5.

Subdominios de la enfermedad renal según tratamiento sustitutivo

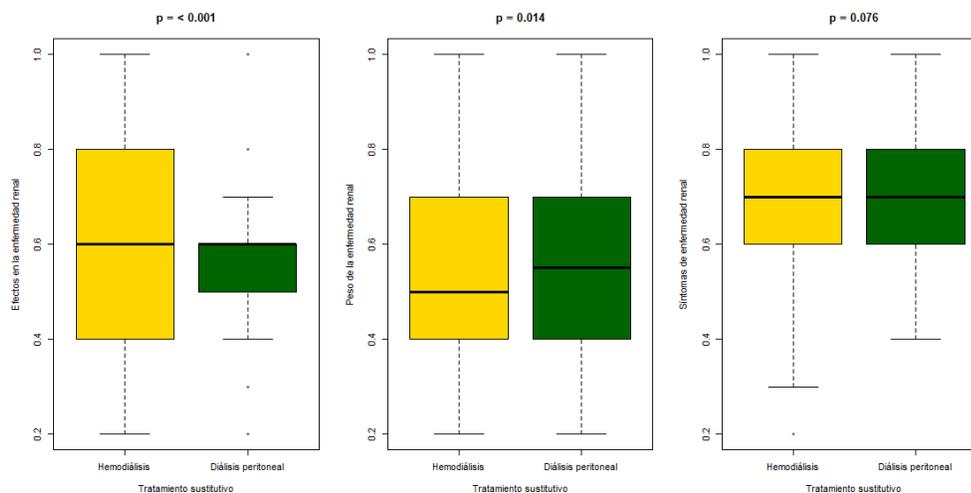


Tabla 4.

Calidad de vida según sexo

Calidad de vida relacionada a la salud	Sexo						Valor p, Mann-Whitney
	Femenino			Masculino			
	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	
Salud general	40.0%	50.0%	60.0%	40.0%	60.0%	80.0%	0.239
Función física	50.0%	66.7%	83.3%	50.0%	66.7%	83.3%	0.037
Rol físico	50.0%	75.0%	75.0%	50.0%	50.0%	75.0%	< 0.001
Dolor corporal	60.0%	60.0%	80.0%	60.0%	80.0%	80.0%	0.333
Rol emocional	50.0%	75.0%	100.0%	50.0%	75.0%	100.0%	0.428
Vitalidad	33.3%	50.0%	83.3%	33.3%	50.0%	83.3%	0.267
Salud mental	41.7%	50.0%	66.7%	41.7%	50.0%	66.7%	0.262
Función social	3.3%	10.0%	13.3%	6.7%	10.0%	13.3%	0.571
Componente de salud física	55.0%	63.3%	73.3%	50.0%	58.3%	70.0%	0.004
Componente de salud mental	41.7%	50.0%	58.3%	37.5%	50.0%	58.3%	0.176
Efectos de la enfermedad renal	50.0%	60.0%	70.0%	40.0%	60.0%	80.0%	0.075
Peso de la enfermedad renal	40.0%	50.0%	70.0%	40.0%	50.0%	70.0%	0.223
Síntomas de enfermedad renal	60.0%	70.0%	80.0%	60.0%	70.0%	80.0%	0.428

Tabla 5
Calidad de vida según edad

Calidad de vida	Edad									Valor p, Kruskal-Wallis
	18 a 35 años			36 a 60 años			> 60 años			
	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	
Salud general	40.0%	60.0%	60.0%	40.0%	60.0%	80.0%	40.0%	60.0%	60.0%	0.939
Función física	50.0%	66.7%	83.3%	50.0%	66.7%	83.3%	50.0%	66.7%	83.3%	0.115
Rol físico	50.0%	50.0%	75.0%	50.0%	50.0%	75.0%	50.0%	50.0%	75.0%	0.527
Rol emocional	50.0%	75.0%	100.0%	50.0%	75.0%	100.0%	50.0%	75.0%	75.0%	0.500
Dolor corporal	40.0%	60.0%	100.0%	60.0%	60.0%	80.0%	40.0%	60.0%	80.0%	0.059
Vitalidad	33.3%	50.0%	83.3%	33.3%	50.0%	83.3%	33.3%	50.0%	83.3%	0.393
Salud mental	33.3%	50.0%	58.3%	41.7%	50.0%	66.7%	41.7%	50.0%	58.3%	0.321
Función social	3.3%	10.0%	13.3%	3.3%	10.0%	13.3%	6.7%	10.0%	10.0%	0.812
Componente de salud física	50.0%	60.0%	71.7%	50.0%	63.3%	71.7%	50.0%	58.3%	67.5%	0.095
Componente de salud mental	41.7%	50.0%	58.3%	41.7%	50.0%	58.3%	41.7%	50.0%	58.3%	0.857
Síntomas de enfermedad renal	60.0%	70.0%	80.0%	60.0%	70.0%	80.0%	60.0%	70.0%	80.0%	0.458
Efectos de la enfermedad renal	40.0%	60.0%	60.0%	50.0%	60.0%	70.0%	50.0%	60.0%	70.0%	0.186
Peso de la enfermedad renal	40.0%	50.0%	70.0%	40.0%	50.0%	70.0%	40.0%	50.0%	70.0%	0.426

