

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA



TEMA:

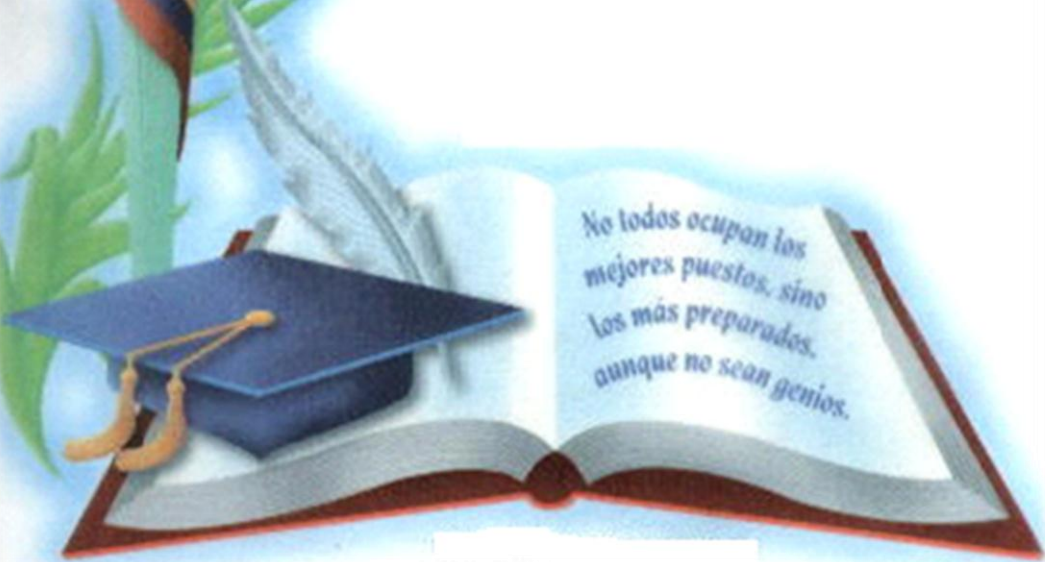
“CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA”

Tesis previa a la obtención del Título de Médico General.

AUTORA: VERÓNICA BERTHA SARANGO VARZALLO

DIRECTOR: DR JORGE CABRERA

LOJA- ECUADOR



No todos ocupan los mejores puestos, sino los más preparados, aunque no sean genios.

DR. JORGE CABRERA

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ÁREA DE LA SALUD
HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado “CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA”, de autoría de la Srta. Verónica Bertha Sarango Varzallo, estudiante de la Carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de MEDICO GENERAL, y por considerar que ha sido revisada en su integridad y se encuentra concluida en su totalidad, autorizo su presentación final ante el tribunal respectivo.

Loja, 14 de octubre de 2014



Dr. Jorge Cabrera
DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo Verónica Bertha Sarango Varzallo declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional De Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional De Loja, la publicación de mi tesis en el Reposorio Institucional-Biblioteca Virtual

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Firma :  _____

Cedula: 1104923527

Fecha: 14 de octubre del 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo Verónica Bertha Sarango Varzallo declaro ser autora de la tesis titulada CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA como requisito para optar al grado de médico general autorizo al sistema bibliotecario de La Universidad Nacional De Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Reposorio Digital Institucional

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad

La Universidad Nacional De Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 14 días del mes de octubre del dos mil catorce, firma la autora

Firma: 

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Cedula: 1104923527

Dirección: Av Eugenio espejo y Santa Ines

Correo electrónico: veronicasarangos@yahoo.com

Celular: 0994782272

Datos complementarios

Director de tesis: Dr Jorge Cabrera

Tribunal de grado: Dra Elvia Ruiz (Presidenta)

Dr Raúl Pineda (miembro del tribunal)

Dr Tito Carrión (miembro del tribunal)

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme regalado el don de la vida por iluminar mis pasos, por darme fuerzas y valor para seguir adelante siempre.

Con mucho cariño a mis padres que me dieron la vida y siempre han estado conmigo en todo momento apoyándome incondicionalmente y velando por mí durante este arduo camino para convertirme en una gran profesional por sus consejos, sus valores, comprensión, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi familia en general, porque siempre me han apoyado y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis padres, que con su demostración ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mis hermanos y hermanas, que con sus consejos me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

A todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este trabajo

Al Dr. Jorge Cabrera, director de tesis, por su guía y asesoramiento durante la misma.

1. TITULO

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL
ISIDRO AYORA DE LOJA

2. RESUMEN

En la presente investigación de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, se aplicó un cuestionario de datos personales y un cuestionario de calidad de vida SF- 36; a 62 pacientes con insuficiencia renal crónica que asistieron a la unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora durante el periodo de marzo a agosto del 2013, con edades entre 18 a 70 años y más

El género que predominó, es el masculino de una edad igual o mayor de 70 años, los cuales han estudiado la primaria incompleta y viven en el sector urbano, un 48,7% de los hombres y un 56,5% de las mujeres no trabajan, el 66.1% están casados, un 58.1% si reciben apoyo, de las patologías asociadas la más frecuente fue la HTA y la mayoría de pacientes tiene un tiempo mayor a dos años en el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.

Respecto a la función física de los pacientes la mayoría consideran que es buena, y solo una minoría que es mala, el 40,3% no ha tenido dolor corporal, el 33.9% a 35,5% percibe a su salud general y vitalidad como buena y muy buena ,en relación a la función social un 37.1% y a la salud mental un 48.8% creen que es excelente, sin embargo un gran porcentaje cree que su rol físico y su rol emocional es malo

Según el cuestionario de salud SF-36, el 37,1% percibe su calidad de vida como muy buena el 33,9% como buena y el 14,5% como excelente y regular.

En cuanto a la asociación de la calidad de vida y el tiempo de tratamiento en hemodiálisis, los pacientes de más de dos años en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis perciben a su calidad de vida como muy buena.

Palabras clave: insuficiencia renal crónica, calidad de vida, unidad de hemodiálisis, cuestionario de salud SF-36

ABSTRACT

In this descriptive research, cross-sectional and prospective, a questionnaire was applied to personal data and a quality of life questionnaire SF- 36; 62 patients with chronic renal failure who attended the hemodialysis unit of the Hospital Isidro Ayora during the period from March to August 2013, aged 18 to 70 years and older

The predominant gender, is the male of a age equal to or greater than 70 years, which have studied the incomplete grade and living in the urban sector, 48.7 % of men and 56.5 % of women do not work, 66.1 % are married, a 58.1 % if they receive support, of the associated pathologies was the most frequent HTA and the majority of patients has a time greater than two years in the substitutive treatment of hemodialysis.

With regard to the physical function of patients most consider it a good one, and only a minority that it is bad, the 40.3 % had not had body pain, 33.9 % to 35.5 % perceived to your overall health and vitality as good and very good ,in relation to the social role a 37.1 per cent and to the mental health a 48.8 % believe that it is excellent, however a large percentage believes that its physical role and its emotional role is bad

According to the SF-36 health survey, 37.1 % felt their quality of life as a very good 33.9 % as good and the 14.5 % as excellent and regular.

In regard to the association of the quality of life and the treatment time in hemodialysis patients in more than two years in replacement treatment in hemodialysis perceive to your quality of life as very good.

Key words: Chronic renal failure, quality of life, hemodialysis unit, SF-36 health questionnaire

3. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud es el impacto de la enfermedad o del tratamiento que percibe el individuo en su capacidad para vivir una vida satisfactoria, valoración que hace el paciente en referencia a su apreciación del bienestar físico, emocional y social, luego del diagnóstico y tratamiento.

La presente investigación titulada CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA tiene como objetivo general: Determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013 y como objetivos específicos : Identificar a los pacientes según el género , edad, escolaridad, ocupación ,procedencia ,patologías asociadas, tiempo en hemodiálisis, estado civil y redes de apoyo familiar ; Identificar a los pacientes según: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; Establecer la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes según las dimensiones que cubre el cuestionario de salud SF 36 y Establecer la asociación entre percepción de calidad de vida y tiempo en hemodiálisis

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno

En este trabajo investigativo de tipo Descriptivo, Transversal Prospectivo, se aplicó un cuestionario de datos personales uno de Calidad de Vida SF- 36; a 62 pacientes, con edades entre 18 a 70 años y más

La Insuficiencia Renal Crónica, constituye uno de los problemas más importantes actualmente en la sociedad debido a la incidencia y prevalencia cada vez más elevada, en los últimos años afecta a 2 de cada 10.000 personas aproximadamente, se estima para los próximos diez años que se duplique el

número de pacientes que precisen tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante).

La medición de la calidad de vida relacionada a la salud en la población que recibe hemodiálisis es un predictor importante para el pronóstico de morbi-mortalidad.

La calidad de vida recoge la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, dependiendo dicha percepción de los propios valores y creencias y de su contexto cultural e historia personal

El género que predominó en los pacientes estudiados fue el masculino con edad igual o mayor de 70 años; de los cuales solo una minoría tienen educación superior; la mayoría viven en el sector urbano; un 48,7% de los hombres y un 56,5% de las mujeres no trabajan; la patología más frecuentemente asociada es la HTA; la mitad de los pacientes tienen un tiempo mayor a dos años en tratamiento de hemodiálisis.

En relación a la función física de los pacientes la mayoría consideran que es buena, y solo una minoría que es mala, sin embargo más de la mayoría cree que su rol físico y su rol emocional es malo

Según las dimensiones que cubre el cuestionario de salud SF-36 entre el 33.9% y 37.1 % perciben a su calidad de vida como buena y muy buena y solo el 14.5% creen que es excelente y regular.

En cuanto a la asociación de la calidad de vida y el tiempo de tratamiento en hemodiálisis, los pacientes que tienen dos años y más años de tratamiento sustitutivo en hemodiálisis perciben a su calidad de vida como muy buena.

Todo esto da muestra del impacto de la diálisis en estas personas, que alcanzan peores puntuaciones en calidad de vida que las personas con otras enfermedades crónicas, destacando que el tratamiento de diálisis, involucra la calidad de vida del paciente y de la familia.

4. REVISION DE LITERATURA

4.1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

4.1.1 DEFINICIÓN.

Se define como IRC al deterioro progresivo e irreversible de la función renal, como resultado de la progresión de diversas enfermedades primarias o secundarias, resultando en pérdida de la función glomerular, tubular y endocrina del Riñón.

El deterioro de la función renal puede ocurrir por una pérdida progresiva del número de nefronas o por su deterioro funcional conservando su número, o puede ser por una combinación de ambos. (1)

4.1.2 EPIDEMIOLOGÍA.

La enfermedad renal crónica representa uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI tanto por su elevada prevalencia como por su importante morbimortalidad cardiovascular con los costes sociales y económicos que esto implica .En el año 2005 más de 40.000 personas en nuestro país estaban en tratamiento renal sustitutivo ,cifra que se estima que se duplicara en los próximos diez años debido al envejecimiento progresivo de la población y aumento de la prevalencia de otros procesos crónicos como la diabetes mellitus(2)

La IRC es una enfermedad relativamente frecuente con una incidencia de 150-200 enfermos por millón de población y año. Las enfermedades que conducen a IRC son muy variadas.

Las nefropatías diabéticas e hipertensiva son las causas subyacentes más importantes tanto de IRC como de IRCT. La hipertensión es una causa y una consecuencia particularmente frecuente de IRC en los ancianos, en quienes la isquemia renal crónica por enfermedad vascular renal puede ser un aspecto contribuyente adicional inadvertido al proceso fisiopatológico.

4.1.3 ETIOLOGÍA.

La IRC puede tener origen en múltiples enfermedades renales, tanto primarias (sin enfermedades sistémicas) como secundarias.

1. Procesos capaces de causar lesión renal

Enfermedades renales primarias:

- Glomerulonefritis extracapilar: tipos I, II y III.
- Glomerulonefritis mesangioproliferativas.
- Nefropatías tubulointersticiales:
 - Pielonefritis crónica con reflujo vesicoureteral.
 - Pielonefritis crónica con obstrucción.
 - Nefropatía obstructiva congénita.
 - Pielonefritis idiopática.
- Nefropatías quísticas y displasias renales:
 - Poliquistosis AD.
 - Poliquistosis AR.
 - Enfermedad quística medular nefronoptosis.
 - Displasia renal bilateral.

- Nefropatías por nefrotóxicos:
 - Analgésicos: AAS, paracetamol.
 - AINEs.
 - Litio.
 - Antineoplásicos: cisplatino, nitrosureas.
 - Ciclosporina A.
 - Metales: plomo, cadmio, cromo.
- Nefropatías heredofamiliares:
 - Síndrome de Alport.
 - Nefritis progresiva hereditaria sin sordera.
 - Enfermedad de Fabry.

Enfermedades renales secundarias:

- Nefropatías vasculares.
- Nefropatía isquémica (ateromatosis).
- Enfermedad renal ateroembólica.
- Nefroangiosclerosis.
- Colagenosis.
- Síndrome hemolítico-urémico.
- Vasculitis.
- Síndrome Goodpasture.
- Sarcoidosis.
- Disproteinemias.

2. Procesos capaces de hacer progresar la enfermedad

- Hipertensión arterial.
- Hipertensión intraglomerular.
- Niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad.
- Hipercalcemia.
- Proteinuria > 1-2 g/día.
- Hiperuricemia.
- Obstrucción urinaria.
- Reflujo.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Infecciones sistémicas víricas o bacterianas.
- Malnutrición.
- Ferropenia.
- Dietas con alto contenido proteico y fósforo.
- Factores genéticos.
- Disminución del volumen extracelular (deshidratación, hemorragia...).

Fuente: Tratado de Geriátría Cap. 62 Insuficiencia Renal Crónica

Autor: Gómez Ana, Arias Estefanía, Jiménez Concepción (3)

4.1.4 FISIOPATOLOGÍA.

La fisiopatología de la IRC implica mecanismos iniciadores específicos de la causa, así como una serie de mecanismos progresivos que son una consecuencia común del decremento de la masa renal, cualquiera que sea la etiología. Dicha reducción de la masa renal causa hipertrofia estructural y funcional de las nefronas supervivientes. Esta hipertrofia compensadora es mediada por moléculas vasoactivas, citocinas y factores de crecimiento, y se debe inicialmente a hiperfiltración adaptativa, a su vez mediada por aumento de la presión y el flujo capilares glomerulares. Con el tiempo, estas adaptaciones a

corto plazo se revelan desfavorables, ya que predisponen a la esclerosis de la población residual de nefronas viables. El aumento de la actividad intrarrenal del eje renina-angiotensina parece contribuir tanto a la hiperfiltración adaptativa inicial como a las posteriores hipertrofia y esclerosis perjudiciales.

Una vez que se ha establecido la IRC secundaria a diversas enfermedades renales, es posible que la función se siga deteriorando progresivamente a través del tiempo; por ejemplo en los casos de la nefropatía diabética después de comenzar la nefropatía establecida. La GFR se reduce un 0.5 – 1.0 ml/min mensualmente hasta llevar a IRC. Algo parecido sucede en los casos de Nefropatía tubulo-intersticial y en la Hipertensión Arterial que causa IRC por nefroesclerosis hipertensiva.

La definición de IRC requiere que el proceso fisiopatológico antes descrito dure más de tres meses.

4.1.5 ESTADIFICACIÓN DE IRC.

Una clasificación internacional muy aceptada divide la IRC en varias etapas que se definen por estimación clínica de la filtración glomerular (glomerular filtration rate, GFR), mediante la ecuación de Cockcroft-Gault:

$$FG = \frac{(140 - edad) \times peso(kg)}{72 \times P_{cr}(mg/100ml)} \quad \text{en mujeres multiplicar por } 0,85$$

Los valores normales oscilan entre 90 – 130 ml/min.

