UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
MEDICINA HUMANA

TÍTULO

"CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA 2014 "

TESÍS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR:

Karina Estefanía Betancourt Azanza

DIRECTOR:

Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg.Sc.

LOJA – ECUADOR
2015

Loja, 26 de Octubre 2015

CERTIFICACIÓN

Dr. Tito Carrión Dávila

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado **"Calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja 2014"** de la autoría de la Sra. Karina Estefanía Betancourt Azanza, ha sido realizado bajo mi asesoramiento, dirección y supervisión, por lo que al cumplir los requisitos de forma y de fondo reglamentarios autorizo su presentación, sustentación y defensa.

Atentamente

Dr. Tito Carrión Dávila

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación "CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA 2014" como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado. Además, cabe indicar que la información recopilada para el presente trabajo, se encuentra debidamente especificada en el apartado de las referencias.

Loja, 6 de noviembre 2015

Autor.

.....

Karina Estefanía Betancourt Azanza

CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo **Karina Estefanía Betancourt** , declaro ser el autor de la tesis titulada : "Calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja 2014", como requisito para optar el grado de Medico 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 Repositorio 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 la 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 6 de noviembre 2015

FIRMA EL AUTOR

AUTOR: Karina Estefanía Betancourt Azanza

CÉDULA: 0104857719

DIRECCIÓN: Esteban Godoy primera etapa **TELÉFONO:** 072545219

CORREO ELECTRÓNICO: berapu@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg.Sc

TRIBUNAL DE GRADO

PRESIDENTEA Dra. Alba Beatriz Pesantez González, Mg. Sc

VOCAL Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc

VOCAL Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg. Sc

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios, por haberme dado esta hermosa vocación, por darme la fuerza en todos los momentos difíciles, por ser mi refugio en los días tristes.

A mi esposo, Juan Carlos Sánchez, quien me brindó su amor, su cariño, su estímulo, su apoyo constante, comprensión y paciente espera para que pudiera terminar mi carrera son evidencia de su gran amor.

A mi adorado hijo Juan David, razón de mi vida, el tesoro más grande que Dios me regaló y el motivo de mí existir, quien me prestó el tiempo que le pertenecía para terminar y me motivó siempre con sus abrazos, besos y un TE AMO mama.

A mis padres Gonzalo y Gardenia, por su amor desmedido, por creer en mí y apoyarme moralmente, en especial a mi padre quien con su valentía, ejemplo y valor a sabido llevarme por el camino del bien.

A toda mi familia y amigos que de una u otra manera confiaron en mí y me apoyaron siempre.

Karina Estefanía Betancourt Azanza

AGRADECIMIENTO

Luego de haber culminado con éxito mi investigación, agradezco al Dr. Tito Carrión, por su invalorable disposición, tiempo y constante apoyo durante el desarrollo de este estudio.

Sin olvidar a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben tratamiento de hemodiálisis, quienes proporcionaron gentil y amablemente los datos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

Karina Estefanía Betancourt Azanza

a) TÍTULO

“CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA 2014 “

b) RESUMEN

El propósito de esta investigación fue valorar la calidad de vida del paciente Renal Crónica Terminal en tratamiento con Hemodiálisis, en la unidad de diálisis del Hospital Isidro Ayora de Loja; Identificar cual es el componente que se encuentra más afectada en la calidad de vida de los pacientes con el test SF-12 ;relacionar calidad de vida de los pacientes con el tiempo en tratamiento de hemodiálisis y realizar intervenciones adecuadas, basándose en las características y situación de vida de los pacientes con la finalidad de mejorar su calidad de vida. Esta investigación fue un estudio descriptivo y de corte transversal, usando como instrumento el Test SF-12 (componente genérico del KDQOL-36 creado por el doctor John Ware y traducido al español por Alonso y cols.); el cual proporciona el perfil del estado de salud siendo una de las medidas genéricas con mayor potencial de uso en la evaluación de los resultados clínicos. Esto fue aplicado a 56 pacientes, que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Se obtuvo como resultado que el componente mental se encuentra más afectado en 85,71% de los pacientes; sin embargo se puede concluir que la calidad de vida del grupo es regular en 87,50%; teniendo en consideración el tiempo de tratamiento.