Gráfica 6.
Calidad de vida por sexo

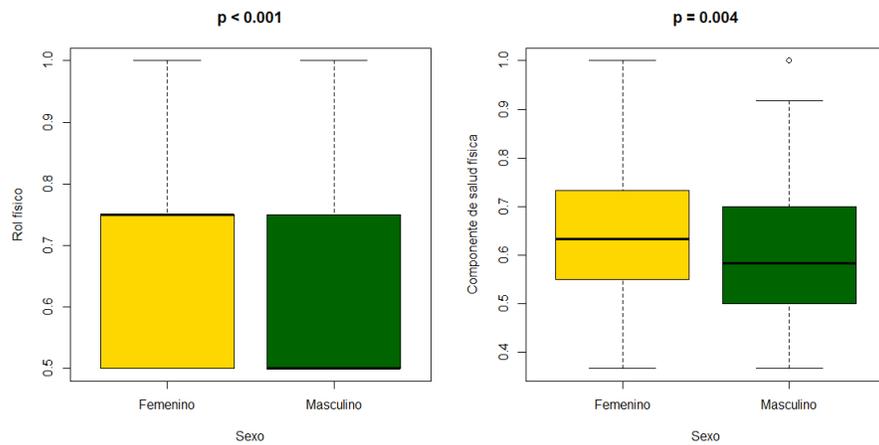


Tabla 6.

Actividades recreativa practicada por los pacientes

Actividad recreativa	Frecuencia	Porcentaje
Ver televisión	203	35.4%
Escuchar música	128	22.3%
Cocinar	66	11.5%
Bailar	53	9.2%
Platicar / chatear	35	6.1%
Leer	16	2.8%
Sin actividad	73	12.7%

Tabla 7.

Comorbilidades

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	423	73.7%
Diabetes	343	59.8%
Dislipidemia	216	37.6%
Ninguna	38	6.6%

Tabla 8.

Calidad de vida según comorbilidad

Calidad de vida		Comorbilidad		Valor p, Mann-Whitney
		No	Sí	
Componente de salud física	Percentil 25	55.0%	50.0%	0.400
	Mediana	62.9%	60.0%	
	Percentil 75	70.0%	71.7%	
Componente de salud mental	Percentil 25	41.7%	41.7%	0.167
	Mediana	54.2%	50.0%	
	Percentil 75	62.5%	58.3%	
Enfermedad renal	Percentil 25	60.0%	50.0%	0.585
	Mediana	60.0%	60.0%	
	Percentil 75	70.0%	70.0%	

Tabla 9.

Calidad de vida según actividad recreativa

Calidad de vida		Actividad recreativa		Valor p, Mann-Whitney
		No	Sí	
Componente de salud física	Percentil 25	45.0%	50.0%	0.071
	Mediana	58.3%	62.5%	
	Percentil 75	70.8%	71.7%	
Componente de salud mental	Percentil 25	41.7%	41.7%	0.710
	Mediana	50.0%	50.0%	
	Percentil 75	62.5%	58.3%	
Enfermedad renal	Percentil 25	60.0%	50.0%	0.799
	Mediana	60.0%	60.0%	
	Percentil 75	70.0%	70.0%	

VI. Analisis y Discusión de resultados

En esta investigación se utilizó el cuestionario Kidney Disease Quality of Life para la evaluación específica de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica en estado KDOQI V, sometidos a tratamiento sustitutivo en la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico -UNAERC-. Durante el mes de abril de 2015, 350 de ellos (61.0%) recibían hemodiálisis, y 224 (39.0%) recibían diálisis peritoneal.

Como no se encontraron grandes diferencias en las características demográficas entre pacientes que recibieron tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis o diálisis peritoneal, la descripción en la gráfica 1, se considera adecuada para describir el perfil demográfico de estos pacientes. En su mayoría tenían edades comprendidas entre 36 a 60 años (67.2%), personas que no laboran (70.0%), de religión católica o evangélica (88.8%). La distribución por sexo favoreció levemente la frecuencia de hombres, siendo estos un 56.6% del total de pacientes. En el mapa 1 se observa, además que la mayoría de los pacientes provienen de Guatemala (36.6%), Santa Rosa (18.6%), Chimaltenango (14.6%) y Suchitepéquez (11.1%).

Antes de analizar la calidad de vida conviene comentar el significado de las puntuaciones y la metodología estadística usada para resumir y analizar las puntuaciones. Primero se indica que mayor puntuación en cualquier dominio o subdominio indica mejor calidad de vida en ese aspecto particular, así mayor puntuación en la subescala de dolor corporal indica mejor calidad de vida porque es menos frecuente la percepción del dolor en estas personas; lo mismo que una puntuación alta en rol social indica que hay poca afectación en aspectos sociales de una persona.