Al obtener el valor del FG, ubicamos al paciente en uno de los siguientes estadios:

| ESTADO | DESCRIPCION | TASA DE FILTRACION GLOMERULAR (ml/min) |
|--------|-------------------------------|--|
| 0 | Con factores de riesgo | > 90 |
| 1 | Daño renal con TFG normal o ↑ | ≥ 90 |
| 2 | Leve | 60-89 |
| 3 | Moderado | 30-59 |
| 4 | Grave | 15-29 |

Estas etapas ayudan a orientar los criterios clínicos diagnóstico y terapéutico. Primero, es de gran importancia identificar los factores que incrementan el riesgo de IRC, incluso en los individuos con una GFR normal. Estos factores consisten en antecedentes familiares de enfermedad renal hereditaria, hipertensión, diabetes, enfermedad autoinmunitaria, edad avanzada, crisis previa de insuficiencia renal aguda y pruebas actuales de lesión renal con GFR normal o incluso incrementada. Tales manifestaciones de lesión renal en presencia de GFR normal o aumentada colocan a los pacientes en la etapa 1 de la IRC y consisten en proteinuria, sedimento urinario anormal o anomalías estructurales de las vías urinarias (p. ej., reflujo vesicoureteral) que se aprecian en los estudios de imágenes. Las etapas posteriores de la patogénesis de la IRC se caracterizan por declinación progresiva de la GFR estimada; las etapas leve, moderada y grave corresponden a valores de GFR (ml/ min por 1.73 m²) de 60 a 89, 30 a 59 y 15 a 29, respectivamente. A una GFR <15 ml/min por 1.73 m², puede estar indicado el tratamiento de restitución renal si hay uremia. La declinación anual media normal de la GFR a partir de los 20 a 30 años de edad es de 1 ml/min por 1.73 m² de superficie corporal, y en los varones alcanza un valor medio de 70 a los 70 años. La GFR es ligeramente más baja en las mujeres que en los varones(4)

4.1.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El cuadro clínico de IRC depende del estado de la función renal, estando ausente o siendo muy benigno en las etapas leve y moderada y presentando síntomas progresivos en la IRC severa y terminal, hasta llegar al síndrome urémico.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad resultan del fracaso de diversas funciones que están a cargo del riñón:

- DEFECTOS DE EXCRECION: Productos Tóxicos y Balance Hidrosalino
- DEFECTOS DE DEGRADACION: Insulina y PTH

- ALTERACIONES DE PRODUCCION: Por defecto (Vitamina D, eritropoyetina) y por exceso (renina)

TRASTORNOS HÍDRICOS, ELECTROLÍTICOS Y ACIDOBÁSICOS

Homeostasia de sodio y agua

En la mayoría de los pacientes con IRC estable aumenta muy poco el contenido corporal total de sodio y agua, aunque esto puede no ser obvio en la exploración clínica. En pacientes con IRC, no suele observarse hiponatremia, pero cuando surge, mejora con restricción hídrica. Si el paciente muestra manifestaciones de expansión del volumen del líquido extracelular (edema periférico, a veces HTA), se restringirá el consumo de sal de mesa. En IRC etapas 3 a 5, quizá se necesite administrar diuréticos con acción en el asa de Henle, como furosemida. Además de los problemas de excreción, algunas personas tienen problemas con la conservación de sodio y agua por los riñones.

Cuando está presente una causa extrarrenal que provoque la pérdida de líquidos o por la administración excesiva de diuréticos, ocasionará una insuficiencia aguda sobreañadida a la crónica y con ello uremia manifiesta. En esta situación, la repleción volumétrica en base de solución salina puede normalizar la expansión de volumen del líquido extracelular.

Homeostasis del potasio

En la IRC, la disminución de la tasa de filtrado glomerular no se acompaña necesariamente de un descenso correspondiente en la excreción de potasio mediada por fenómenos secretorios en los segmentos distales de la nefrona dependiente de la aldosterona. Además, la eliminación digestiva de éste está aumentada en los pacientes con IRC.

Sin embargo, diversos factores pueden desencadenar hiperpotasiemia

- ✓ Aumento del aporte dietético
- ✓ Mayor catabolismo proteínico
- ✓ Hemólisis
- ✓ Hemorragia

- ✓ Transfusión de hematíes almacenados
- ✓ Acidosis metabólica
- ✓ Fármacos que inhiben la excreción de K⁺ por los riñones:
- ✓ Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
- ✓ Espirolactona
- ✓ Fármacos que ahorran K⁺:
- ✓ Amilorida
- ✓ Eplerenona
- ✓ Triamtereno

La hipopotasemia es rara en la IRC, y suele reflejar ingestión dietética notablemente reducida de K⁺. Puede haber hipopotasemia como consecuencia de pérdida primaria asociada a otras alteraciones, como sucede en el síndrome de Fanconi, la acidosis tubular renal y otras enfermedades tubulointersticiales hereditarias o adquiridas.

ACIDOSIS METABÓLICA

La acidosis es una alteración frecuente en las etapas avanzadas de la IRC.

Aunque en la mayoría de los pacientes con IRC la orina se acidifica normalmente, estos pacientes tienen menos capacidad de producir amoníaco. La hiperpotasemia deprime todavía más la excreción urinaria de amonio.

Al empeorar la función renal, la excreción total neta de ácidos por orina suele limitarse a cifras de 30 a 40 mmol, la acumulación de aniones de los ácidos orgánicos retenidos pueden originar acidosis metabólica sin diferencia aniónica.

En la mayoría de los pacientes la acidosis metabólica es leve; es raro que el pH sea <7.35, y suele ser posible corregirlo con suplementos orales de bicarbonato de sodio.

En la acidosis tubular renal y la acidosis metabólica con diferencia aniónica, reaccionará con suplementos de álcalis, con bicarbonato de sodio. Debe considerarse solo si la concentración sérica de bicarbonato disminuye a 20 mmol/L para evitar la catabolia.

Entre los trastornos más comunes de la insuficiencia renal tenemos:

- ✓ Trastornos del metabolismo de calcio y fosfato
- ✓ Manifestaciones óseas de la irc
- ✓ Alteraciones del calcio, fósforo
- ✓ Anormalidades cardiovasculares
 - Enfermedad cardiovascular isquémica
 - Insuficiencia cardíaca congestiva
 - Hipertensión e hipertrofia del ventrículo izquierdo
 - enfermedad pericárdica
- ✓ Anemia
- ✓ Anormalidades neuromusculares
- ✓ Anormalidades nutricionales y del aparato gastrointestinal
- ✓ Trastornos endocrino-metabólicos
- ✓ Anormalidades dermatológicas(5,6,7)

4.1.7 **DIAGNÓSTICO.**

✓ CLINICO

El diagnostico en la parte inicial de la enfermedad depende más de hallazgos en el uroanálisis o elevación de compuestos nitrogenados, que de manifestaciones clínicas claras. En fases más avanzadas podemos encontrar al examen físico: palidez mucocutanea, edema palpebral, resequedad de la piel asi como cambios en la coloración y textura de la misma. Al examen cardiovascular se puede auscultar ruidos cardiacos sobreagregados como soplos funcionales, arritmias por alteración del potasio y frote pericardico y a nivel pulmonar se pueden encontrar signos de sobrecarga hídrica y disnea. En el abdomen podemos palpar riñones aumentados de tamaño cuando se trata de poliquistosis renal, hepatomegalia en pacientes con falla cardiaca concomitante, ascitis por retención hídrica en IRC avanzada. En miembros inferiores generalmente hay algún grado de edema blando en la IRC moderada o avanzada.

✓ EXAMENES COMPLEMENTARIOS

En los exámenes básicos por lo general encontramos:

- ✓ Hemograma: anemia y la valoración hematológica debe incluir el recuento de reticulocitos, saturación de transferrina, hierro serico, vitamina B12 y niveles de paratohormona.

- ✓ Electrolitos: hay elevación del potasio serico en etapas avanzadas, hipocalcemia, hiperfosfatemia, hiponatremia.
- ✓ Funcion renal: La creatinina normal debe ser de 1 – 1,2 mg/dl en hombres y de 0,8- 1,0 mg/dl en mujeres y valores superiores a estos debe hacernos sospechar de falla renal. Niveles altos de Urea y acido úrico.
- ✓ El nitrógeno urémico (BUN) lo normal es 10-20 mg/dl.
- ✓ Glicemia: esta normal si la causa de la IRC no es diabética.
- ✓ Gasometría: acidosis metabólica.
- ✓ Perfil lipidico: colesterol y triglicéridos aumentados
- ✓ EMO: El análisis de orina puede resultar útil para evaluar si existe actividad persistente del proceso inflamatorio o proteinúrico, y cuando esté indicado se debe complementar con la toma de una muestra de orina de 24 h para cuantificar la excreción de proteína. Esta última es especialmente útil a fin de dirigir las estrategias de tratamiento orientadas a mitigar el avance de la IRC..

Se deben centrar también en la búsqueda de indicios de una enfermedad subyacente y de su actividad. Por tanto, cuando lo justifican los antecedentes y la exploración física, se puede considerar la realización de pruebas inmunológicas de lupus eritematoso generalizado y vasculitis.

IMÁGENES DIAGNOSTICAS

- ✓ Ecografía renal: nos muestra el tamaño renal que generalmente ha disminuido en estadios avanzados, excepto en algunos casos como riñones poliquisticos, mieloma múltiple, y otras enfermedades infiltrativas como amiloidosis y sarcoidosis. El espesor de la corteza renal que en condiciones normales es mayor de 1cm en el adulto, se encuentra disminuido en IRC.
- ✓ Biopsia renal: Este procedimiento se debe reservar para pacientes con riñones de tamaño próximo al normal, de modo que al aclarar la etiología se pueda modificar el tratamiento. Las contraindicaciones de la biopsia renal comprenden riñones pequeños, enfermedad renal poliquística, hipertensión incontrolada, infección de vías urinarias o perinéfrica, diátesis hemorrágica, dificultad respiratoria y obesidad mórbida. (8)

4.1.8 TRATAMIENTO.

El tratamiento puede ser clínico de acuerdo a las manifestaciones clínicas presentadas por cada paciente y sustituido con la diálisis.

4.1.8.1 Diálisis Peritoneal

En la diálisis peritoneal se utiliza el peritoneo como membrana semipermeable que separa, por una parte, la sangre de los capilares mesentéricos y, por otra, una ascitis artificial provocada al introducir un líquido de características predeterminadas que se renueva periódicamente. La cantidad de solutos excretados depende del volumen total diario del líquido introducido en la cavidad peritoneal.

Según su forma de practicarse, puede ser:

1. Diálisis peritoneal aguda.- Se realiza en el hospital. Manual e intermitente
2. Diálisis peritoneal crónica.- Es un tratamiento que se realiza de forma continua introduciendo cuatro o cinco recambios de 2 a 3 litros en la cavidad peritoneal durante el día y un recambio durante la noche. Esta modalidad es practicada por el enfermo en su domicilio quien se hace la diálisis de forma manual(9)

4.1.8.2 Trasplante Renal

Es la mejor opción terapéutica para la insuficiencia renal crónica, pero en México se practica escasamente: sólo se efectúan 1,500 al año (80% de donador vivo), menos de 20 trasplantes anuales por millón de habitantes. Por su parte, la media mundial está por encima de 30. (10)

Con el trasplante renal se logra la curación de IRC terminal para ello se necesita un donante cadáver o un donante vivo.

Contraindicaciones de Trasplante Renal

a) Absolutas:

- Cáncer activo
- Infecciones sistémicas activas
- Enfermedad con expectativa de vida menor a dos años
- Contraindicación cardiológica

b) Relativas:

- Pacientes mayores de 75 años
- Mala adherencia al tratamiento

- Antecedentes de alcoholismo o drogadicción (11)

4.2 CALIDAD DE VIDA

4.2.1. INTRODUCCIÓN

Desde 1948 cuando la organización mundial de la salud definió salud como bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de la enfermedad, los temas de calidad de vida han tomado mucha importancia.

El interés en la medición de la calidad de vida se ha incrementado enormemente y en las últimas décadas ha emergido como un importante atributo a la investigación clínica.

Dado que la salud tiene una influencia muy importante en la calidad de vida ,y que estamos evaluando esta última en el contexto clínico realmente nos estamos refiriendo a la calidad de vida relacionada con la salud(CVRS) la CVRS se refiere a un concepto multifactorial en el cual podemos evaluar tres dominios básicos físico, psicológico y social. En el dominio físico se evalúan atributos como síntomas, funcionamiento físico y discapacidad .El dominio psicológico evalúa los atributos como satisfacción, bienestar, ansiedad, depresión y autoestima. En el dominio social se evalúa las relaciones interpersonales del paciente su actividad diaria, su rehabilitación laboral, etc.

Evaluada desde estos dominios, la CVRS de un paciente es la mezcla de la percepción del paciente de sus experiencias, creencias expectativas, medidas por instrumentos que se aproximan a las percepciones subjetivas del paciente y a mediciones objetivas del estado de salud mismo

En esta concepción debe ser trasladada por medio de instrumentos con múltiples ítems a valores cuantitativos de los dominios y eventualmente a valores globales, que representan una aproximación numérica a la calidad de vida.

En la medición de la CVRS hay dos tipos de instrumentos:

- a) Genéricos
- b) Específicos

Los instrumentos genéricos son aplicables a un amplio rango de problemas de salud ,usualmente son poco sensibles a los cambios de calidad de vida ,pero su uso tiene particular interés en encuestas dirigidas a documentar y comparar el grado de discapacidad o percepción de la salud de una población

en general de grupos de problemas de salud .dentro de estos podemos mencionar varios instrumentos como SF36 ,Nottingham,Health profile,Sickness Impact Profile,etc.

Los instrumentos específicos se enfocan en aspectos del estado de salud que son más particulares de una enfermedad, tienen mayor sensibilidad ya que estos estudian los aspectos de salud más relevantes del grupo de estudio .dentro de estos tenemos KDQOL_SF y DIA_QOL

Cuando se desarrolla un instrumento para medir la CVRS, antes de iniciar su generalizada aplicación se realizan unos pasos a los que se les denomina “validación del instrumento” que no es otra cosa que al aproximación a las características psicométricas del mismo, en la necesidad de que la interferencias que se vayan a realizar a partir de la medición de la calidad de vida con el instrumento en cuestión, sean válidas.

Una revisión formal de la literatura sobre la CVRS en insuficiencia renal crónica mostro que solo un 32% de los artículos se refieren de manera rigurosa a las características psicométricas de los instrumentos usados .Así ,un investigador que desee aplicar un instrumento ,debe preguntarse si este tiene las siguientes características :confiabilidad, sensibilidad al cambio, validez e interpretabilidad. Por otra parte siempre deben tenerse en cuenta antes de iniciar la aplicación del instrumento las diferencias transculturales y la manera de cómo este traducido.

La enfermedad renal terminal tiene un considerable impacto sobre el estado funcional y la calidad de vida percibida por el paciente. incluso en estados relativamente temprana ,esta es acompañada por síntomas que afectan la vida diaria y las terapias de remplazo renal solo parcialmente corrige la uremia al tiempo que producen inevitablemente cambios en el estilo de vida. Las características de la población en diálisis han cambiados en los diez últimos años y un creciente número de pacientes ancianos y con significativa comorbilidad están recibiendo terapias de remplazo renal. La definición de diálisis adecuada debe incluir hoy la calidad vida experimentada por el paciente, y es responsabilidad del equipo terapéutico el favorecer que cada paciente alcance el máximo grado de rehabilitación

En un estudio clásico ,National Kidney Dialysis and Kidney Trasplantation study, realizado con 859 pacientes las medidas funcionales de estos fueron inferiores a las de la población normal .en este estudio ,el trasplante ,la hemodiálisis en casa y la diálisis peritoneal obtuvieron en general menores resultados que la hemodiálisis en centro . la función física se encontró más severamente comprometida que la función psicológica ,la cual era cercana a la normal.(13)

El estudio español de calidad de vida hecho en 1993 con 1.013 pacientes ,arrojo importantes resultados para el conocimiento de la CVRS en pacientes con IRCT.El promedio del índice de Kamosfsky fue de 73 ,inferior al de la población en general ,teniendo en cuenta que este índice mide la funcionalidad de un paciente en un rango de entre 100 y 10:en donde altos puntajes indican mejor funcionalidad. Además de lo anterior, este estudio mostro que la variables se correlacionaban con la con la mejor calidad de vida eran .hematocrito, nivel educacional e ingresos, al tiempo que las que se correlacionaban con la pobre calidad de vida eran la comorbilidad desempleo, género, femenino, bajo nivel de albumina sérica, baja función renal residual, referencia tardía la nefrólogo y depresión.

Finalmente, el grupo español encontró que las áreas más afectadas de la calidad de vida son: trabajo, actividades lúdicas, actividades en casa, sueño y descanso, siendo el dominio físico el más afectado.

Un meta análisis realizado por Cameron y col comparo el estrés emocional y el bienestar psicológico este estudio mostro que los receptores de trasplante renal reportaron menos estrés emocional y mayor bienestar psicológico que a los pacientes con diálisis peritoneal o hemodiálisis en centro. igualmente los pacientes de diálisis peritoneal reportaron un mayor bienestar psicológico que los pacientes de hemodiálisis en el centro el trasplante ,la hemodiálisis en casa y la diálisis peritoneal obtuvieron en general mejores resultados que la hemodiálisis en el centro

Varios estudios han mostrado que los pacientes en diálisis peritoneal dan mejores reportes de calidad de vida que los de hemodiálisis en centro: recientemente un estudio multicentrico italiano mostro un mayor grado de dependencia y más actitudes positivas entre los pacientes de diálisis

peritoneal :no obstante ,estos pacientes reportaron un mayor grado de ansiedad e inseguridad hacia el método dialítico (diálisis peritoneal).