Palabras clave: Calidad de vida, Insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, SF-12

ABSTRACT

The purpose of this investigation is set the quality life patient renal chronic terminal with hemodialysis treatment in the Dialysis Unit of Isidro Ayora Hospital in Loja; Identify which is the component that is most affected by the quality of life of patients with the SF -12 test ; relate quality of life of patients with hemodialysis treatment time and make appropriate interventions , based on the characteristics and location of life of patients in order to improve their quality of life.. This was a reseach study and descriptive of it through section as using the SF-12 test instrument (Generic Component of KDQOL-36 created by Dr. Jhon Ware and traslate into spanish for Alonso and Cols) that provides the profile of the health state of being a course of action that generic major with potential of use in the evaluation of the clinical results. This was applied 56 patients who willingly agreed to participate in the study and they meet the criteria of inclusión and exclusión previously established. It was done as a result of the mental component is more affected in 85,71% of patients however can be concluded that the quiality if the group is a regular in 87,50% having into consideration the time of treatment.

Key words: Quality Life, Chronic Renal Failure, Hemodialysis, SF-12

c) INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es el deterioro gradual y permanente de la función renal a lo largo de varios meses, no provoca síntomas de uremia hasta que la filtración glomerular desciende aproximadamente de 10 a 15% de lo normal.

La calidad de vida se define, según la Organización Mundial de la Salud OMS como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses”, ha probado ser útil como un rasgo de estructura general, dentro de la cual las dimensiones relevantes tanto de la vida como de la salud, se pueden examinar en investigación y en el desarrollo de la práctica clínica.

Debido a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), en Ecuador cada año se suman mil personas a la lista con esta patología, sin embargo tres personas mueren diariamente esperando donante, 1.700 en el año presentan algún tipo de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y al menos 500 de ellas son candidatos potenciales a un trasplante. Sólo el 35% de los pacientes con problema renal reciben atención médica, pero alrededor de 1000 pacientes son beneficiados con el programa del Ministerio de Salud Pública, tanto en los hospitales de especialidades, como en las diferentes unidades de diálisis, facilitándoles para que reciban algún tipo de tratamiento, con la finalidad de ayudar a su funcionamiento renal, tales como diálisis peritoneal o hemodiálisis, cuyo procedimiento requiere de tres sesiones por semana, de cuatro horas de duración cada una, por tiempo indefinido es decir por el resto de su vida o hasta conseguir un donante de órgano.

El Hospital Regional Isidro Ayora (HRIAL) cuenta con la Unidad de Hemodiálisis que brinda su servicio a toda la Región Sur del Ecuador (Zamora, Loja y El Oro), apoyada por el organismo gubernamental y seccional, manteniendo convenios con el Seguro Social General, ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas) y el Seguro Campesino, el cual presta su servicio actualmente a 65 pacientes, sin embargo no presentan estudios realizados sobre la calidad

de vida de los mismos aplicando el test SF-12,el cual es el componente genérico del KDQOL-36, creado por el doctor John Ware y traducido al español por Alonso y cols. (1995). El cual mide el concepto o constructo de las investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como su tratamiento de hemodiálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y mental , especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social; lo que altera de manera notable su calidad de vida.

En esta investigación se pretende como objetivo general determinar la calidad de vida de los pacientes de Insuficiencia renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja 2014, mediante el test SF-12 que fue desarrollado para el estudio de la calidad de vida. Es aplicable tanto para la población general como para pacientes en estudios descriptivos y de evaluación, permitiendo obtener 2 puntajes generales: el resumen del componente físico (PCS) y el resumen del componente mental (MCS).Y como objetivos específico: Identificar cual es el componente que se encuentra más afectada en la calidad de vida de los pacientes con el test SF-12.Relacionar calidad de vida de los pacientes con el tiempo en tratamiento de hemodiálisis. Permitiéndoles realizar intervenciones adecuadas, basándose en las características y situación de vida de los pacientes con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Se logró determinar de acuerdo a la perspectiva de calidad de vida de los pacientes que el 87,50% poseen una calidad de vida regular, la cual el componente mental se encuentra más afectado en el 85,71 % del grupo en estudio, evaluado en el test SF-12.En relación con el tiempo se encontró que el 64,28% tienen una cálida de vida regular con una duración de tratamiento más de 16 meses.