Debido a que las puntuaciones del cuestionario se construyen con base a preguntas individuales en escala Likert (de 5 o 6 niveles) o escala dicotómica, tomando en cuenta que estas son variables categóricas, la mejor forma de realizar un resumen de varias preguntas es, primero estandarizar el valor de las respuestas, convirtiendo estos valores que variaban entre 1 a 2, 1 a 5, y 1 a 6 en porcentajes de la nota total; segundo, al no ser estas variables cuantitativas continuas, sino construcciones a partir de un conjunto de variables categóricas, no puede esperarse que posean una distribución normal, por lo tanto, lo adecuado es realizar un resumen con el cálculo de mediana y cuartiles, y no a través de media y desviación estándar, y para hacer las comparaciones se requirió de la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

Al presentar el resumen numérico de cada dominio y subdominio de calidad de vida se observó que la función social (10% de la puntuación máxima), el rol físico, la vitalidad, la salud mental, el componente de salud mental y el peso de la enfermedad renal (todos estos con un 50% de la puntuación máxima) presentaron mayor afectación en la muestra de pacientes estudiada, sin hacer distinción por tipo de tratamiento sustitutivo. También se puede observar que ninguna de los dominios y subdominios evaluados puntuaron más del 75% de la totalidad de las puntuaciones posibles y que la mediana de las medianas de todos los elementos evaluados fue de 60.0%, un valor relativamente alejado de un nivel de calidad de vida ideal, lo cual puede esperarse de pacientes con insuficiencia renal en un grado de evolución de la enfermedad bastante avanzado. Estos resultados que sugieren una calidad de vida regular y mala en ciertos aspectos es congruente con las puntuaciones de otros estudios realizados donde se ve comprometida tanto la salud física como la mental y la enfermedad renal. La disminución de la calidad de vida en el componente social podría estar relacionada con que la mayoría de los pacientes no laboran, debería evaluarse la frecuencia con la que se presenta la depresión en estos pacientes.

La tabla 3 muestra la calidad de vida según tratamiento sustitutivo, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de significancia del 1%, para la salud general, rol físico, componente de salud física, rol emocional y componente de salud mental, efectos. En la gráfica 2 se observa que la salud general es mayor en pacientes con hemodiálisis, y el rol físico mayor en diálisis peritoneal. Por otro lado, a pesar de que la mediana de dolor corporal es igual en ambos grupos, hay una mayor proporción de pacientes con mejor calidad de vida en el grupo de hemodiálisis. La gráfica 3 muestra que la salud mental es mayor en pacientes con hemodiálisis. En los otros casos, a pesar que las medianas de calidad de vida en ambos grupos son iguales o similares, existe un mayor porcentaje de de pacientes con mejor rol emocional y función social en hemodiálisis y mejor vitalidad en diálisis peritoneal. En la gráfica 4 se muestra que los pacientes con diálisis peritoneal poseen mayor puntuación en el componente de salud física, que es la medida de resumen calculada con base a función física, rol físico, dolor corporal y salud general. La gráfica 5 muestra mayor puntuación en peso de la enfermedad renal en pacientes con diálisis peritoneal y una mayor proporción de valores más altos en efectos de la enfermedad renal en hemodiálisis.

Por otro lado, cuando se comparó la calidad de vida entre hombres y mujeres, se encontró diferencia estadísticamente significativa a un nivel del de significancia del 1%, en las puntuaciones del rol físico y el componente de salud física, siendo evidente que las mujeres poseían mayor calidad de vida en los aspectos de rol físico y componente de salud física

(gráfica 6). No hay diferencias significativas por sexo para los aspectos mental y enfermedad renal.

En la tabla 7 se observan las comorbilidades presentes en los pacientes, la más frecuente fue la hipertensión arterial (73.7%), seguida de la diabetes (59.8%); ambas presentes en más de la mitad de los pacientes. Solo un 6.6% de los pacientes no presentaban ninguna comorbilidad.

En las tablas 8 y 9 se observó que no habían variaciones de la calidad de vida según la presencia de comorbilidades o el hecho de practicar actividades recreativas, en estos casos para simplificar el análisis se prefirió comparar únicamente los dominios y no sus subdominios.