Un problema metodológico que pueden tener los estudios de calidad de vida ,es el del sesgo de selección ,haciendo que las características basales de la salud de los pacientes en las terapias de remplazo renal sean diferentes ,lo que hace que esto se refleje en la calidad de vida .por otra parte en la evaluación de estudios transversales ,debe tenerse en cuenta que la tasa de salida de pacientes de las terapias es diferente ,siendo mayor en diálisis peritoneal ;en este orden de ideas , en un estudio transversal vamos a encontrar con población que permanece en terapia y que en caso de la diálisis peritoneal y en términos de calidad de vida podría sesgar los resultados a favor de esta ultima

Un estudio hecho por De Ore y col, en 1000 pacientes en diálisis en el cual se midió la calidad de vida con el Sf-36, mostro que el estado funcional fue un importante predictor de la mortalidad, tanto como el KT/V y el PCR. Por cada 5 puntos de incremento de la función física la posibilidad de sobrevivir después de dos años incrementada en 10%;el impacto de la función mental fue menor (2-5.8%)

La depresión es un factor que debería ser tenido en cuenta cuando analizamos la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica. La prevalencia de depresión en la población es alta y es más común en mujeres. Esta última característica podría en parte ser la responsable de los resultados más pobre obtenidos en mujeres en varios estudios de calidad de vida.

Otro factor a ser tenido en cuenta cuando analizamos la calidad de vida es la comorbilidad para lo cual se han desarrollado diferentes índices como el de Friedman, Charlson, Wolfe y el ICED.

Al ser la comorbilidad una de las variables que más influye en los desenlaces en salud de la población en general de pacientes con insuficiencia renal crónica ,los estudios de calidad de vida deberían tenerla en cuenta ,por el importante impacto que estas enfermedades coexistentes tienen sobre la percepción de la salud de la paciente

Siendo el objetivo primordial de las terapias de remplazo renal el aportar una buena calidad de vida al paciente, se hace necesario que los equipos terapéuticos se familiaricen con estas mediciones, máxime si tenemos en cuenta que una mejor calidad de vida del paciente se correlaciona con menor morbilidad y mortalidad. (14)

Cualquier práctica clínica está obligada a conseguir una calidad de vida y supervivencia equivalentes a la esperada para las características del sujeto. El interés por medir la calidad de vida en la insuficiencia renal está bien establecido. Ésta supone la posibilidad de interacción paciente/ambiente, asociada a bienestar físico, realización de actividades sociales y capacidad de desarrollo personal. Los estudios que comparan la calidad de vida en HD frente a DP demuestran que sus resultados están condicionados por la selección original de pacientes, más que por otras condiciones, entre ellas, la propia técnica. La mayoría muestra déficit en los perfiles de calidad de vida: áreas de recuperación de empleo, función sexual y adaptación psicosocial, más relacionadas con las circunstancias que con la diálisis. Sería recomendable realizar estudios comparativos planificados para responder a estos interrogantes. Mientras, debemos reconocer que cualquier diálisis se adapta perfectamente al paciente con capacidad para recuperar calidad de vida, pero que contribuye a deteriorar a los pacientes que ya tienen situaciones comprometidas. En particular, no es bueno proponer autodiálisis a alguien con calidad de vida baja. Es necesaria la participación de equipos multidisciplinares en la elección del tipo de diálisis para evitar malas experiencias. De hecho, la diálisis requiere la cooperación de los trabajadores sociales para atender circunstancias que, escapando a la enfermedad renal, suponen un marcado efecto negativo para la vida.

Una revisión de 14 estudios comparativos de calidad de vida en DP y HD, realizados en diversos países, sugiere que no existen otras diferencias que las derivadas del punto de partida, edad y grado de comorbilidad. El ajuste psicosocial, la satisfacción por la salud y por el tratamiento empleado y el grado de autoestima son superiores en DP que en HD. Algunas encuestas entre pacientes sugieren que el máximo grado de calidad de vida pudiera alcanzarse con la DPA, en la medida de que representa una libertad diurna casi total. (3)

4.2.2. CONCEPTO

La Organización Mundial de la Salud define la salud como algo más que la liberación de la enfermedad, ampliando sus límites a la totalidad del bienestar físico, psicológico y social. La salud se ha convertido en un bien social al que los ciudadanos tienen derecho y se percibe como uno de los determinantes del desarrollo personal y de la felicidad del individuo.

Esta ampliación del concepto de salud la ha convertido en un objetivo social y ha conseguido que los gestores sanitarios y políticos, los pacientes y los usuarios exijan explicaciones más detalladas de cómo y cuánto el cuidado médico es capaz de prevenir y fomentar la salud de los individuos. La salud ha pasado a constituir uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta en la asignación de medios y recursos públicos.

Como parte de esta visión más amplia de la salud, se ha hecho necesaria la medición de los resultados de la intervención sanitaria, dando lugar a los estudios de medicina basada en la evidencia y, dentro de ellos, a los de calidad de vida relativa a la salud.

El término calidad de vida se refiere al bienestar físico, emocional y social de las personas, así como a Calidad de vida relacionada con la salud la capacidad de las mismas para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana. La calidad de vida relativa a la salud (Health Related Quality of Life, HRQoL) se centra en los aspectos de nuestra vida dominados o influenciados significativamente por la salud personal y en las actividades que realizamos para mantener o mejorar dicha salud. Existen otras definiciones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Algunos la definen como “el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar”.

Otros autores, como Kind, equiparan la CVRS (erróneamente y de manera simplificada) con el concepto de estado de salud (aunque considerado en un sentido amplio). (15)

“El concepto calidad de vida adquiere importancia en la moderna medicina, enfocándola hacia el bien del individuo, sobre qué tipo de vida es posible proporcionar a la condición de persona y si esta condición permitirá tener una vida que merezca la pena “vivirse”.

Debido a que la Calidad de Vida es una percepción única para cada individuo, que refleja los sentimientos íntimos de cada paciente sobre su salud y sobre aspectos médicos y no médicos de su propia vida, la mayoría de las medidas de Calidad de Vida que existen en la literatura parecen ser erróneas o dirigidas hacia objetivos equivocados. La Calidad de Vida sólo puede medirse adecuadamente determinando las opiniones de los pacientes para traducirlas a instrumentos desarrollados por expertos, y así concederles validez y aplicabilidad a la práctica diaria” (16)

Los investigadores con orientación clínica, suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. Por ejemplo:

- Kaplan, define calidad de vida como “el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario”.
- Ferruci , diferencia la incapacidad funcional de la enfermedad. Dice que “para la enfermedad deben emplearse estrategias terapéuticas y para la incapacidad terapias de rehabilitación y de apoyo social”.
- Según Andrews y Witney, "La calidad de vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo".
- Según Pearlman y Uhlmann , “calidad de vida es funcionamiento físico, social, emocional, satisfacción vital y bienestar”. (17)

4.2.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON 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.

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. (18)

Autores como Patrick y Erickson definen la CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumaker y Naughton es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. (14)

En lo que respecta al Terapia Sustitutiva Renal, los pacientes varones, jóvenes, blancos y con mayor nivel de educación tienen mayor CVRS que el resto y también los trasplantados en relación a los que se dializan, siendo la evidencia contradictoria entre los de diálisis peritoneal y hemodiálisis. La CVRS, como en la población general, empeora con la edad. No obstante, en algún estudio hasta un 70% de los pacientes añosos tienen igual CVRS que la de los jóvenes, aunque otros estudios rebajan este porcentaje. Nosotros hemos encontrado que los pacientes añosos tienen menor pérdida de salud percibida (CVRS) en relación a los sanos de su edad que los menores de 65 años respecto a los de su edad.

Existe evidencia sobre cómo la CVRS de los pacientes en TSR es un factor pronóstico de supervivencia, como ésta y la CVRS vienen condicionadas por las enfermedades concomitantes y cómo la corrección de la anemia con eritropoyetina mejora la CVRS (3)

4.2.4. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

La CVRS es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y la situación del paciente, a las que denominamos dimensiones. Por tanto, la CVRS es un concepto multidimensional. Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente. A continuación se

describen las dimensiones utilizadas más frecuentemente en la investigación sobre CVRS.

4.2.4.1. **Dimensión física**

Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.

4.2.4.2. **Estado emocional**

Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones y la meta preocupación

4.2.4.3. **Dimensión Dolor**

Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana.

Aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión “funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado, por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción del dolor y la tolerancia al mismo.

4.2.4.4. **Dimensión Psicológica**

Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión.

También recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.

4.2.4.5. **Dimensión Social**

Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.

4.2.4.6. **Percepción General De La Salud**

Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud. Es una dimensión fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud. Esta dimensión suele correlacionarse con las anteriores.

4.2.5. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA

Dentro de los factores que influyen en la calidad de vida, se pueden mencionar:

- La independencia funcional. El grado de funcionalidad física, psíquica y económica. La persona independiente tiene mayor calidad de vida, que aquella que depende de su familia y/o de la sociedad.
- La vida en su casa, con los suyos, con su pareja. La pérdida de un miembro de la pareja tiene una repercusión negativa en la calidad de vida.
- La relación familiar, social. La soledad objetiva o subjetiva es un factor negativo en la calidad de vida. (19)

La evaluación de la CV debe basarse en una amplia serie de criterios y no en un solo aspecto como puede ser el dolor. Cuando lo haya, la CV se evaluará estudiando el impacto de ese dolor en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual del individuo, en vez de centrar su atención exclusivamente en el dolor en sí.

Las mediciones de la CV utilizadas son obtenidas a partir de la interpretación de respuestas de personas, a cuestionarios estándar. Así la medida de la CV de las personas descansa en los juicios de ellos mismos sobre su estado de salud. Se les pide que digan en qué medida están satisfechos de su salud, o de la vida que llevan, y en qué medida su vida ha sido transformada por la enfermedad y por las intervenciones médicas aplicadas. Estos métodos no tienen como objetivo medir directamente entidades tan amplias como salud o satisfacción de los enfermos, sino solamente cuantificar algunos de sus atributos característicos, explorados por grupos de preguntas llamadas dimensiones (salud física y mental, actividad social, sueño, dolor, autoestima, etc).

La CV es directamente proporcional a la satisfacción de sus necesidades, principalmente las primarias, afirma Abraham Maslow (1908 – 1970) psicólogo estadounidense, quien desarrolló una teoría que muestra una clasificación ordenada en una escala de necesidades humanas donde a medida que se satisface un grupo de necesidades, el siguiente se vuelve dominante. Ésta sin duda es una perspectiva que nos explica la manera en que los hombres acceden a lo largo de su vida a ascender en la búsqueda de enriquecer la CV. Su teoría explica que los primeros dos niveles de necesidades se consideran primarios o de orden inferior y los otros tres niveles se consideran secundarios o de orden superior, ya que no adquieren importancia para el individuo hasta que puede aspirar a satisfactores internos de naturaleza psicológica.

No obstante Maslow presenta este orden de prioridad, considerado como el orden normal o lógico, en diferentes etapas de nuestra vida y ante determinadas circunstancias, el orden puede variar, es más, existen casos de personas que antepone a necesidades fisiológicas, las de autorrealización, pero esto no sucede en la mayoría de los individuos y al suceder el tiempo con que se dan no puede prolongarse demasiado, pues atentarían contra la naturaleza y supervivencia humana.

Los niveles que Maslow postula son los siguientes desde los más a los menos básicos:

- ✓ Necesidades fisiológicas
- ✓ Necesidades de seguridad
- ✓ Necesidades sociales
- ✓ Necesidades de estima
- ✓ Necesidades de autorrealización

La CV se verá favorecida en la medida a como éstas sean satisfechas. Un acercamiento a la realidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica nos permitiría tener una mejor idea acerca de sus necesidades.

4.2.6. CUESTIONARIO SF_36

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el estudio de los resultados médicos (Medical Outcomes Study) (MOS) creado por Ware y Sherbourne en 1992. Detecta tanto estados positivos como negativos de salud, analizando la salud física y mental. El cuestionario

SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

4.2.6.1. **Área del estado funcional**

4.2.6.1.1. **Función física.**- mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.

4.2.6.1.2. **Rol físico.**- valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

4.2.6.1.3. **Rol emocional.**- valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

4.2.6.1.4. **Función social.**- mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

4.2.6.2. **Área del estado bienestar**

4.2.6.2.1. **vitalidad.**- cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.

4.2.6.2.2. **salud mental.**- Salud Mental: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

4.2.6.2.3. **Dolor corporal** .- valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta

4.2.6.3. **Percepción de la salud general.**- proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

4.2.6.4. **Cambio de salud en el tiempo.**- comprende cómo ha variado o se ha alterado la salud en un determinado periodo comparada con la de hace un año atrás (20,21)

4.3. CALIDAD DE VIDA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) o enfermedad renal terminal, es un problema de salud que implica el deterioro progresivo e irreversible del 90-95% de la función renal, siendo preciso instaurar tratamiento sustitutivo con Diálisis o Trasplante para mantener la vida de los pacientes.

Con todas las complicaciones que trae este problema de salud el destino de estas personas si no son tratadas, es tarde o temprano la muerte. Este destino ha cambiado en forma espectacular con el advenimiento de los procedimientos de sustitución de la función renal mediante la Diálisis y el Trasplante Renal. Ambos tratamientos son complementarios, de manera que un paciente en Diálisis Crónica puede ser candidato a un trasplante y por otro lado, frente a un fracaso del trasplante, el paciente puede retornar a un programa de diálisis.

La terapia de diálisis se utiliza en medicina como un método de depuración extrarrenal en las situaciones de uremia aguda y crónica. En la práctica clínica existen dos tipos de diálisis según la membrana semipermeable utilizada. La Diálisis Peritoneal que utiliza el peritoneo (membrana natural); mientras que la diálisis con riñón artificial o Hemodiálisis, emplea dializadores fabricados por la industria con membranas artificiales (acetato de celulosa y otras).

Con respecto a la Hemodiálisis (HD), el riñón artificial fue introducido por primera vez en clínica por Kolff y Berk en 1942, para tratar la Insuficiencia Renal Aguda.

En 1960, gracias al desarrollo de los accesos vasculares (cánula arterio-venosa y luego fístula interna) se inició la Diálisis de mantención en pacientes crónicos. Para realizar este procedimiento se requiere que los pacientes posean un acceso vascular. Desde la arteria sale la sangre hacia la máquina donde se realiza el proceso de HD y regresa luego por la vena del paciente; también es necesario para la depuración de la sangre, un filtro de HD con líneas arteriales y venosas; líquido de diálisis que debe ser preparado con agua tratada con bajo contenido en solutos y bacterias al que se agrega, cantidades similares de aniones y cationes a los que se encuentran en la sangre además de la máquina de HD.

La HD con riñón artificial no ha podido corregir todos los problemas de la Insuficiencia Renal Crónica. La depuración de “toxinas urémicas” y la

ultrafiltración son suficientes para mantener una Calidad de Vida adecuada, incluso con capacidad de trabajo, pero hay funciones metabólicas y endocrinas del riñón que no puede sustituir la hemodiálisis.

La esperanza de vida de los pacientes ha mejorado notablemente con los procedimientos de Diálisis y Trasplante Renal. Sin embargo, la IRCT es una condición que amenaza la vida seriamente, con morbilidad y mortalidad elevadas.

Las personas sometidas a hemodiálisis crónica están preocupadas porque su estado médico es imprevisible y sus vidas están perturbadas. Es frecuente que tengan problemas económicos, dificultades para conservar su trabajo, disminución del deseo sexual e impotencia, depresión por llevar la vida de enfermos crónicos y temor a la muerte. Si se trata de un sujeto joven le preocupara el matrimonio, tener hijos y la carga que puede presentar su trastorno para la familia. El estilo de vida reglamentado que se precisa a causa de la diálisis frecuente y la restricción en el consumo de líquidos y alimentos suele ser desmoralizante para el paciente y su familia.

La diálisis impone modificaciones en el estilo de vida familiar. El tiempo que debe dedicarse a ella (dos a tres veces a la semana durante 3 a 4 horas aproximadamente) reduce las actividades sociales y puede originar conflictos, frustración, sensaciones de culpabilidad y depresión en la familia. Es frecuente que familiares y amigos consideren al enfermo como una “persona marginal”, con esperanza de vida limitada. También suele ser difícil que el paciente, cónyuge y familia expresen la ira y otros sentimientos negativos. Si bien son normales en esta situación, estos sentimientos con frecuencia son profundos y abrumadores, de manera que se requiere asesoría y psicoterapia.