Guiándonos en el mejoramiento de los pacientes, se realiza charla educativa sobre el componente mental (ansiedad, depresión y problemas emocionales), que se encuentra afectado, para promover tanto a pacientes, autoridades del Hospital Regional Isidro Ayora Loja (HRIAL), personal médico y enfermería que labora en la unidad de hemodiálisis con el fin de mejorar su Calidad de Vida y evitar recaídas, reingresos o complicaciones con los tratamientos.

d) REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. Insuficiencia Renal Crónica

1.1 Definición

La enfermedad renal crónica en el adulto se define, como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (en el sedimento, las pruebas de imagen o la histología) que persiste por más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal o el filtrado glomerular (< 60 ml/min/1,73 m2) sin otros signos de lesión renal, (Ramírez, Laguna &Rubio, 2010,754-756.p) de tal magnitud que el sujeto dependa en forma permanente del tratamiento sustitutivo renal (diálisis o trasplante) con el fin de evitar la uremia, que pone en peligro su vida.(Fernández G. 2009)

1.2 Causas

- Diabetes es la causa principal de esta alteración, siendo una enfermedad crónica, en donde no se produce suficiente insulina para degradar la glucosa en la sangre; las grandes cantidades de sangre actúan como un veneno que daña los filtros y las arterias del riñón.
- La hipertensión es la segunda causa que favorece a la insuficiencia renal crónica, ya que daña los filtros, las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón.
- Otras causas como la Glomerulonefritis: que es un grupo de enfermedades que causan inflamación y daño a los filtros del riñón, daño o lesiones directas en el riñón, infección renal o infecciones urinarias repetidas, lupus y otras enfermedades que afectan el sistema inmunológico del organismo; ciertos medicamentos ; uso prolongado de ciertos analgésicos. (Fernández G. 2009)

1.3. Evaluación

La proteinuria es un marcador de la progresión de la enfermedad renal. Un individuo sano normalmente excreta una cantidad de proteínas mínima en orina

< 150 mg al día. La pérdida de proteínas en orina es detectable mediante tiras reactivas, cuando es mayor o igual a 300mg/L o 300 mg de albúmina/g creatinina, lo que se conoce como microalbuminuria, la cual no es detectable en tiras reactivas. Tanto el micro como macroalbuminuria son marcadores de riesgo de progresión de la enfermedad renal, especialmente en diabéticos, e indican un mayor riesgo de muerte cardiovascular.

La IRC se divide en cinco estadios según la tasa de filtración glomerular (TFG) y la evidencia de daño renal.

Estadio 1:.Se caracteriza por la presencia de daño renal con TFG normal o aumentada, es decir mayor o igual a 90ml/min/1.73m2. Por lo general la enfermedad es asintomática.

Estadio 2: Se establece por la presencia de daño renal asociada con una ligera disminución de la TFG entre 89 y 60 ml/min/1.73m2. Usualmente el paciente no presenta síntomas y el diagnóstico se realiza de manera incidental.

Estadio 3: Es una disminución moderada de la TFG entre 30 y 59 ml/min/1.73m2. Se ha dividido el estadio 3 en dos etapas. La etapa temprana 3a, pacientes con TFG entre 59 y 45 ml/min/1.73m2 y la etapa tardía 3b con TFG entre 44 y 30 ml/min/1.73m2. Al disminuir la función renal, se acumulan sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo que ocasionan uremia. (Hayanez C.2010)

Los pacientes comúnmente presentan síntomas y complicaciones típicas de la patología como hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo. Algunos de los síntomas incluyen fatiga relacionada con la anemia, edema por retención de agua corporal, dificultad para conciliar el sueño debido al prurito y calambres musculares, cambios en la frecuencia urinaria, cuando hay proteinuria y coloración oscura que refleja hematuria. En esta etapa aumentan los riesgos de enfermedad cardiovascular.