VII. Conclusiones

- La calidad de vida relacionada a la salud en de pacientes con insuficiencia renal crónica KDOQI V sometidos a tratamiento sustitutivo en la Unidad Nacional de Atención del Enfermo Renal Crónico, UNAERC se ve afectada mayormente en los aspectos de función social (mediana = 10.0%), rol físico (50.0%), vitalidad (50.0%), salud mental (50%), componente de salud mental (50.0%) y peso de la enfermedad renal (50%); la mediana de las puntuaciones de la calidad de vida en todos los aspectos evaluados por el cuestionario fue del 60.0%.
- En su mayoría, los pacientes, poseen edades comprendidas entre 36 a 60 años (67.2%), no laboran (70.0%), profesan la religión católica o evangélica (88.8%), provienen de Guatemala (36.6%), Santa Rosa (18.6%), Chimaltenango (14.6%) y Suchitepéquez (11.1%). La distribución por sexo favoreció levemente la frecuencia de hombres, siendo estos un 56.6% del total de pacientes.
- Los pacientes con diálisis peritoneal presentaron mejor calidad de vida en los aspectos de percepción de la salud en general ($p < 0.001$), rol físico ($p < 0.001$) y componente de salud física ($p < 0.001$). Los pacientes con hemodiálisis presentaron mejor calidad de vida en los aspectos de rol emocional ($p = 0.005$) y efectos de la enfermedad renal ($p < 0.001$).
- Las mujeres presentaron mejor calidad de vida en los aspectos de rol físico ($p < 0.001$) y componente de salud física ($p = 0.004$). No hubo diferencias en la calidad de vida por grupos de edad.

VIII. Recomendaciones

- Tomando en cuenta que el aspecto social es el que más se ve afectado en estos pacientes, promover actividades de recreación y socialización dentro de los centros de atención.
- Ofrecer a los pacientes con insuficiencia renal crónica una terapia integral que incluya atención psicológica y/o psiquiátrica para ayudar a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.
- Centrar la atención médica a la prevención de las complicaciones de la insuficiencia renal crónica y el tratamiento sustitutivo.

IX. Referencias Bibliográficas.

1. Ruggenenti P, Schieppati A, Remuzzi G. progresión, remisión, regresión de las enfermedades renales crónicas. Lancet 2001; 357:1601-1608.
2. Dirección General de Información y Evaluación de Desempeño de la Secretaría de Salud. Estadística de Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud 2000 México: Salud Pública Mex 2001; 43:494-510.
3. . Mazzachi N, Schwedt E, Fernández JM, González MF , Cusumano AM Agost CC , et al . Incidencia y prevalencia del Tratamiento de la insuficiencia renal extrema en Latinoamérica . Es: Registro latinoamericano de diálisis y Trasplante renal. Disponible en http://www.slanh.org/registro/Registro_del_SLANH.doc
4. Álvarez- U de F, Vicente E, Badía X: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. Nefrología, 1995
5. Cidoncha, M., Estévez, I., Marín, J., Anduela, M., Subyaga, G. & Diez de Baldeón, S. (2003). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
6. Wuerth D, Finkelstein SH, Finkelstein FO. La identificación y el tratamiento de la depresión en los pacientes sometidos a diálisis. Semin Dial 2005; 18:142-146.
7. Finkelstein FO, Finkelstein SH. La depresión en los pacientes en diálisis crónica: evaluación y tratamiento. Nephrol Dial Transplant 2000; 15:1911-1913.
8. XXXVII Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, COMISCA. Managua, Nicaragua, 3 y 4 de diciembre de 2012
9. Kim JA, Kee LY, Huh W, Kim YG, Kim DJ, Oh HY, et al. Análisis de la depresión en pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria . J CoreaMed Sci. 2002; 17:790-794.
10. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al Múltiples medidas de depresión predicen la mortalidad en un estudio longitudinal de los pacientes ambulatorios de hemodiálisis crónica Kidney Int. 2000; 57:2093-2098.
11. Kimmel PL. Factores psicosociales en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal adultos tratados con hemodiálisis: correlatos y resultados. Am J Kidney Dis2000; 35: S132 - 140.

12. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB. Calidad de la enfermedad de forma corta vida (KDQOL - SFTM) , Versión 1.3 : Guía para el uso y la puntuación . Santa Mónica , CA: RAND , 1997 .
13. O'Connor R. Problemas en la medición de la calidad relacionada con la salud de la vida. [http:// www.odoconnorassoc.com / issues_in_the_measurement_of_qua.htm](http://www.odoconnorassoc.com/issues_in_the_measurement_of_qua.htm) , 2000 .
14. Durán AL, Gallegos CK , Salinas EG, Martínez SH . Hacia un mexicano estándar normativo para la medición del formato corto 36 relacionada con la salud instrumento de calidad de vida. Salud Pública Mex 2004 ; 46:306-315 .
15. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Desarrollo de la calidad de vida de la enfermedad renal (KDQOL) instrumento. Qual Vida Res 1994 ; 3:329 -338 .
16. Zúñiga MA, Carrillo JG, Fos PJ, Gandek B MM . La evaluación del estado de salud con la Encuesta SF- 36 : resultados preliminares en México . Salud Pública Mex 1999 ; 41:110 -117 .
17. Vázquez I, Valderrabano F , Fort J , Jofré R, López- Gómez JM, Moreno F ,et al . Factores psicosociales y de salud de la calidad de vida en la hemodiálisis pacientes . Qual Vida Res 2005 ; 14:179-190 .
18. Pérez, J, Llamas, F., Legido, A. Insuficiencia Renal Crónica, revisión y tratamiento conservador. Asociación Española de médicos residentes. Madrid España.
19. Caballero-Morales S, Trujillo-García JU, Welsh-Orozco U, Hernández-Cruz ST, Martínez-Torres J. Archivos de Medicina Familiar: Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada Revista del Instituto Mexicano de Seguridad Social. Septiembre-Diciembre, 2006; Volumen 8:
20. Hinojosa, Emilio 2006 evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica Arequipa 2006 http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf
21. Górriz J., Otero A. Impacto socio sanitario de la enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología 2008, supl 3. 7-15.
22. Hernández-Jaras J, García H, Bernat A, Cerrillo V. Aproximación al análisis de costes de diferentes tipos de hemodiálisis mediante unidades relativas de valor. Nefrología 2000; 20: 284-290.