Todos estos factores, derivados de la condición patológica del paciente como la implicancia que tiene en su estado psicológico y social, repercuten directamente en la calidad de vida de éstos. (3)

El impacto de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se pone de relieve al considerar cómo influye la enfermedad en la “calidad de vida” de los enfermos. Este término comienza a emplearse en la literatura médica en los años 70 (Bech, 1992) para designar el bienestar general de los sujetos en todas las

áreas de su vida. Pese a que hoy es un concepto ampliamente extendido todavía no se ha propuesto una definición consensuada. (22)

Cuando se aplica a enfermos renales parece equipararse con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: “el grado de bienestar a nivel físico, emocional y social” (World Health Organization, 1958).

Evans (1990) llevó a cabo una revisión exhaustiva sobre 300 publicaciones relativas a la “calidad de vida” de los pacientes renales, llegando a aislar hasta 40 indicadores utilizados para evaluar este concepto, y que podrían agruparse en las siguientes categorías generales: físicos, cognitivos, de actividad, emocionales, psicopatológicos y sociales. Cada uno de estos grupos físicos: tolerancia al ejercicio, síntomas, vitalidad, fatiga, funcionamiento sexual y motor, sueño, rehabilitación, dolor, apariencia física y apetito; cognitivos: percepción de salud, imagen personal y corporal, crecimiento y desarrollo personal, habilidades cognitivas, agudeza y funcionamiento mental; de actividad: limitación en las actividades, vuelta al trabajo, búsqueda de actividades recreativas, restricciones dietéticas, progresos académicos, autocuidados, cuidado del hogar y tiempo de ocio; emocionales: seguridad, bienestar, autoestima, ira, satisfacción en general, satisfacción con la salud, con la vida sexual y con las relaciones sociales y familiares; psicopatológicos: síntomas psicóticos, ansiedad y depresión; sociales: vida familiar, vida social y relaciones familiares.

Esta relación ilustra la amplitud y vaguedad del término, al tiempo que apoya la noción de que el concepto de calidad de vida hace referencia al funcionamiento general del sujeto y al grado de bienestar personal entendido en un sentido amplio: físico, psicológico, laboral, social.

Las variables que se incluyen en el concepto de “calidad de vida” y los instrumentos que se utilizan para su evaluación dependen del criterio de cada autor

Esta afirmación la corroboraron los resultados de Deniston et al. (1989), quienes aplicaron 19 escalas que, según sus autores, evaluaban “calidad de vida”, a una muestra de 742 personas con IRC. Después de controlar un gran número de variables contaminadoras, tales como el sexo, la edad, la raza, etc, obtuvieron como resultado correlaciones muy bajas entre las escalas. En

general, destaca la variedad de instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, muchos de ellos diseñados de modo específico para una investigación y sin aplicarse posteriormente en otras que replicaran su metodología. (23)

La Enfermedad Crónica Renal Terminal es por sus características una situación de gran impacto en la Calidad de Vida. Ya en estadios precoces se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria; los tratamientos sustitutivos como la Hemodiálisis o la Diálisis Peritoneal corrigen sólo parcialmente la enfermedad y además introducen cambios sustanciales en el estilo de vida. El trasplante restablece la función renal, pero introduce patologías en relación con la inmunosupresión. La ECRT afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente, ya que al ingresar en los programas de terapia de reemplazo renal (TSR) están obligados a someterse a un estricto tratamiento, modificando su vida social. Las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, la pérdida de esperanzas de trasplante y en muchos casos el abandono familiar, afectan notablemente al paciente y disminuyen su colaboración, lo que conduce a conductas negativas frente a la diálisis.

“Las características de los pacientes en diálisis han cambiado en los últimos 10 años: edad avanzada y gran comorbilidad. En muchos casos, a lo largo de su vida, pasan por distintas modalidades terapéuticas. La importancia de incluir indicadores de calidad de vida en el control clínico de los enfermos se da por la estrecha relación entre Calidad de Vida, morbilidad y mortalidad, apareciendo muchos factores comunes al analizar estos tres parámetros”.

“La ECRT se asocia invariablemente con disminución de la Calidad de Vida, aumento y frecuencia de los síntomas y distrés psicológico, correlacionándose la magnitud de esos síntomas con el filtrado glomerular” (24,25)

5. MATERIALES Y METODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Transversal y Prospectivo.

2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la unidad de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora ubicado en la parroquia sucre de la ciudad de Loja

3. UNIVERSO

66 pacientes con Insuficiencia renal crónica del Hospital Regional Isidro Ayora

4. MUESTRA: la muestra estuvo conformada por 62 pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.

4.1. Criterios de Inclusión:

- ▶ Pacientes que registran más de tres meses en tratamiento con Hemodiálisis
- ▶ Pacientes sin deterioro psicorgánico o alteración psiquiátrica de base.
- ▶ Pacientes sin enfermedades que imposibiliten comunicarse verbalmente y sin hipoacusia
- ▶ Pacientes que estén dispuestos a participar en la investigación y que firmen el consentimiento informado(anexo 4)

4.2. Criterios de Exclusión:

- ▶ Pacientes que registran menos de tres meses en tratamiento con Hemodiálisis
- ▶ Pacientes con deterioro psicorgánico con alteración psiquiátrica de base.
- ▶ Pacientes con enfermedad que lo imposibilite comunicarse verbalmente y con hipoacusia.
- ▶ Pacientes que no que estén dispuestos a participar en la investigación y que no firmen el consentimiento informado

5. MÉTODO: el método aplicado en esta investigación es el método Deductivo: porque se presentó principios y definiciones de las cuales para extraer conclusiones

El método de recopilación de información fue directo, por medio de una encuesta que se aplicó durante una entrevista personal que se realizó a cada paciente en el centro de hemodiálisis.

6. **TÉCNICAS:** para la recolección de la información se utilizó:

La entrevista personal donde se aplicó un instrumento de dos parámetros: el Cuestionario de Datos Personales (anexo 1) y el Cuestionario de Salud SF-36(anexo 2).

El Cuestionario de Datos Personales permitió caracterizar a la población ya que consta de 9 preguntas cerradas: género, edad, escolaridad, procedencia, patologías asociadas, tiempo en hemodiálisis, estado civil, redes de Apoyo familiar

El Cuestionario de Salud SF-36 (HealthSurvey SF-36), creado por el doctor John Ware y traducido al español por Alonso y cols. (1995). Lo que pretende medir es el concepto o constructo de Calidad de Vida que se evalúa indirectamente mediante un sistema de indicadores del Estado de Salud. Fue desarrollado para su uso en el estudio de los resultados médicos (“Medical OutcomesStudy” (MOS), Ware, 1992). Proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas con mayor potencial de uso en la evaluación de los resultados clínicos. Es aplicable tanto para la población general como para pacientes en estudios descriptivos y de evaluación.

Este instrumento de salud fue validado en un estudio llevado a cabo con 321 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en España. Los pacientes fueron evaluados clínicamente por un especialista. Se administró junto con otros cuestionarios, incluyendo la Escala Análoga Visual sobre la severidad de la disnea padecida. La versión española del cuestionario de salud SF-36 mostró también aquí un alto nivel de consistencia interna para todas las dimensiones exceptuando la Función Social.

La confiabilidad de este instrumento se comprobó en 50 pacientes con Enfermedad Coronaria estable, reclutados de manera consecutiva durante una visita de control a las consultas externas de Cardiología de un hospital terciario. Transcurridas dos semanas, los pacientes completaron de nuevo el cuestionario. Los valores de los coeficientes de confiabilidad estimados

mediante el coeficiente alfa de Cronbach en ambas administraciones fueron similares.

Este instrumento contiene 36 ítems distribuida en 8 dimensiones y que cubren principalmente dos áreas:

1. Componente de salud física , representado por las dimensiones:

Función Física: grado en que la salud, limita las actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos etc. (10 ítems).

Rol Físico grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado. (4 ítems)

Dolor: Dolor Corporal (DC): la intensidad del dolor y su efecto. (2 ítems)

Evaluación General de la Salud: que incluye la dimensión de la Percepción de la Salud General: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro o cambio de la Salud en el Tiempo y la resistencia a enfermar. (6 ítems).

2. Componente de salud mental , incluye las dimensiones de:

Función Social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social. (2 ítems).

Salud Mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar. (5 ítems).

Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. (4 ítems)

Rol Emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo. (3 ítems)

Las puntuaciones de cada una de las 8 dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0 y 100. Siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo.

Los ítems y las dimensiones de este instrumento están puntuados de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Este no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, una es Componente de salud física y el Componente de salud mental (26)

Al cuestionario se le adicionó una pregunta cerrada acerca de la Percepción de la Calidad de Vida, para obtener una dimensión global de ésta, ya que el cuestionario de salud SF-36 no lo entrega, la cual será considerada para el cruce de variables.

7. PROCEDIMIENTO

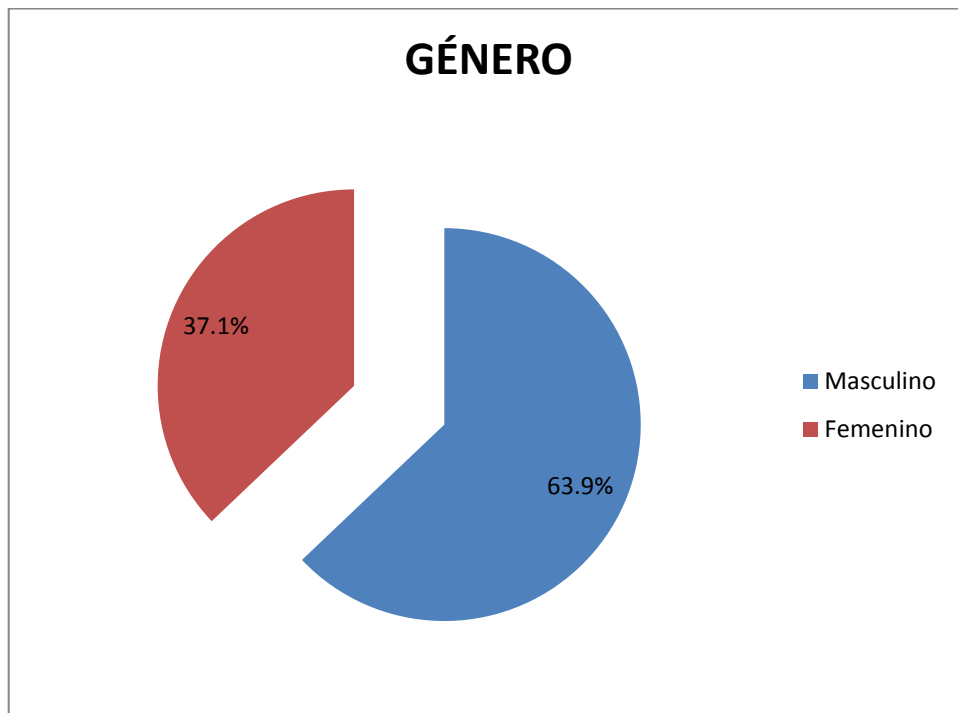
Se pidió autorización al director asistencial del Hospital Regional Isidro Ayora , luego al jefe de la unidad de hemodiálisis y posteriormente el consentimiento informado(anexo 4) correspondiente a cada uno de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis incluidos en la muestra se realizó la entrevista personal donde se aplicó un instrumento de dos parámetros: el Cuestionario de Datos Personales (anexo 1) y el Cuestionario de Salud SF-36(anexo 2) se realizó a cada paciente en el centro de hemodiálisis durante la espera o salida de su horario de tratamiento dialítico. El tiempo promedio empleado para la aplicación de los cuestionarios fue de aproximadamente 15 a 20 minutos por paciente.

8. PLAN DE ANÁLISIS

Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico de Microsoft Excel y sus resultados se presentan en tablas y gráficos

6. RESULTADOS

Gráfico N°:1 Distribución porcentual según el género de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

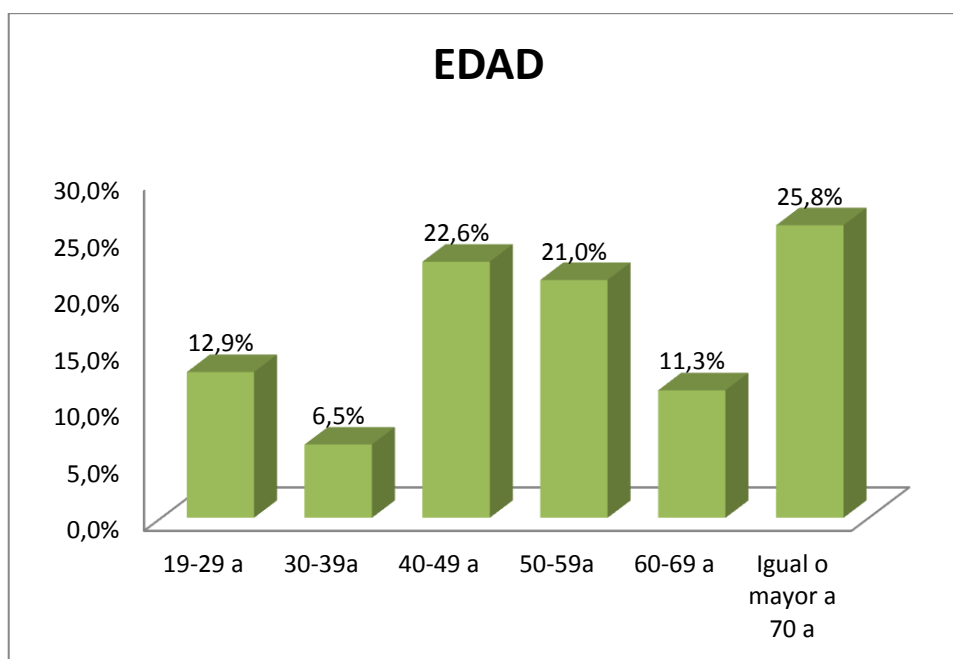


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: en la gráfica anterior se puede observar que la mayoría el 62.9% de los pacientes son hombres y el 37.1 % son mujeres.

Gráfico N°:2 Distribución porcentual según la edad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

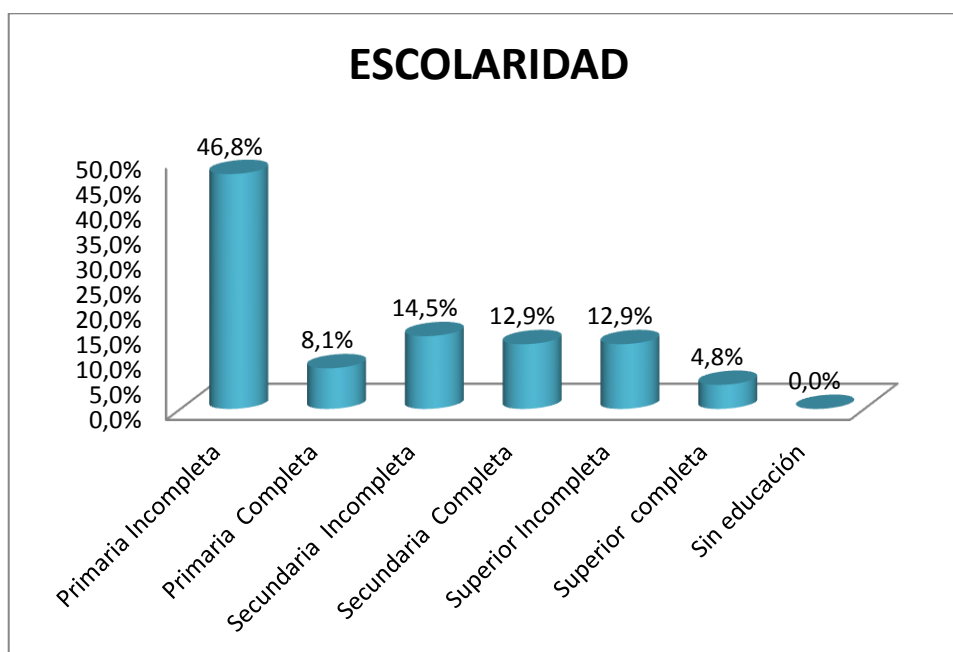


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar que el mayor porcentaje en cuanto a la edad de los pacientes es igual o mayor a 70 años con un 25.8%, seguido de los pacientes que tienen entre 40 a 49 años con un 22.6%

Gráfico N°:3 Distribución porcentual según la escolaridad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

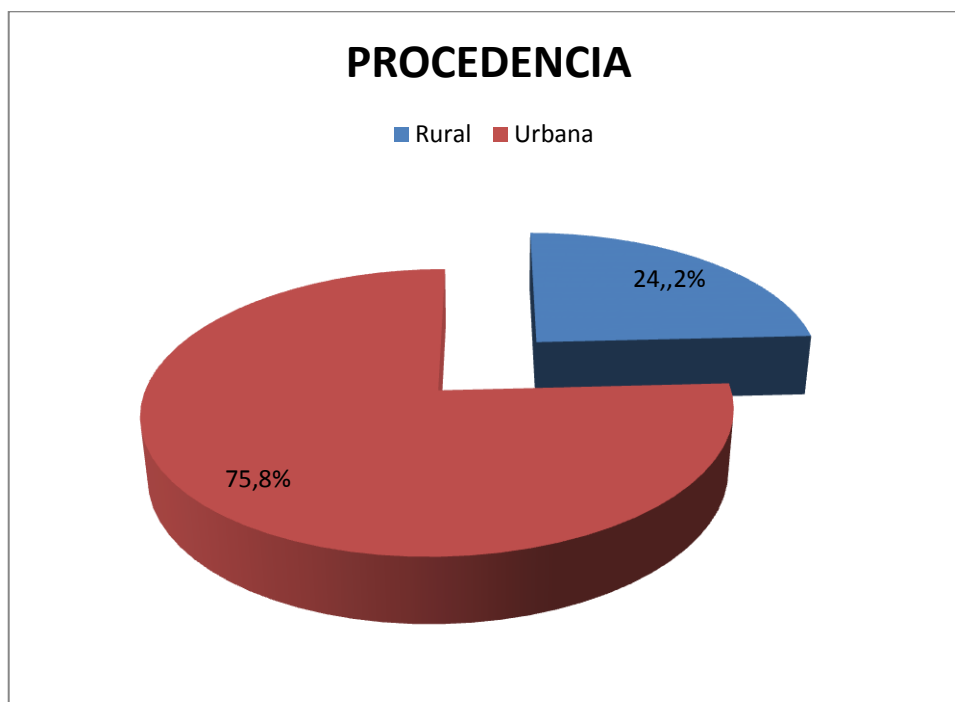


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: en la gráfica anterior se observa que la mayoría de los pacientes el 46.8% han estudiado la primaria incompleta, solo una minoría tienen estudios de nivel superior.