Estadio 4: Se refiere al daño renal avanzado con una disminución grave de la TFG entre 15 y 30 ml/min/1.73m2. Los pacientes tienen un alto riesgo de progresión al estadio 5 y de complicaciones cardiovasculares. A los síntomas

iniciales del estadio anterior se agregan náusea, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento u hormigueo de las extremidades.

Estadio 5 . Insuficiencia renal crónica terminal, la TFG cae por debajo de 15 ml/min/1.73m2. En este estadio el tratamiento sustitutivo es requerido.(Hayanez C.2010)

1.4 Factores de Riesgo

1.4.1 Factores de susceptibilidad son los que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad renal crónica.

- Historia familiar de enfermedad renal
- Masa renal disminuida
- Bajo peso al nacer
- Edad > 60 años
- Raza afroamericana
- Diabetes
- Hipertensión arterial

1.4.2 Factores iniciadores son los que están implicados en el inicio del daño renal.

- Enfermedades autoinmunes
- Infecciones urinarias
- Fármacos neurotóxicos
- Diabetes
- Hipertensión arterial

1.4.3 Factores de progresión son los que determina cómo evoluciona la enfermedad.

- Proteinuria persistente
- Hipertensión arterial mal controlada
- Diabetes mal controlada

- Tabaco
- Infecciones urinarias
- Fármacos neurotóxicos
- Diabetes
- Hipertensión arterial (Hayanez C.2010)

1.5 Manifestaciones clínicas

Cuando la función renal está sólo mínimamente alterada (filtrado glomerular: 70-100% del normal), la adaptación es completa y los pacientes no muestran síntomas urémicos. A medida que la destrucción de las nefronas progresa, disminuye la capacidad de concentración del riñón y para eliminar la carga obligatoria de solutos aumenta la diuresis. La poliuria y la nicturia son los primeros síntomas.

Cuando el filtrado glomerular cae por debajo de 30 ml/min aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico: anorexia, náuseas, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias e insomnio. Sin embargo cuando la enfermedad renal evoluciona muy lentamente, hay enfermos asintomáticos que permanecen así hasta etapas terminales, con filtrados glomerulares incluso de 10 ml/min o menos.

Las manifestaciones clínicas y bioquímicas más características, agrupadas por aparatos y sistemas, se presentan en la TABLA 1. (Lorenzo, V. Sellares, JM. Hernández, D. & Hernández, F.2013)

TABLA N°1

Sistema nervioso	
Encefalopatía urémica	Dificultad de concentración, obnubilación, mioclonias, asterixis
Polineuropatía periférica	Difusa, simétrica y principalmente sensitiva. Síndrome de las piernas inquietas de predominio nocturno
Neuropatía autonómica	Hipotensión ortostática, respuesta anormal a la maniobra de Valsalva y trastornos en la sudoración
Sistema hematológico	
Anemia	Palidez, astenia, taquicardia, angina hemodinámica
Disfunción plaquetaria	Equimosis, menorragias, sangrado prolongado después de pequeñas heridas
Déficit inmunitario	Inmunidad celular y humoral. Respuesta a antígenos víricos y vacunas disminuida. Número de linfocitos B reducido. Anergia cutánea
Sistema cardiovascular	
Hipertensión arterial	Pericarditis
Insuficiencia cardíaca congestiva	Claudicación intermitente
Angina de pecho	Accidentes cerebrales vasculares
Arritmias	
Aparato digestivo	
Anorexia	Hemorragia digestiva alta o baja
Náuseas y vómitos	Diverticulitis
Sistema locomotor	
Prurito	Trastornos del crecimiento
Dolores óseos	Debilidad muscular
Sistema encocrino	
Dislipidemia	Alteraciones de la función sexual y reproductora
Hiperglucemia	Ginecomastia (aumento de los niveles de prolactina)
Hiperinsulinemia	
Trastornos electrolíticos y del equilibrio ácido-base	
Hiperfosfatemia	Hiponatremia
Hipocalcemia	Hiperpotasemia
Hipermagnesemia	Acidosis metabólica

Fuente: Lorenzo, V. Sellares, JM. Hernández, D. & Hernández, F.2013.*Nefrologia del día*, España: Sociedad Española de Nefrología, 342 pp.