23. Muñoz, R., Oto, A., Barrio, R., & Fernández, M. (2006). Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Estudio prospectivo a un año. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 9,
24. Jiménez S, y Ignacia M. 1998. Intentando definir la Calidad de Vida. *Revista ETS Trabajo Social*, Pontificia Universidad Católica de Chile; 54:24-31.
25. Contrara, F., Esguerra, G. Espinosa, J. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálisis. Universidad Santo Tomás, Bogotá Colombia.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200016

X. ANEXOS

- **Formulario de consentimiento**

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL CRÓNICO EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO SEGÚN LA ESCALA KDQOL – 36

¿Para qué se firma este documento?

Lo firma para poder participar en el estudio.

¿Por qué se está haciendo este estudio de investigación?

Queremos saber más sobre cómo ayudar a las personas que tienen insuficiencia Renal Crónica. Este estudio nos ayudará a aprender más sobre la calidad de vida del paciente renal. Les estamos pidiendo a personas como usted, que tienen tratamiento sustitutivo renal que nos ayuden.

¿Qué pasa si digo “sí, quiero participar en el estudio”?

Si dice que sí:

- Le preguntaremos sobre sus actividades diarias, su actividades en el día cotidiano.
- Le daremos un formulario con preguntas para que usted las conteste.
- Si quiere, podemos leerle las preguntas en voz alta y escribir sus respuestas en el formulario.

Estas preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas. Puede saltar cualquier pregunta si no quiere contestarla.

¿Cuánto tiempo tomará el estudio?

El estudio tomará alrededor de 30 minutos de su tiempo.

¿Qué pasa si digo “no quiero participar en el estudio”?

Nadie le tratará en manera diferente. A usted no se le penalizará. La atención que recibe de su médico no cambiará.

¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

Usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. A usted no se le penalizará. La atención que recibe de su médico no cambiará.

¿Quién verá mis respuestas?

Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta

Sus respuestas a la encuesta, su información médica, y una copia firmada de este documento se mantendrán bajo llave en nuestros archivos. No incluiremos sus respuestas en su expediente médico.

Cuando compartamos los resultados del estudio, no incluiremos su nombre. Haremos todo lo posible para que nadie fuera del estudio sepa que usted participó en él.

¿Me costará algo participar en el estudio?

No.

Participar en el estudio, ¿me ayudará de alguna manera?

Participar en este estudio no le ayudará, pero podría ayudar a personas con Insuficiencia Renal Crónica en el tratamiento sustitutivo, en la calidad de vida en el futuro.

Su firma Participante

Fecha

Firma del Explica Consentimiento

• **Instrumento de recolección de datos**

CUESTIONARIO KDQOL 36

Datos Generales

SEXO:

EDAD:

PROCEDENCIA:

ACTIVIDAD LABORAL:

RELIGION:

PASATIEMPOS:

Televisión

Tocar instrumento

Oír música

Deportes

Viaje

Ejercicio

Otros:

COMORBILIDADES:

Hipertensión Arterial

Diabetes Mellitus

Dislipidemia

Insuficiencia Cardíaca.

Lupus Eritematoso Sistémico

Hipertrofia Prostática

Otras:

Su salud — y — Bienestar

Enfermedad Del Riñón y Calidad De Vida (KDQOL-SF™)

Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud y bienestar. Esta información permitirá saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de realizar sus actividades habituales.



¡Gracias por contestar a estas preguntas!

Estudio de calidad de vida para pacientes en diálisis

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL ESTUDIO?

Este estudio se está realizando en colaboración con los médicos y sus pacientes. El objetivo es conocer la calidad de vida de los pacientes con enfermedad del riñón.

¿QUÉ TENDRÉ QUE HACER?

Nos gustaría que, para este estudio, llenara hoy el cuestionario sobre su salud, sobre cómo se ha sentido durante las últimas 4 semanas. Por favor, marque con una "X" la casilla bajo la respuesta elegida para cada pregunta.

¿ES CONFIDENCIAL LA INFORMACIÓN?

No le preguntamos su nombre. Sus respuestas se mezclarán con las de los demás participantes en el estudio, a la hora de dar los resultados del estudio. Cualquier información que pudiera permitir su identificación será considerada confidencial.