Gráfico N°:4 Distribución porcentual según la procedencia de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013



Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: en la gráfica anterior se puede observar que un 75.8% viven en un sector urbano y solo el 24.2% viven en el sector rural.

Tabla N°:5 Distribución porcentual de los hombres según la ocupación de los pacientes Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Agricultor | 3 | 7,7% |
| Abogado | 1 | 2,6% |
| Comerciante | 4 | 10,3% |
| Chofer | 2 | 5,1% |
| Carpintero | 1 | 2,6% |
| Estudiante | 2 | 5,1% |
| Jubilado | 2 | 5,1% |
| Mecánico | 3 | 7,7% |
| Otro | 2 | 5,1% |
| No trabaja | 19 | 48,7% |
| Total | 39 | 100,0% |

Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: en la gráfica anterior se puede observar que la mayoría de los pacientes un 48,7% de los hombres no se dedican a ninguna trabajo, mientras que un mínimo porcentaje son jubilados y realizan otras actividades.

Tabla N°:6 Distribución porcentual de las mujeres según la ocupación de los pacientes Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

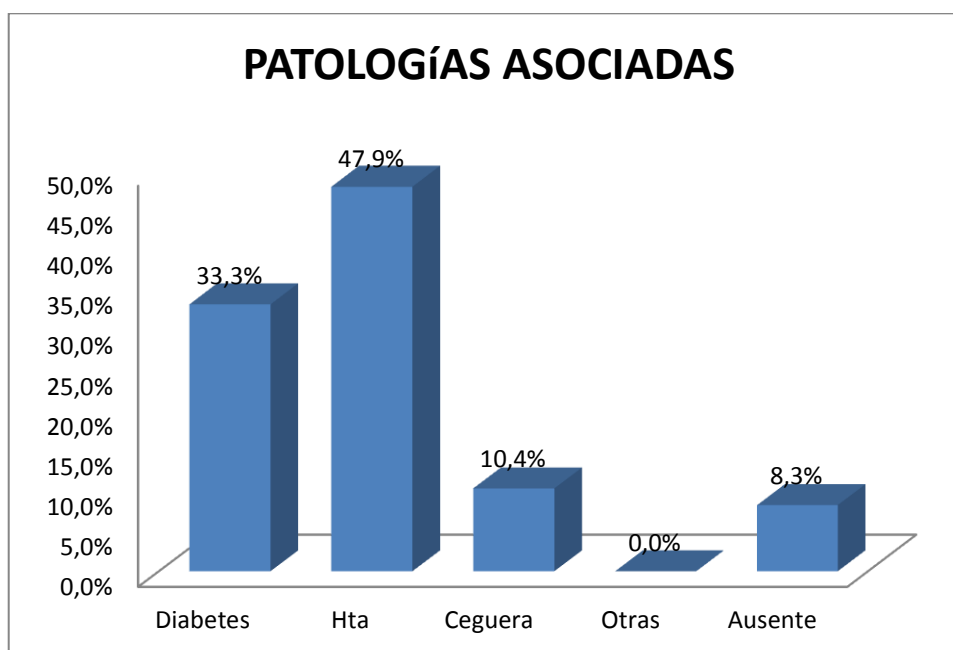
| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Quehaceres domésticos | 6 | 26,1% |
| Jubilada | 1 | 4,3% |
| otras actividades | 3 | 13,0% |
| No trabajan | 13 | 56,5% |
| Total | 23 | 100,0% |

Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: en la gráfica anterior se puede observar que el 56,5% de las mujeres no trabajan, y un 26,1% realizan quehaceres domésticos y solo un 4.3% son jubiladas.

Gráfico N°:7 Distribución porcentual según las patologías asociadas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

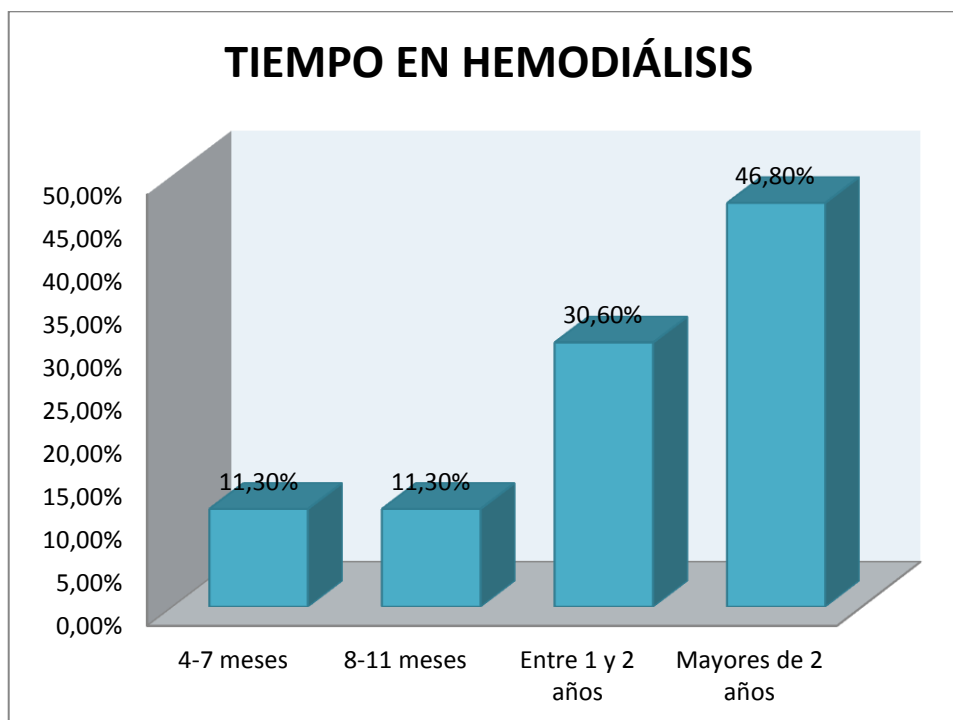


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: en la gráfica anterior se puede observar que la patología predominantemente asociada es la HTA con un 47.9% seguido de la diabetes en un 33.3%.

Gráfico N°:8 Distribución porcentual según el tiempo en hemodiálisis de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

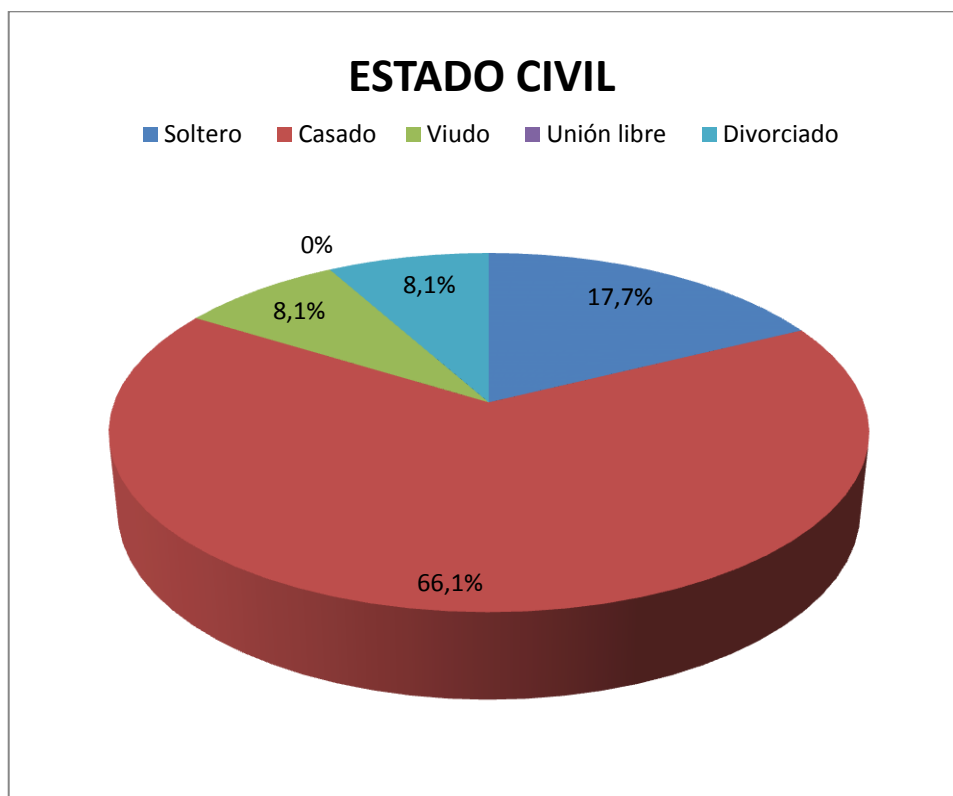


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación en la gráfica anterior se puede observar que un 46.8% tienen un tiempo mayor a dos años en el tratamiento, un 30.6% tiene un tiempo entre 1 y 2 años y un 11.3% los pacientes tienen entre 4 a 11 meses en el tratamiento.

Gráfico N°:9 Distribución porcentual según el estado civil de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

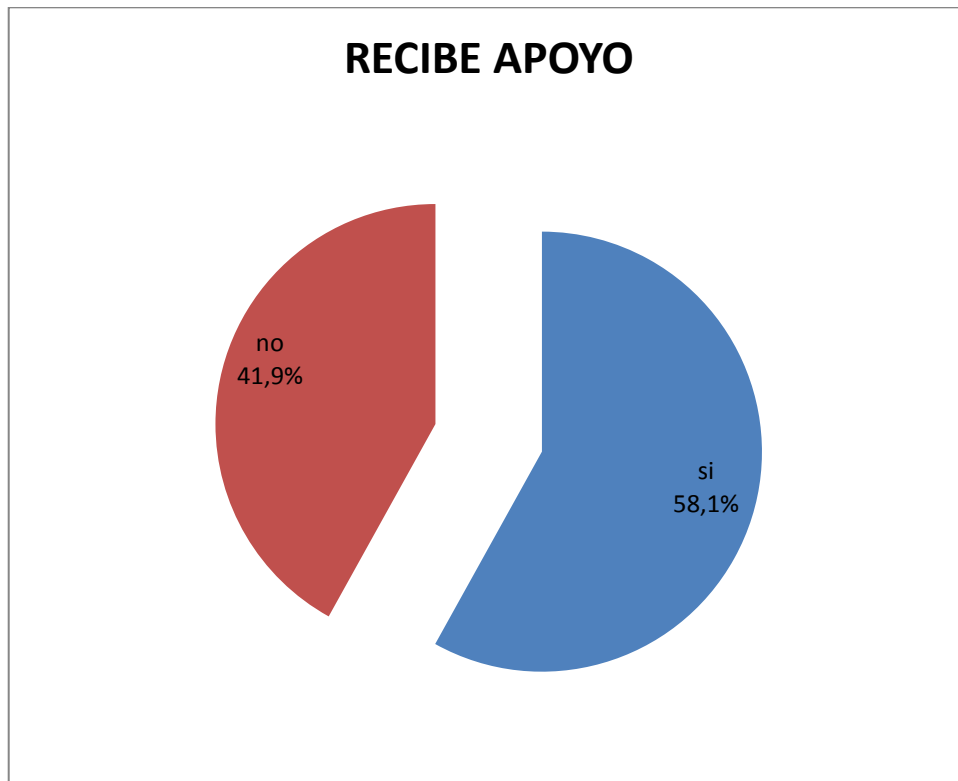


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: en la gráfica anterior se puede observar que un 66.1% están casados, seguidos de los pacientes solteros con un 17.7% y un 8.1% de los pacientes son viudos y divorciados.

Gráfico N°:10 Distribución porcentual según si recibe red de apoyo los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

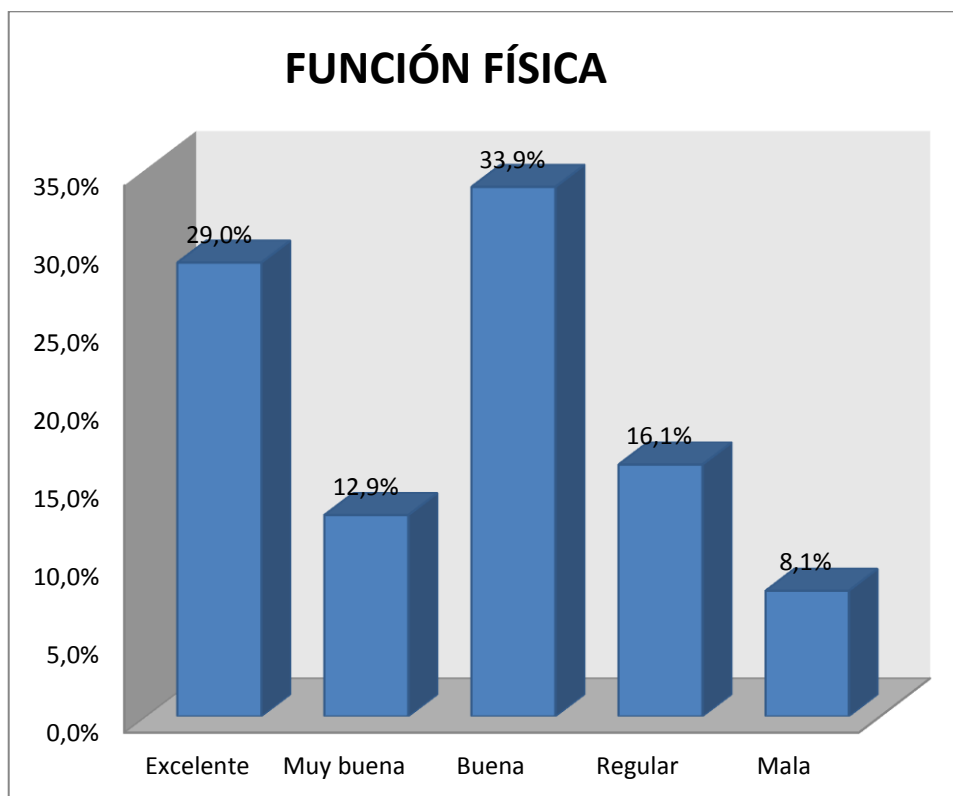


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: en la gráfica anterior se puede observar que la mayoría un 58.1% de los pacientes estudiados si reciben apoyo y solo el 41.9% no reciben ningún tipo de apoyo.