1.6 Diagnóstico

1.6.1. Historia clínica. Se debe elaborar una historia clínica completa, haciendo hincapié en la duración y progresión de la enfermedad. Se establecen ciertos criterios de cronicidad que son muy útiles, señalando que se pueden encontrar riñones grandes en el caso de la diabetes mellitus, los riñones poliquisticos, en la amiloidosis y en las enfermedades linfo o mieloproliferativas. (Rondón, M .2012)

Criterios de cronicidad

- Elevación de la creatinina plasmática por más de 3 meses
- Nicturia
- Anemia normocítica y normocrómica
- Riñones pequeños al estudio de imagen
- Enfermedad ósea
- Disfunción sexual (Rondón, M .2012)
- Síntomas cutáneos y prurito
- Manifestaciones neurológicas
- Hipoalbuminemia

1.6.2 Exámenes de laboratorio. La filtración glomerular a través del clearance de la creatinina endógena es el mejor examen clínico a fin de evaluar la progresión de la IRC y permite también estimar la evolución hacia la uremia terminal. Se hacen necesarios por otra parte estudios hematológicos, uro cultivos y otros que nos permitan diagnosticar las complicaciones de la IRC.

1.6.3 Imagenología.

- Ultrasonido renal permite precisar el tamaño de los riñones, la existencia de obstrucción urinaria. Se debe recordar que en la amiloidosis y la diabetes, los riñones pueden ser de tamaño normal e incluso aumentado.
- Radiografía de tórax, radiografías óseas (manos, clavículas). Radiografía simple de abdomen con cortes topográficos lineales en áreas renales que permite determinar el tamaño renal y la regularidad de los bordes renales.

1.6.4 Biopsia renal. Puede ser de utilidad para diagnosticar una IRC por glomérulo nefritis rápidamente progresiva u otra nefropatía tratable. Cuando el ultrasonido renal revela riñones pequeños en forma bilateral y la historia clínica orienta hacia una nefropatía terminal, su utilidad es cuestionable y no exenta de riesgos para el paciente. (Rondón, M .2012)

1.7 Tratamiento

El control de la presión arterial es importante para limitar el daño a los riñones así como la protección contra ataques cardiacos y eventos vasculares. Es importante el control de los niveles de azúcar en los individuos con diabetes. La modificación de la dieta así como el menor consumo de proteínas y sal, pueden ser útiles para disminuir los síntomas de la enfermedad renal. Como la anemia es frecuente en personas con insuficiencia renal crónica, es importante la administración de medicamentos que aumenten la cantidad de células rojas en la sangre, como la eritropoyetina que su dosis es de 80-120 UI/K, tres veces por semana y su administración es subcutánea o intravenosa. (Borrero & Montero, 2010, p .750)

CAPÍTULO II

2. Hemodiálisis

2.1 Definición

La diálisis adecuada, como el tratamiento sustitutivo renal, debe satisfacer los requisitos de ser eficaz y suficiente, conseguir una buena tolerancia, mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia de los pacientes. (Hospital Universitario Reina Sofía 2009)

La hemodiálisis es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, así como de regular el equilibrio ácido-base y electrolítico. No suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales. (Borrero & Montero, 2010, p .737)

En la actualidad el concepto de diálisis prescrita y diálisis entregada al paciente en forma individual y personalizada, por medio de la cual se calcula de acuerdo con la talla, sexo, el peso, la superficie corporal y función renal residual. (Es guerra, Espinosa & Gómez 2012)