¿QUÉ BENEFICIOS TENDRÉ POR EL HECHO DE PARTICIPAR?

La información que usted nos facilite nos indicará lo que piensa sobre la atención y nos ayudará a comprender mejor los efectos del tratamiento sobre la salud de los pacientes. Esta información ayudará a valorar la atención médica.

¿ES OBLIGATORIO QUE PARTICIPE?

Usted no tiene la obligación de completar el cuestionario. Además, puede dejar de contestar cualquier pregunta. Su decisión sobre si participa o no, no influirá sobre sus posibilidades a la hora de recibir atención médica.

Su salud

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.

1. En general, ¿diría que su salud es: [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
	4	3	2	
5				5

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? [Marque con una cruz una casilla en cada línea.]

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
2. <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf	1	2	3
3. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera	1	2	3

Durante **las últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de su salud física**? [Marque con una cruz **X** casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Sí	No
4. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	1	2
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades	1	2

Durante **las últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido o ansioso)? [Marque con una cruz **X** la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Sí	No
6. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	1	2
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado</u> de lo usual	1	2

8. Durante **las últimas 4 semanas**, ¿cuánto ha dificultado el **dolor** su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? [Marque con una cruz **X** la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Nada en absoluto	Un poco	Mediana-mente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9. Se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
10. Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
11. Se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? [Marque con una cruz **X la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]**

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5

Su enfermedad del riñón

¿En qué medida considera cierta o falsa en su caso cada una de las siguientes afirmaciones? [Marque con una cruz X la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
13. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida	1	2	3	4	5
14. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	1	2	3	4	5
15. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	1	2	3	4	5
16. Me siento una carga para la familia	1	2	3	4	5

Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
17. ¿Dolores musculares?	1	2	3	4	5
18. ¿Dolor en el pecho?	1	2	3	4	5
19. ¿Calambres?	1	2	3	4	5
20. ¿Picazón en la piel?	1	2	3	4	5
21. ¿Sequedad de piel?	1	2	3	4	5
22. ¿Falta de aire?	1	2	3	4	5
23. ¿Desmayos o mareo?	1	2	3	4	5
24. ¿Falta de apetito?	1	2	3	4	5
25. ¿Agotado/a, sin fuerzas?	1	2	3	4	5
26. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?	1	2	3	4	5
27. ¿Náuseas o molestias del estómago?	1	2	3	4	5
28a. (Sólo para pacientes hemodiálisis) ¿Problemas con la fístula?	1	2	3	4	5
28b. (Sólo para pacientes en diálisis peritoneal) ¿Problemas con el catéter?	1	2	3	4	5

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria, mientras que a otras no. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas? [Marque con una cruz **X** la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
29. ¿Limitación de líquidos?.....	1	2	3	4	5
30. ¿Limitaciones en la dieta?	1	2	3	4	5
31. ¿Su capacidad para trabajar en la casa?	1	2	3	4	5
32. ¿Su capacidad para viajar?	1	2	3	4	5
33. ¿Depender de médicos y de otro personal sanitario?	1	2	3	4	5
34. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?	1	2	3	4	5
35. ¿Su vida sexual?	1	2	3	4	5
36. ¿Su aspecto físico?	1	2	3	4	5

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

- **Respuestas a cada pregunta del cuestionario**

Preguntas		Frecuencia	Porcentaje
Su salud, en general, es	Mala	127	22.1%
	Pasable	154	26.8%
	Buena	155	27.0%
	Muy buena	88	15.3%
	Excelente	50	8.7%
Su estado de salud actual lo limita a realizar actividades moderadas	Me limita mucho	122	21.3%
	Me limita un poco	310	54.0%
	No me limita en lo absoluto	142	24.7%
Su estado de salud actual lo limita a subir varios pisos	Me limita mucho	206	35.9%
	Me limita un poco	233	40.6%
	No me limita en lo absoluto	135	23.5%
Durante las últimas 4 semanas ha logrado hacer menos de lo que quisiera hacer por salud física	No	408	71.1%
	Sí	166	28.9%
Durante las últimas 4 semanas ha tenido limitaciones según el tipo de trabajo por salud física	No	445	77.5%
	Sí	129	22.5%
Durante las últimas 4 semanas ha logrado hacer menos de lo que quisiera hacer por salud mental	No	297	51.7%
	Sí	277	48.3%
Durante las últimas 4 semanas ha tenido limitaciones según el tipo de trabajo por salud mental	No	305	53.1%
	Sí	269	46.9%
Durante las últimas 4 semanas cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal	Extremadamente	0	0.0%
	Bastante	140	24.4%
	Medianamente	165	28.7%
	Un poco	137	23.9%
	Nada en absoluto	132	23.0%
Durante las últimas 4 semanas se ha sentido tranquilo y sosegado	Nunca	67	11.7%
	Casi nunca	94	16.4%
	Algunas veces	161	28.0%
	Muchas veces	72	12.5%
	Casi siempre	102	17.8%
	Siempre	78	13.6%
Durante las últimas 4 semanas ha tenido mucha energía	Nunca	68	11.8%
	Casi nunca	127	22.1%
	Algunas veces	137	23.9%
	Muchas veces	67	11.7%
	Casi siempre	121	21.1%
	Siempre	54	9.4%