Gráfico N°:11 Distribución porcentual según la función física de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

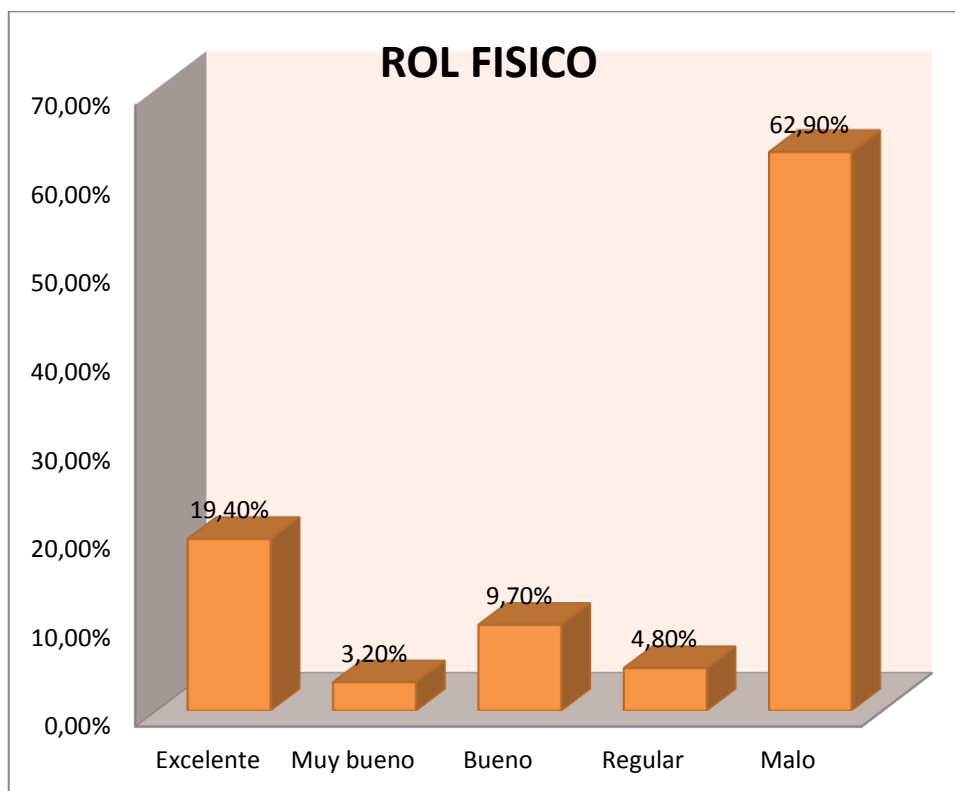


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: en la gráfica anterior se puede observar que el 33,9% percibe a su función física como buena, un 29,0% como excelente y solo un 8,1% como mala.

Gráfico N°:12 Distribución porcentual según el rol físico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

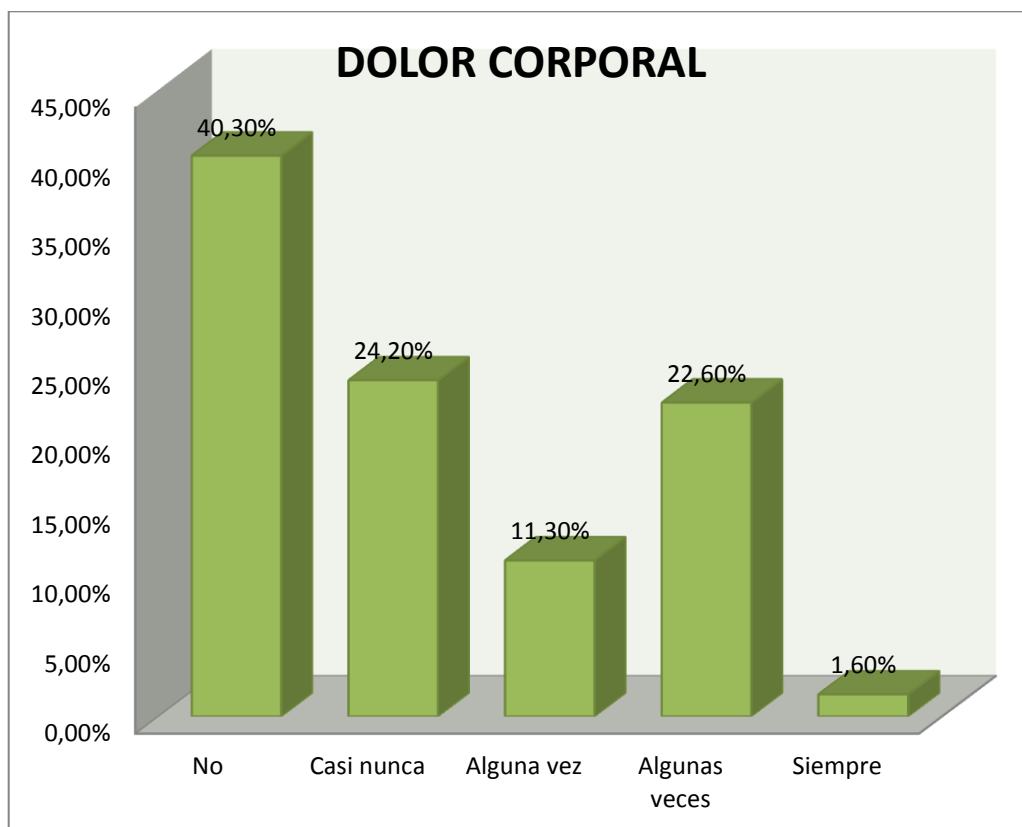


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar que un 62.9% percibe el rol físico como malo, el 19,4% como excelente y solo el 9,7 % como bueno

Gráfico N°:13 Distribución porcentual según el dolor corporal de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

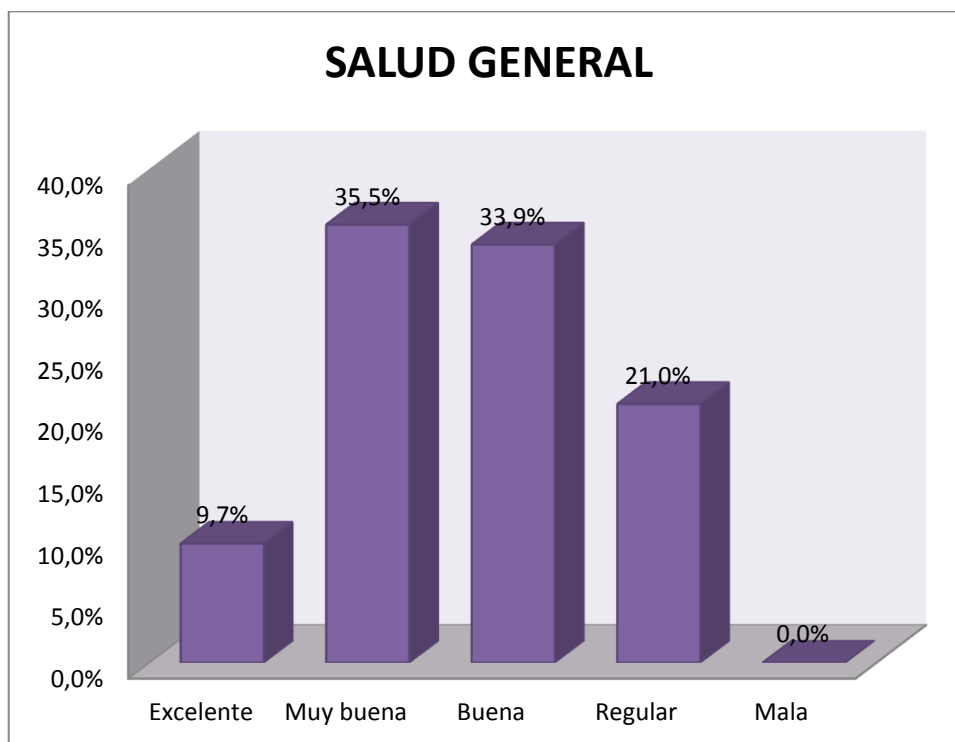


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar que el 40,3% no ha tenido dolor corporal, el 24,2% casi nunca ha presentado dolor, y el 1,6% siempre han presentado dolor corporal.

Gráfico 14 Distribución porcentual según la salud general de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

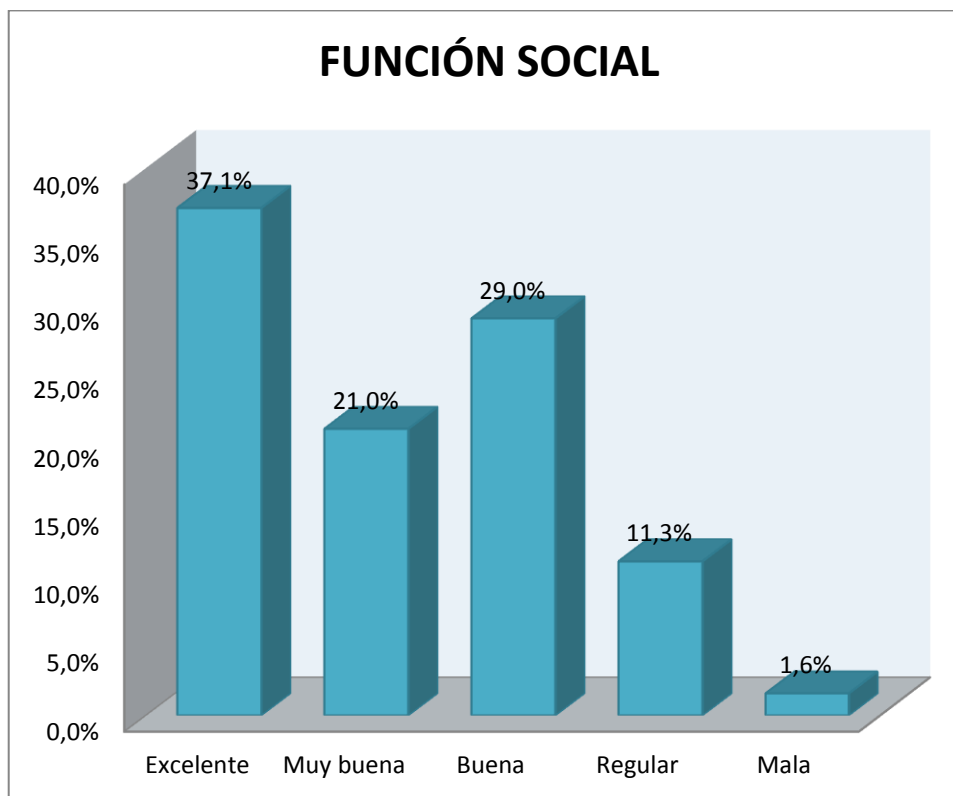


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar que el 35,5% a 33,9% percibe a su salud general como buena y muy buena y solo el 9,7% como excelente.

Gráfico N°:15 Distribución Porcentual Según La Función Social de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

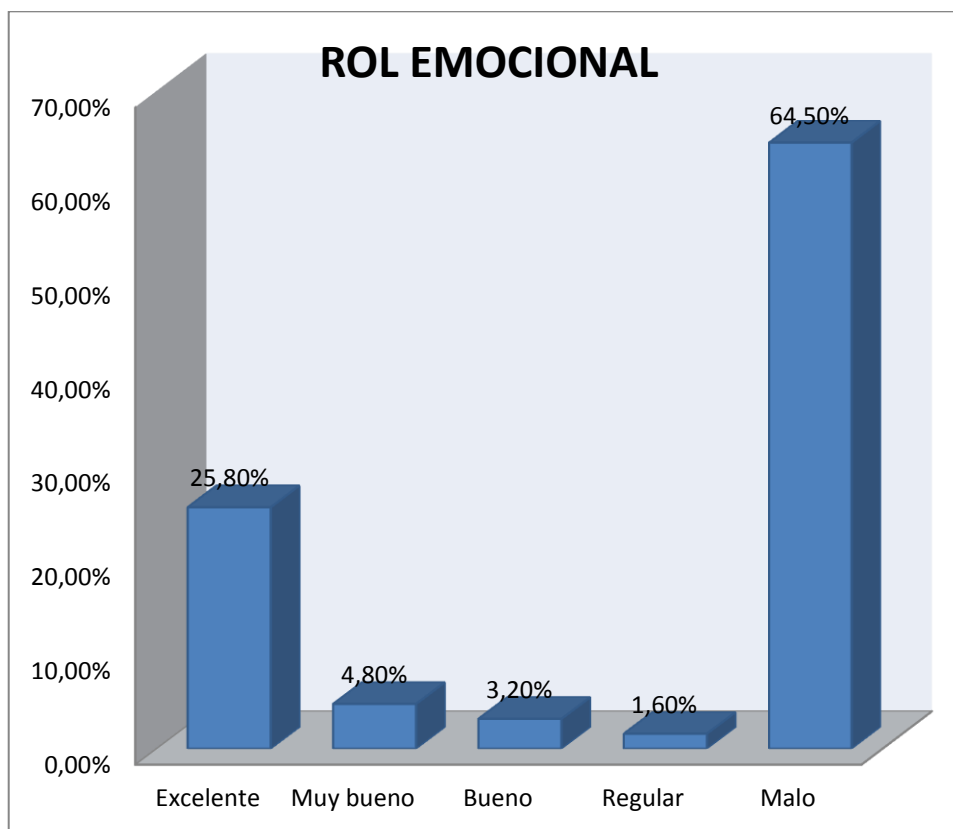


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar el 37,1% perciben a su función social como excelente, el 29,0% como buena, y solo el 1,6% como mala.

Gráfico N°:16 Distribución porcentual según el rol emocional de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

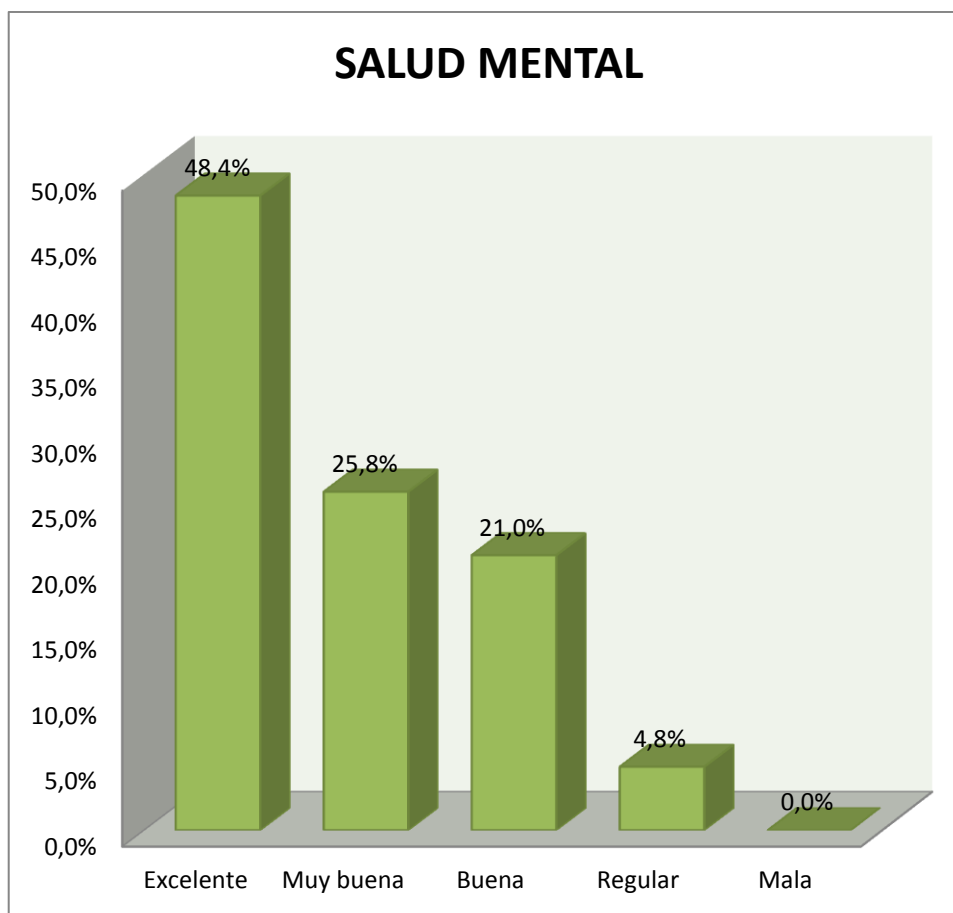


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar que el 64,5% perciben a su rol emocional como malo y solo un 25,8% como excelente.