2.2 Cómo funciona la Hemodiálisis

La hemodiálisis se basa en los principios de la difusión de solutos a través de una membrana semipermeable. El movimiento de productos metabólicos de desecho ocurre a lo largo de un gradiente de concentración desde la circulación sanguínea hacia el líquido de diálisis. La velocidad de transporte por difusión aumenta en respuesta a diversos factores, como magnitud del gradiente de concentración, área de superficie de la membrana y coeficiente de transferencia de masa de la membrana. Este último depende de la porosidad y del espesor de la membrana, el tamaño de la molécula de soluto y las condiciones del flujo a ambos lados de la membrana. Conforme a las leyes de la difusión, cuanto mayor es la molécula, menor es la velocidad de transferencia a través de la membrana. (Estrada, Moreno, Rodríguez & López 2009)

2.2.1 Ultrafiltración . La cantidad de líquido que entra y sale del dializador es exactamente controlado por un sistema electromagnético; el operador

programa la máquina, para evitar los desequilibrios de la autorregulación fisiológica.

2.2.2 Cuando iniciar la diálisis . Las guías, sugieren que deben iniciarse cuando la depuración de creatinina descienden a valores entre 9-14 ml/minuto por 173m^2 de superficie corporal, en todos los pacientes o antes que presenten manifestaciones urémicas o si su ingesta proteica es inferior a 0,8 g/kg/día. (Perales, Montilla, García & Reyes 2012)

2.2.3 Dosis de hemodiálisis . La hemodiálisis, como cualquier otro tratamiento, necesita una dosificación y una pauta de administración. Para ello se han diseñado y obtenidos métodos cuantitativos que garantizan que el paciente reciba una dosis mínima adecuada. . (Borrero & Montero, 2010, p .754) La hemodiálisis normalmente se realiza en un centro de diálisis tres veces por semana durante 3 o 4 horas cada vez.

***2.2.3.1 Modelo cinético de la urea*.** El modelo cinético de la urea es la concepción matemática del comportamiento de la urea en el organismo y engloba su aporte, generación, distribución y eliminación. El modelo cinético de la urea proporciona una triple información:

- Niveles de toxicidad urémica mediante la concentración media de urea en el tiempo (TAC) o concentración media de nitrógeno ureico en sangre (BUN).
- El estado nutricional mediante la valoración de la tasa de catabolismo proteico (TCP) normalizado para el peso corporal (TCPn), que es equivalente a la ingesta proteica si el paciente está en estado de equilibrio (sin infecciones, enfermedades inflamatorias crónicas, terapia con corticoides ni aumento del catabolismo endógeno).
- La cuantificación de la dosis de diálisis mediante el índice de diálisis o Kt/V, siendo K el aclaramiento del dializador, t el tiempo de duración y V el volumen de distribución de la urea. La dosificación puede determinarse también utilizando el porcentaje de reducción de la urea (PRU). (Borrero & Montero, 2010, p .756)

2.2.4 Como prepararse

2.2.4.1 Fístula Arterio venosa .La fístula es una pequeña intervención que se realiza en el brazo, con anestesia local, generalmente sin ingreso hospitalario. Aunque habitualmente se realiza en la zona de la muñeca, el cirujano valora la zona más adecuada. La unión de una arteria con una vena va a permitir que se desarrollen las venas del brazo y utilizarlas para realizar la sesión de hemodiálisis.

Si se valora que no es posible la fistula, se puede colocar una prótesis, ya que realiza la misma función. La intervención también se realiza con anestesia local. (Lorenzo V, 2010, p .410)

***2.2.4.2 Catéter*.** Un catéter tiene dos orificios, uno por donde sale la sangre y otro por donde vuelve ya depurada. Los catéteres temporales son para un plazo corto y obligan a estar ingresado en el centro sanitario. Los catéteres permanentes son para largo plazo y no es necesario el ingreso. En ambos casos, son necesarias las medidas de asepsia e higiene para su colocación y manejo, ya que la complicación más grave puede ser la infección.