Durante las últimas 4 semanas se ha sentido desanimado y triste	Siempre	144	25.1%
	Casi siempre	97	16.9%
	Muchas veces	188	32.8%
	Algunas veces	53	9.2%
	Casi nunca	54	9.4%
	Nunca	38	6.6%
Durante las últimas 4 semanas su salud o problemas emocionales han impedido visitar a amigos, parientes, etc.	Siempre	86	15.0%
	Casi siempre	62	10.8%
	Algunas veces	63	11.0%
	Casi nunca	106	18.5%
	Nunca	257	44.8%
Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida	Totalmente cierto	150	26.1%
	Bastante cierto	141	24.6%
	No sé	78	13.6%
	Bastante falso	122	21.3%
	Totalmente falso	83	14.5%
Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	Totalmente cierto	149	26.0%
	Bastante cierto	146	25.4%
	No sé	78	13.6%
	Bastante falso	133	23.2%
	Totalmente falso	68	11.8%
Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	Totalmente cierto	150	26.1%
	Bastante cierto	170	29.6%
	No sé	54	9.4%
	Bastante falso	120	20.9%
	Totalmente falso	80	13.9%
Me siento una carga para la familia	Totalmente cierto	140	24.4%
	Bastante cierto	138	24.0%
	No sé	96	16.7%
	Bastante falso	130	22.6%
	Totalmente falso	70	12.2%
Dolores musculares	Muchísimo	161	28.0%
	Mucho	130	22.6%
	Regular	88	15.3%
	Un poco	105	18.3%
	Nada	90	15.7%
Dolor en el pecho	Muchísimo	27	4.7%
	Mucho	55	9.6%
	Regular	52	9.1%
	Un poco	75	13.1%
	Nada	365	63.6%

Calambres	Muchísimo	137	23.9%
	Mucho	95	16.6%
	Regular	114	19.9%
	Un poco	103	17.9%
	Nada	125	21.8%
Picazón en la piel	Muchísimo	64	11.1%
	Mucho	117	20.4%
	Regular	128	22.3%
	Un poco	125	21.8%
	Nada	140	24.4%
Sequedad en la piel	Muchísimo	40	7.0%
	Mucho	66	11.5%
	Regular	155	27.0%
	Un poco	160	27.9%
	Nada	153	26.7%
Falta de aire	Muchísimo	71	12.4%
	Mucho	112	19.5%
	Regular	106	18.5%
	Un poco	96	16.7%
	Nada	189	32.9%
Desmayos o mareo	Muchísimo	121	21.1%
	Mucho	86	15.0%
	Regular	82	14.3%
	Un poco	85	14.8%
	Nada	200	34.8%
Falta de apetito	Muchísimo	14	2.4%
	Mucho	125	21.8%
	Regular	121	21.1%
	Un poco	87	15.2%
	Nada	227	39.5%
Agotado, sin fuerzas	Muchísimo	63	11.0%
	Mucho	169	29.4%
	Regular	96	16.7%
	Un poco	133	23.2%
	Nada	113	19.7%
Entumecimiento de manos o pies	Muchísimo	37	6.4%
	Mucho	102	17.8%
	Regular	178	31.0%
	Un poco	93	16.2%
	Nada	164	28.6%
Náuseas o molestias estomacales	Muchísimo	37	6.4%

	Mucho	59	10.3%
	Regular	127	22.1%
	Un poco	159	27.7%
	Nada	192	33.4%
Problemas con la fístula o el catéter	Muchísimo	49	8.5%
	Mucho	139	24.2%
	Regular	139	24.2%
	Un poco	137	23.9%
	Nada	110	19.2%
Limitación de líquidos	Muchísimo	58	10.1%
	Mucho	112	19.5%
	regular	145	25.3%
	Un poco	106	18.5%
	Nada	153	26.7%
Limitaciones en la dieta	Muchísimo	95	16.6%
	Mucho	167	29.1%
	regular	172	30.0%
	Un poco	93	16.2%
	Nada	47	8.2%
Su capacidad para trabajar en casa	Muchísimo	135	23.5%
	Mucho	81	14.1%
	regular	113	19.7%
	Un poco	93	16.2%
	Nada	152	26.5%
Su capacidad para viajar	Muchísimo	88	15.3%
	Mucho	133	23.2%
	regular	183	31.9%
	Un poco	102	17.8%
	Nada	68	11.8%
Depender de médicos y de otro personal sanitario	Muchísimo	72	12.5%
	Mucho	153	26.7%
	regular	156	27.2%
	Un poco	97	16.9%
	Nada	96	16.7%
Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón	Muchísimo	71	12.4%
	Mucho	151	26.3%
	regular	139	24.2%
	Un poco	87	15.2%
	Nada	126	22.0%
Su vida sexual	Muchísimo	131	22.8%
	Mucho	120	20.9%