Gráfico N°:17 Distribución porcentual según la salud mental de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

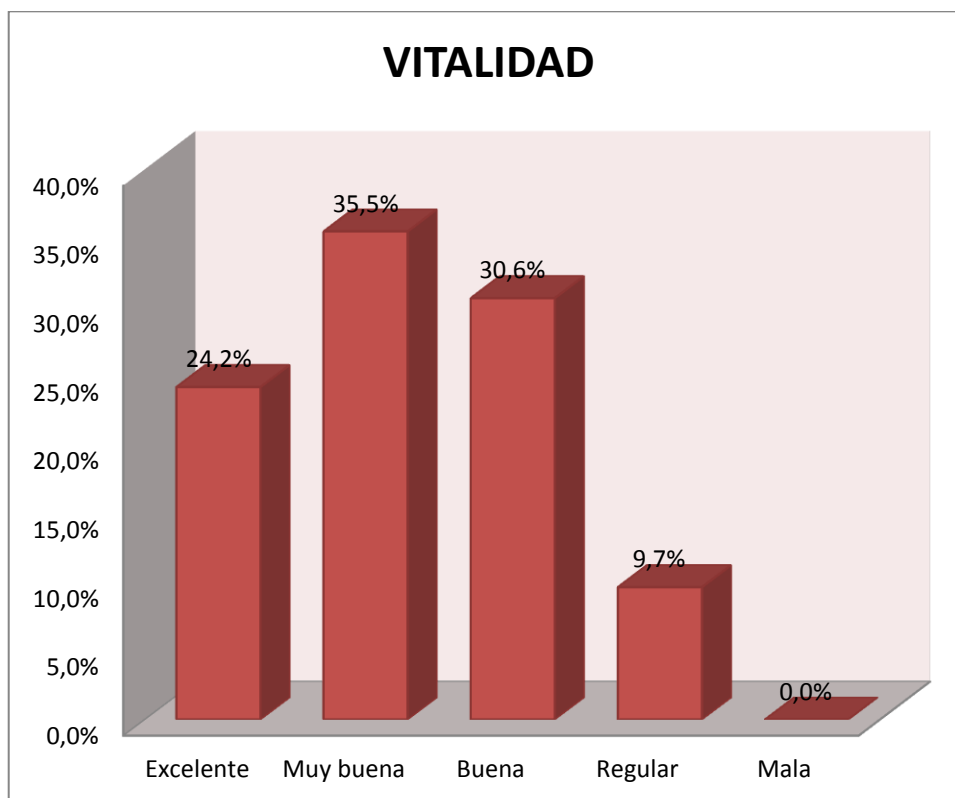


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar que el 48,4 % perciben a su salud mental como excelente, el 25,8% como muy buena, el 21,0% como buena y el 4,8% como regular.

Gráfico N°:18 Distribución porcentual según la vitalidad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

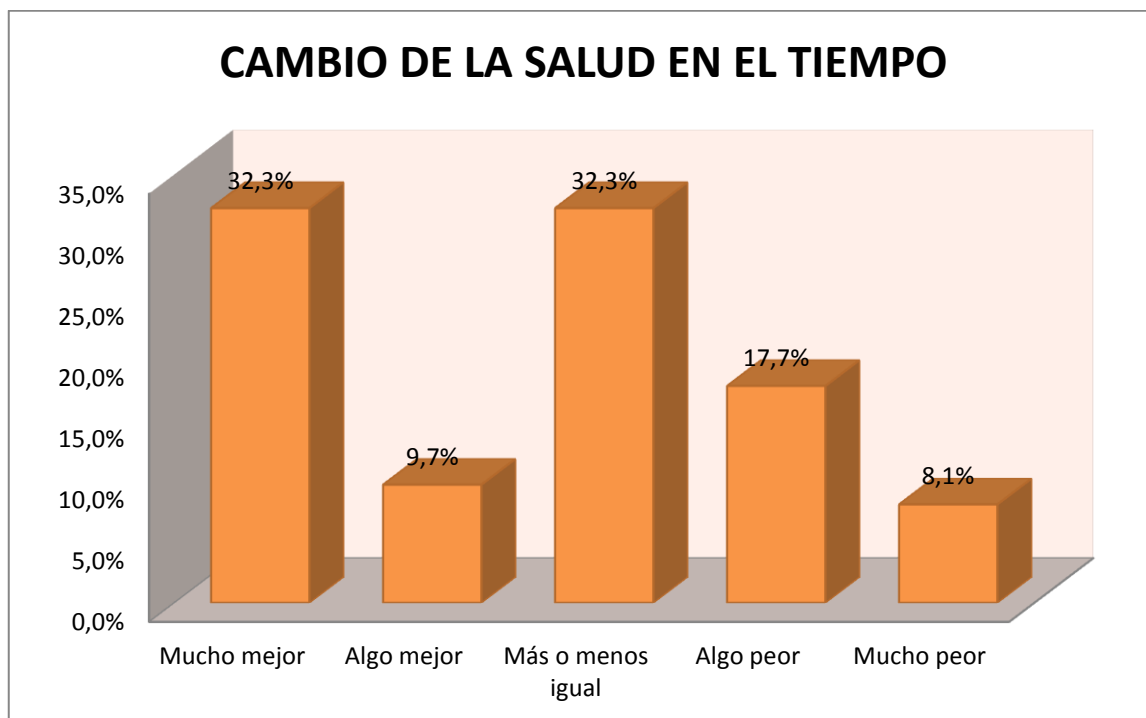


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar el 35,5% perciben su vitalidad como muy buena, el 30,6% como buena y el 9,7% como regular.

Gráfico N°:19 Distribución porcentual según el cambio de salud en tiempo de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

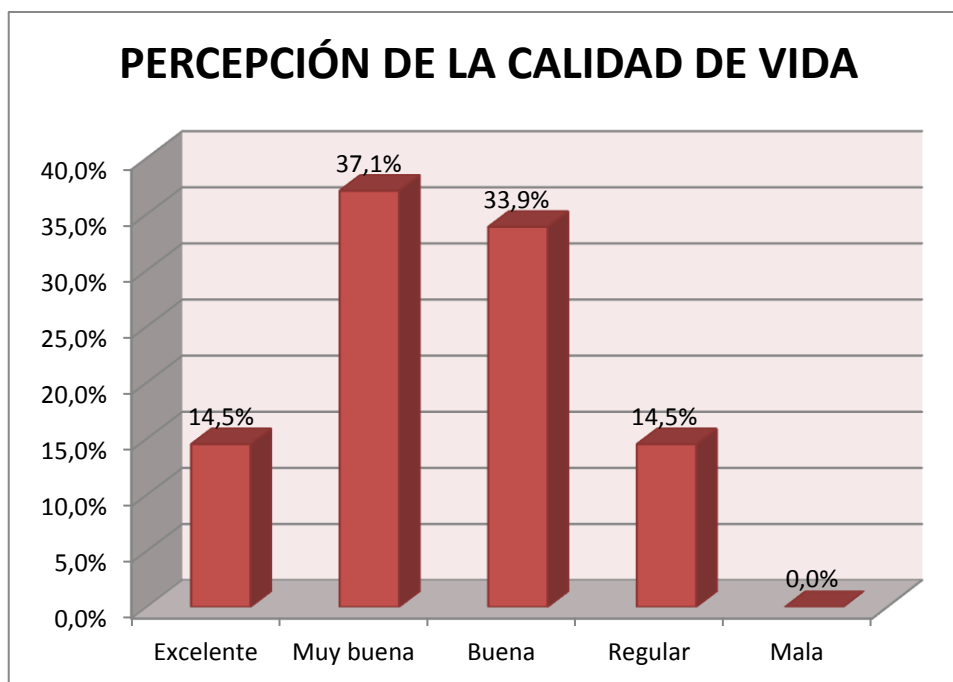


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar que, el 32,3% consideran que su salud actual es mucho mejor y más o menos igual que la comparada hace un año, el 17,7% algo peor, el 9,7% algo mejor y el 8,1% mucho peor

Gráfico N°:20 Distribución porcentual según la percepción de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja desde marzo a agosto del 2013

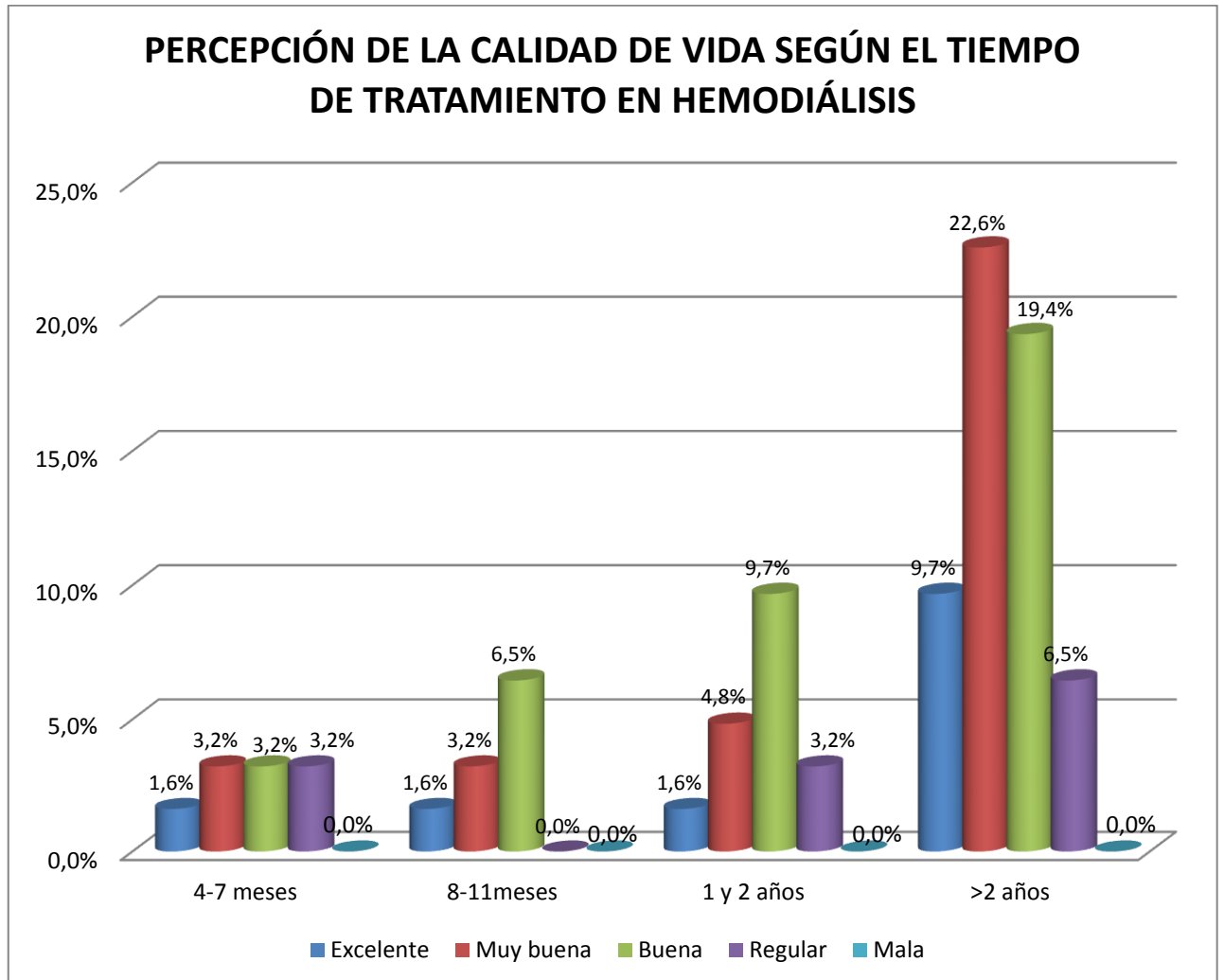


Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar que el 37,1% percibe a su calidad de vida como muy buena el 33,9% como buena y el 14,5% como excelente y regular.

Gráfico N°:21 Distribución porcentual de la calidad de vida y el tiempo en hemodiálisis de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora



Fuente: Cuestionario de salud SF-36

Autora: Verónica Bertha Sarango Varzallo

Interpretación: En la gráfica anterior se puede observar que la mayoría de los pacientes tienen más de 2 años en tratamiento a su vez estos consideran que su salud es muy buena y buena.

7. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en la población estudiada, el sexo que prevalece, es el masculino con 62,9% y el femenino con 37,1%, la edad que predomina es de igual o mayor de 70 años con un 25,8%, el 46,8% han estudiado solo la primaria incompleta, un 75,8% viven en el sector urbano solo el 24,2% viven en el sector rural, un 48,7% de los hombres y un 56,5% de las mujeres no trabajan, el 66,1% están casados, un 58,1% si reciben apoyo, las patologías asociadas en un 47,9% fue la HTA finalmente un 46,8% tienen tiempo un tiempo mayor a dos años en el tratamiento de hemodiálisis.

Esto está en similitud con el estudio realizado en Chile en el 2006 de Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis en donde respecto a la edad, la mayoría (81,7%), se encontró en el rango de edad de 50 a >70 años, el (54,5%), fue de género femenino y sólo un 27,2% masculino, él (58%), tuvo educación básica incompleta, la procedencia de la mayoría en un 59% fue urbano, y un menor porcentaje rural, las patologías crónicas asociadas, un 49% fue la hipertensión arterial, la mayoría 45% de los pacientes lleva entre 1 y 2 años en tratamiento el, el (40,9%) son casados y un 27,3% de éstos presentan una red de apoyo familiar (27)

Esto está en similitud con otro estudio realizado en México en el 2006 de la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis ,diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada donde se encontró que la edad estuvo entre 15-85 años ,el 54,5% fueron hombres ,80% con secundaria y menos ,65,3% casados.(28)

Respecto a las 8 dimensiones que cubre el cuestionario SF 36 dimensiones

Respecto a la función física un 33,9% la percibe como buena, un 62,9% percibe el rol físico como malo, el 40,3% no ha tenido dolor corporal, el 35,5% percibe a su salud general como muy buena, el 24,2% perciben a su vitalidad como excelente, el 37,1% perciben a su función social como excelente, el

64,5% perciben a su rol emocional como malo, el 48,4 % perciben a su salud mental como excelente.

Esto está en similitud con un estudio realizado en Arequipa(Perú) en el 2006 sobre la Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica la percepción de la salud general informada por estos pacientes con respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermar, es de regular a baja, el rol físico alcanzó una de las medias más bajas de la población en estudio, se pudo observar que más de un 70% de los pacientes declaró que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo. (29)

Esto también está en similitud con un estudio realizado en México en el 2005 sobre la Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria

Dentro de las ocho dimensiones evaluadas, el promedio más bajo se observó en el rol físico y el más alto, en salud mental. Las frecuencias más altas en el menor de los cuartiles se observaron en rol físico (79.2 %), rol emocional (39.6 %) y salud general (29.2 %). La frecuencias más altas en el mayor de los cuartiles fueron para dolor corporal (25 %), salud mental (25 %) y función física (18.8 %) (30)

Respecto al cambio de salud en el tiempo el 32,3%consideran que su salud actual es mucho mejor y más o menos igual que la comparada hace un año, el 17,7% algo peor, el 9,7% algo mejor, el 8,1% mucho peor esto difiere con un estudio realizado en Chile en el 2006 de Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis en donde la dimensión cambio de salud en el tiempo: el 68.2%, la califica de muy buena a excelente, es decir, refieren estar mucho mejor que un año atrás y sólo un 11,4% la califica como mala, es decir, peor que hace un año atrás.

Se puede concluir que la percepción de la calidad de vida según el cuestionario de salud sf-36 que tienen los pacientes el 37,1% percibe a su calidad de vida como muy buena el 33,9% como buena y el 14,5% como excelente y regular.

Esto está en similitud con un estudio realizado en Arequipa (Perú) en el 2006 sobre la Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica donde la valoración global del estado de salud según este grupo de estudio, en que el 52.06 % en promedio de las personas encuestadas tiene una apreciación de buena calidad de vida, Independientemente del modelo de intervención.

Respecto a la percepción de la calidad de vida y el tiempo en hemodiálisis, la mayoría (77.3%) lleva entre 1 y más de 2 años en tratamiento y a la vez que la mayoría de ellos 22,6% percibe su calidad de vida en el rango de muy buena a buena.

Esto está en similitud con un estudio realizado en Chile en el 2006 de Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis dónde la percepción de la calidad de vida y el tiempo en hemodiálisis, la mayoría (77.3%) lleva entre 1 y más de 2 años en tratamiento y a la vez la mayoría de ellos (58.9%) percibe su calidad de vida en el rango de muy buena a regular, es decir, que sólo algunas veces se han sentido en completo bienestar físico, mental, ambiental y social.

8. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir que:

1.- El género que predominó en los pacientes estudiados fue el masculino con edad igual o mayor de 70 años; de los cuales solo una minoría tienen educación superior; la mayoría viven en el sector urbano; un 48,7% de los hombres y un 56,5% de las mujeres no trabajan; la patología más frecuentemente asociada es la HTA ; la mitad de los pacientes tienen un tiempo mayor a dos años en tratamiento de hemodiálisis; el 66.1% de los pacientes están casados y si reciben apoyo familiar

2.-En relación a la función física de los pacientes la mayoría consideran que es buena, y solo una minoría que es mala, el 40,3% no ha tenido dolor corporal, el 33.9% a 35,5% percibe a su salud general y vitalidad como buena y muy buena ,respecto a la función social un 37.1% y a la salud mental un 48.8% creen que es excelente, sin embargo un gran porcentaje cree que su rol físico y su rol emocional es malo

3.-Según las dimensiones que cubre el cuestionario de salud SF-36 entre el 33.9% y 37.1 % perciben a su calidad de vida como buena y muy buena y solo el 14.5% creen que es excelente y regular.

4.-En cuanto a la asociación de la calidad de vida y el tiempo de tratamiento en hemodiálisis, los pacientes que tienen dos y más años de tratamiento sustitutivo en hemodiálisis perciben a su calidad de vida como muy buena, y solo un mínimo porcentaje como regular esto es similar en el resto de pacientes que tienen menos tiempo en el tratamiento.

9. RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda a la Unidad de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora socializar charlas referentes a temas psicológicos y emocionales para de esta forma ofrecer un modelo de atención que permita brindar una mejor expectativa de calidad de vida en sus usuarios.

- ❖ Se recomienda a la Universidad Nacional de Loja promover la realización de otras investigaciones sobre los factores que están incidiendo en la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis, para de esta forma promover buenos hábitos y terapias para prevenir la alteración de estado psicológico de los pacientes.

- ❖ Socializar este trabajo investigativo con todos los entes profesionales del servicio de hemodiálisis para de esta manera se busque las alternativas de solución a los problemas encontrados en esta investigación.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. R FAUCI Anthony, KASPER Dennis, BRUNWALD Eugene. HARRISON: Principios de Medicina Interna. 17va. edición. Vol 2. Editorial Mc Graw Hill. México. 2009. Pag.1752-1761
2. R. Alcázar A. FranciscolSI-WoK;MEDLINE;IME;EMBASE;IBCS;SCIELO .nefrología. revista española de acción estratégica de la sociedad española de nefrología frente a la enfermedad renal crónica.. vol. 26, núm. 1.publicado el 19 dic del 2005. [en línea]. Fecha de consulta: 2013/02/23. Disponible en la web: <http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=3678&idlangart=ES>
3. AVENDAÑO, Hernando. Nefrología clínica. Segunda Edición. Editorial Médica Panamericana. 2003.
4. FARRERAS, Rozman. Medicina Interna. Décimo Tercera edición. Editorial McGraw Hill. Pág. 882-886
5. INTRAMED. Manejo y prevención: Insuficiencia Renal Aguda.[en línea]. 20 de Mayo del 2006. [Consulta: 17 de Marzo del 2011]. <http://www.intramed.net/buscar_resultado.asp?buscar_texto=insuficiencia renal aguda&contenidoTipoID=31>.
6. Gómez A, Arias E, Jiménez C.Tratado de Geriatria,insuficiencia renal cronica cap 62(en línea) disponible en la web: http://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2062_III.pdf
7. R. Alcázar A. FranciscolSI-WoK;MEDLINE;IME;EMBASE;IBCS;SCIELO .nefrología/. revista española de acción estratégica de la sociedad española de nefrología frente a la enfermedad renal crónica.. vol. 26, núm. 1.publicado el 19 dic del 2005 .[en línea]. Fecha de consulta: 2013/02/23. Disponible en la web: <http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=3678&idlangart=ES>
8. *Acad. Dr. Alejandro Treviño-Becerra*; Editorial Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente,catastrófica y por ello prioritaria;vol 72 ,nº 1enero-febrero academia mexicana 2004: [en línea],disponible en la web:<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc041a.pdf>

9. DONAL Smith, (2001) Urología General, 7. a edición, Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., México. [en línea] Disponible en la web <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/682/5/06%20ENF%20416%20TESIS.pdf>
10. Revista Médica. Scielo Organización Perú. 2003
11. Soriano Cabrera S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología 2004;24(Supl 6).
12. *Botero Beatriz E. Pico María E;* CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA, Recibido en julio 16 de 2007, aceptado en agosto 31 de 2007 ;Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007 [en línea] disponible en la web: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf
13. Sanabria Mauricio R; Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica ;Jaime Borrero ; Fundamentos de Medicina; Nefrología ;4ta edición , editorial CIB, Colombia 2003, cap 61 págs. 751-753 Pairdo A, Ruiz M, Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Universidad Autónoma de Madrid Artículo de revisión :Pharmaeconomics_Spanish Research Articles 2 (1):31-43.2005
14. *Botero Beatriz E. Pico María E;* CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA, Recibido en julio 16 de 2007, aceptado en agosto 31 de 2007 ;Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007 [en línea] disponible en la web: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf
15. Pairdo A, Ruiz M, Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Universidad Autónoma de Madrid Artículo de revisión :Pharmaeconomics_Spanish Research Articles 2 (1):31-43.2005

16. Sánchez G Ana G H; Manual para la prevención y autocuidado para las personas adultas; conceptos: calidad de vida, salud y funcionalidad; 1ra edición México ; 2000. Pág. 21. Disponible en la web : http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf
17. Aresca Laura; *Cuidados Paliativos: Calidad De Vida En El Final De La Vida*; LA NUEVA COMUNICACIÓN ;Artículo on line disponible en la web : <http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>
18. Schwartzmann Laura;Calidad De Vida Relacionada Con La Salud :Seminarion Introdutorio ,Departamento De Psicología Medica ;Facultad De Medicina ,Universidad De La Republica Oriental De Uruguay (en línea) disponible en la web : epi.minsal.cl/cdvida/doc/Doc1lschwarzman.ppt
19. Guaman Pupiales Angelica; “RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS REGULAR, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y MARZO DEL 2012” universidad técnica de Ambato; marzo 2012; [en línea] disponible en la web <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/3015/RELACION%20DE%20LOS%20FACTORES%20PSICOSOCIALES%20CON%20LA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20%20DE%20LOS%20PACIENTES%20CON%20IRC.pdf?sequence>
20. Kamisato Cristian, Mauro Jorge , ESTUDIO COMPARATIVO DE CALIDAD DE VIDA, ACTIVIDAD FÍSICA Y FUERZA PRENSIL ENTRE PACIENTES SOMETIDOS A PERITONEODIÁLISIS Y SUJETOS SANOS Chile 2007,En línea disponible en la web : http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/kamisato_c/sources/kamisato_c.pdf
21. Gemma Vilagut/ Montse Ferrera / Luis Rajmilb; revista scielo El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos fecha de publicación : 31 de marzo de 2004.

Aceptado: 22 de noviembre de 2004 en línea disponible en la web:
<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n2/revision1.pdf>

22. ACOSTA HERNÁNDEZ, P. CHAPARRO LÓPEZ, L. & REY ANACONA, C. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. En: Revista Colombiana de Psicología, No. 17. Bogotá – Colombia, 2008. p. 9 – 26. Disponible en la web: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/download/1233/10031>
23. Magaz Angela EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS, Bilbao, a 12 de Junio de 2003 disponible en la web: <http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf>
24. Alvarez F. Vicente E. y 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. NEFROLOGIA. Vol. XV. Núm. 6. 1995. Disponible en la web: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E126/P1-E126-S132-A2544.pdf>
25. Figueroa Díaz Rocío ; Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal, utilizando el cuestionario KDQOL-36; Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud : mayo 2010, peru defcha de consulta 23/02/2013 [en línea] disponible en la web http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3644/1/Figueroa_Diaz_Rocio_Aida_2010.pdf
26. Alonso J. Prieto L. Anto J.M. La versión española del SF-36 un instrumento para la medida de los resultados Clínicos .Med Clin1995 Publicado en GacSanit. 2005; 19:135-50. - Vol.19 núm 02 disponible en la web : <http://www.chime.ucla.edu/measurement/SF-36%20Spain.pdf>
27. Mera Santander marcela Lorena “Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006” Universidad

Austral de Chile Facultad de Medicina disponible en la web:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>

28. Morales caballero “Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada Archivos en medicina familiar Original Vol.8 (3) 163-168 , Recibido: 17-03-06 Aceptado: 29-06-06 en línea disponible en la web :
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf063d.pdf>
29. Hinojosa Cáceres Emilio, evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica Essalud Arequipa 2006 Doctorado en Ciencias: Salud Colectiva; fecha de consulta 23/02/2013 [en línea], disponible en la web :
http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_inuf_rena_cronica.pdf
30. Sandoval Luis -Jurado et al. Calidad de vida en pacientes con diálisis; 16 de mayo de 2006 Instituto Mexicano del Seguro Social, Cancún, Quintana Roo, México [en línea], disponible en la web: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A74.pdf

ANEXO 1

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”



Área de la Salud Humana

“CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA”.

Fecha: _____

Cuestionario de Datos Personales

A continuación encierre en un círculo (O) el número que corresponda, según su Situación personal

| | |
|--|--|
| Edad: 1. 19 a 29 años 2. 30 a 39 años 3. 40 a 49 años 4. 50 a 59 años 5. 60 a 69 años 6. mayor o igual a 70 años | Género : 1. Hombre 2. Mujer Procedencia: 1. Urbano 2. Rural |
| Escolaridad: 1. Primaria Completa 2. Primaria Incompleta 3. Secundaria Completa 4. Secundaria Incompleta 5. Educación Superior Completa 6. Educación Superior Incompleta 9. Sin Educación. | Ocupación: 1. Quehaceres domésticos 2. Doctor/a 3. ingeniero/a 4. Jubilado/a 5. No trabaja 6. Otro |
| Estado Civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Unión libre 5. Divorciado | Red de apoyo: 1. Recibe Apoyo 2. No recibe Apoyo |
| Tiempo en Hemodiálisis: 1. Entre 4 y 7 meses 2. Entre 8 y 11 meses 3. Entre 1 año y 2 años 4. Más de 2 años | Patologías Crónicas Asociadas: 1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión Arterial 3. Ceguera 4. Otra 5. Ausente |

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Copyright 1995 Medical Outcomes Trust

All rights reserved.

(Versión 1.4, Junio 1.999)

Correspondencia:

Dr. Jordi Alonso
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
I.M.I.M.

Doctor Aiguader, 80
E- 08003 Barcelona, España
Tel. + 34 3 221 10 09
ax. + 34 3 221 32 37
E-mail: pbarbas@imim.es

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 ... Excelente
- 2 ... Muy buena
- 3 ... Buena
- 4 ... Regular
- 5 ... Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 ... Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 ... Algo mejor ahora que hace un año
- 3 ... Más o menos igual que hace un año
- 4 ... Algo peor ahora que hace un año
- 5 ... Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O
C COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr/levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 ... Sí, me limita mucho
- 2 ... Sí, me limita un poco
- 3 ... No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 ... Sí, me limita mucho
- 2 ... Sí, me limita un poco
- 3 ... No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 ... Sí, me limita mucho
- 2 ... Sí, me limita un poco
- 3 ... No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 ... Sí, me limita mucho
- 2 ... Sí, me limita un poco
- 3 ... No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 ... Sí, me limita mucho
- 2 ... Sí, me limita un poco
- 3 ... No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 ... Sí, me limita mucho
- 2 ... Sí, me limita un poco
- 3 ... No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 ... Sí, me limita mucho
- 2 ... Sí, me limita un poco
- 3 ... No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 ... Sí, me limita mucho
- 2 ... Sí, me limita un poco
- 3 ... No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 ... Sí, me limita mucho
- 2 ... Sí, me limita un poco
- 3 ... No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 ... Sí, me limita mucho
- 2 ... Sí, me limita un poco
- 3 ... No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS
EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ... Sí

2 ... No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 ... Sí

2 ... No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ... Sí

2 ... No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 ... Sí

2 ... No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ... Sí

2 ... No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ... Sí

2 ... No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas **tancuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ... Sí

2 ... No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 ... Nada

2 ... Un poco

3 ... Regular

4 ... Bastante

5 ... Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 ... No, ninguno
- 2 ... Sí, muy poco
- 3 ... Sí, un poco
- 4 ... Sí, moderado
- 5 ... Sí, mucho
- 6 ... Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 ... Nada
- 2 ... Un poco
- 3 ... Regular
- 4 ... Bastante
- 5 ... Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- ...
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 ... Siempre
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 ... Siempre
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 ... Siempre
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 ... Siempre
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 ... Siempre
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 ... Siempre
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 ... Siempre
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 ... Siempre
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿ con qué frecuencia la salud física o los Problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a Los amigos o familiares)?

- 1 ... Siempre
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Algunas veces
- 4 ... Sólo alguna vez
- 5 ... Nunca

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 ... Totalmente cierta
- 2 ... Bastante cierta
- 3 ... No lo sé
- 4 ... Bastante falsa
- 5 ... Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 ... Totalmente cierta
- 2 ... Bastante cierta
- 3 ... No lo sé
- 4 ... Bastante falsa
- 5 ... Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 ... Totalmente cierta
- 2 ... Bastante cierta
- 3 ... No lo sé
- 4 ... Bastante falsa
- 5 ... Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 ... Totalmente cierta
- 2 ... Bastante cierta
- 3 ... No lo sé
- 4 ... Bastante falsa
- 5 ... Totalmente falsa

ANEXO 3

Loja, 30 de marzo del 2013

Sr.

Director de la unidad de hemodiálisis

De mi especial consideración:

Mediante la presente, yo Verónica Bertha Sarango Varzallo, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, me permito dirigirme a su autoridad, con el propósito de solicitarle de la manera más comedida, se me dé acceso a la unidad de Hemodiálisis que usted acertadamente representa, con la finalidad de realizar mi Tesis de grado cuyo tema es **CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA.**

Por la atención que se permita dar al presente petitorio, le antelo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente

.....
Verónica Bertha Sarango Varzallo.

CI: 1104923527

ESTUDIANTE-MEDICINA

ANEXO 4


CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., con número de cédula
Nº....., en plena capacidad de decisión, acepto libremente y
bajo mi responsabilidad participar en el estudio cuyo tema es: **“CALIDAD
DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN
TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL
ISIDRO AYORA DE LOJA.”** Y permito se realice la entrevista dirigida por
la estudiante.

Firma:

.....

ANEXO 5

 de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Gestión Asistencial

Memorándun Nro. 0138-S-DA-HIAL
Loja 28 de marzo de 2013

Doctor
LUIS GUERRERO L.,
Jefe de Hemodiálisis HIAL

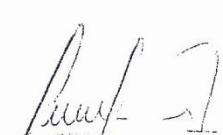
De mi consideración:

Luego de haber revisado el Proyecto de Investigación titulado "CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIALISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA" por el periodo de dos meses abril y mayo 2013; se autoriza para que la señorita VERÓNICA BERTHA SARANGO VARZALLO, realice los estudios de campo en la Unidad a su cargo.

Por tal razón mucho le agradeceré brindarles las facilidades necesarias para su buen desempeño durante el desarrollo de su proyecto.

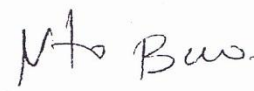
Atentamente,

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"
DIRECCION ASISTENCIAL


Dr. JORGE GUAPULEMA OCAMPO.
Director Asistencial del Hospital Isidro Ayora Loja

Dr. JGO/belc.

C.c. VERONICA BERTHA SARANGO VARZALLO
Archivo


Dr. Luis Hernán Guerrero Louiza
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA Y NEFROLOGIA
MSP: Libro 32 - Folio 11 - Número 33
INHMT: 11 - 08 - 00235 - 09 - CML: 790

02104/2013

10130

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------|-----|
| CARATULA..... | i |
| CERTIFICACION..... | ii |
| AUTORIA..... | iii |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS..... | iv |
| DEDICATORIA..... | v |
| AGRADECIMIENTO..... | vi |
| 1. TITULO..... | 7 |
| 2. RESUMEN..... | 8 |
| 3. INTRODUCCIÓN..... | 10 |
| 4. REVISIÓN DE LITERATURA..... | 12 |
| 5. MATERIALES Y METODOS..... | 37 |
| 6. RESULTADOS..... | 41 |
| 7. DISCUSIÓN..... | 62 |
| 8. CONCLUSIONES..... | 65 |
| 9. RECOMENDACIONES..... | 66 |
| 10. BIBLIOGRAFIA..... | 67 |
| 11. ANEXOS..... | 74 |
| 12. INDICE..... | 87 |