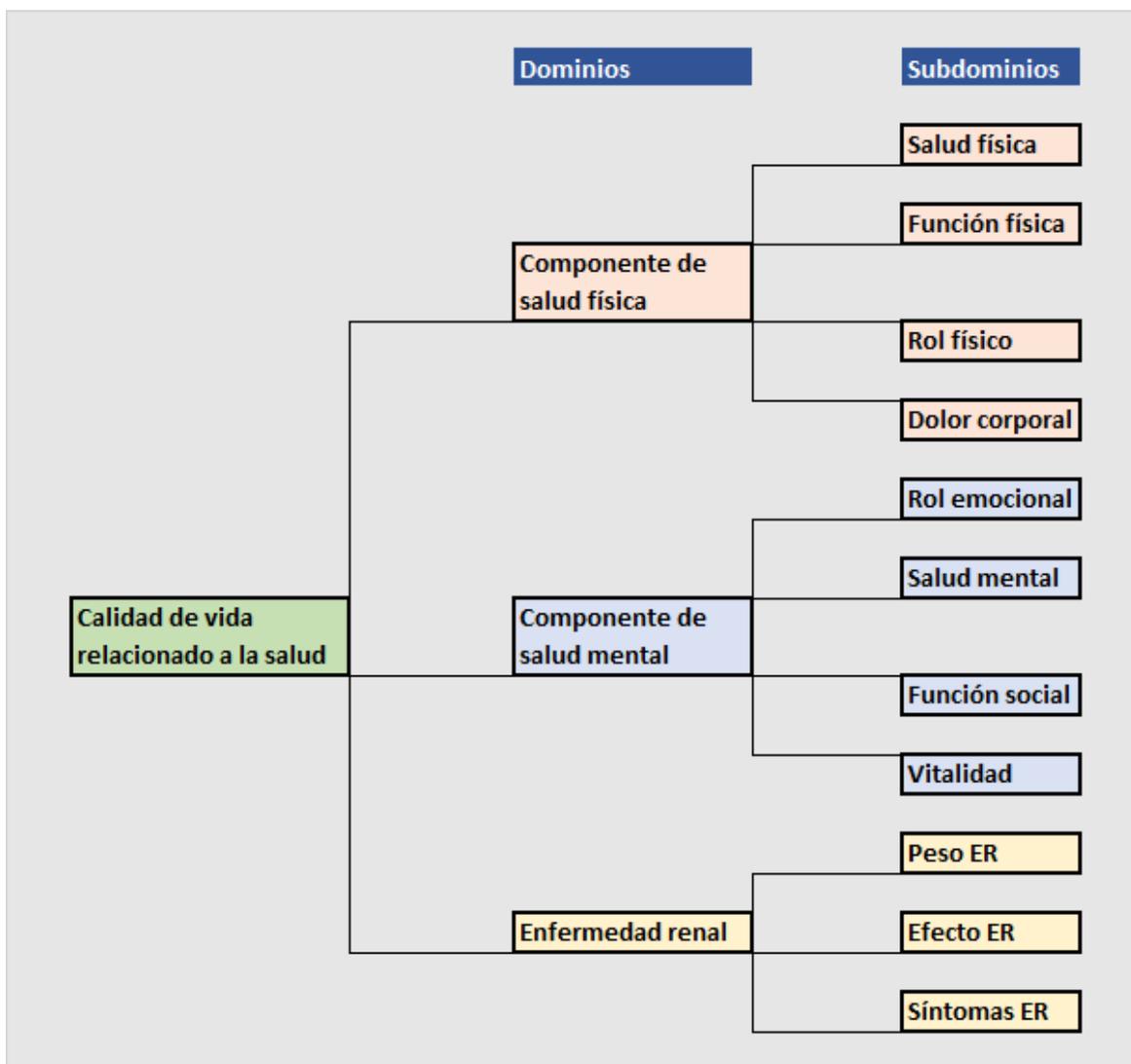
	regular	103	17.9%
	Un poco	99	17.2%
	Nada	121	21.1%
Su aspecto físico	Muchísimo	96	16.7%
	Mucho	132	23.0%
	regular	168	29.3%
	Un poco	89	15.5%
	Nada	89	15.5%

7.4 Esquema de calidad de vida relacionada a la salud según cuestionario KDQOL

Para comprender mejor los datos de la calidad de vida evaluada a través del cuestionario KDQOL se presenta el siguiente esquema donde se observa que hay un dominio para la salud física, otro para la salud mental y uno específico para enfermedad renal. Cada uno tiene subdominios como se muestra en el esquema.

Esquema 1.

Calidad de vida relacionada a la salud según cuestionario KDQOL



PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL CRÓNICO EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO SEGÚN LA ESCALA KDQOL – 36”** para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala se conduzca a si reproducción comercialización total o parcial.