Por ello conviene:

- Mantener siempre tapado el orificio de inserción del catéter.
- Evitar lesionar el orificio por rascado
- Si el orificio está inflamado, enrojecido o supura y no está en el hospital, debe acudir a Urgencias.
- Comunicar la aparición de dolor, hinchazón o cambio de color del brazo o pierna donde tiene colocado el catéter.
- Evitar los tirones pueden lesionar el catéter o el orificio.
- Mantener una higiene corporal escrupulosa. Se puede duchar con precaución, protegiendo los apósitos, realizando aparte el lavado de cabeza. Es importante no tener húmedos los apósitos.
- No se debe sumergir en agua de mar ni en piscinas (peligro de infección).
- Si tiene dolor tras la implantación del catéter, puede tomar un analgésico del tipo que tome habitualmente.

- Si tras la implantación del catéter sangra y mancha un poco el apósito, no se alarme, ya que le harán la curación completa en la próxima sesión de diálisis. (Lorenzo V,2010, p. 410)

2.2.4.3 Aspectos Generales para el cuidado de un Acceso Vascular

- Mantener la extremidad de acceso vascular limpia
- Sentir la vibración que produce la sangre al pasar por las venas (muy importante cuando recién es hecha la intervención).
- Evitar tomar la tensión arterial y sacar sangre para analíticas en ese brazo.
- Evitar golpes y compresiones (ejercicios bruscos)
- Evitar coger objetos pesados con ese brazo
- Comunicar cualquier cambio que se produzca (calor, dolor , supuración, endurecimiento, disminución de la vibración).(Hospital Universitario Donostia,2013 ,12. p)

CAPÍTULO III

3. Calidad de vida

3.1 Definición

La calidad de vida adquiere importancia en la medicina moderna, enfocándola hacia el bien del individuo, sobre qué tipo de vida es posible proporcionar a la condición de persona y si esta condición permite 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.(Bermeo M,& Jiménez J.2015),

Es importante señalar además que esta disminución de la calidad de vida se observa principalmente en los primeros meses de iniciado el tratamiento de hemodiálisis, que es producto de la Enfermedad Renal Crónica disminuyendo hacia lo posterior del tiempo aunque no de una manera considerable, sino como una adaptación a esta nueva situación, que en muchos casos no es adecuada. (Harrison 2012).

Es muy natural sentirse confundido, frustrado, triste, enojado o deprimido por lo que le está sucediendo, por lo que estos pacientes requieren una atención afectiva del entorno familiar, mientras que, los integrantes de la unidad renal pueden ayudarle a manejar estas emociones y los problemas que su enfermedad puede causar en sus relaciones.

Los malos hábitos dietarios y de estilo de vida, son factores negativos para el desarrollo y progresión del daño renal por lo que en todos los pacientes con riesgo de ERC debe promoverse una dieta saludable, mantener peso adecuado, realizar ejercicio y evitar el uso de tabaco o alcohol.(Pérez &Vargas,2013)

3.2 Actividad física

Una actividad física moderada y ajustada a la edad y a la capacidad física contribuye a una mejor utilización de los nutrientes, además de ser beneficiosa desde el punto de vista psicológico. Con el ejercicio regular mejora la resistencia periférica a la insulina. Como recomendación general, una actividad física programada (no competitiva) y ajustada a las necesidades individuales debe formar parte del tratamiento integral del enfermo en diálisis. (Hospital Universitario Reina Sofía 2009, 12 .p)

La insuficiencia renal crónica contribuye a disminuir el nivel de actividad del paciente y reducir su calidad de vida. (Lorenzo, Sellares, Hernández & Hernández, 2010,335-352.p)

La inactividad resulta totalmente perjudicial si tenemos en cuenta que es un factor de riesgo y profundiza las enfermedades cardiovasculares asociadas a la Insuficiencia Renal Crónica, además empeora las enfermedades reumáticas que tienen una alta frecuencia en los enfermos dialíticos.

"Se ha demostrado que hacer ejercicio físico regular mejora el bienestar y la tolerancia a la diálisis, y que los pacientes que lo hacen tienen menos cansancio después de la diálisis."

Lo anterior evidentemente significa que el entrenamiento terapéutico en estos sujetos, va a disminuir la morbilidad de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de estos enfermos. (Santana, Ríos & Castillo ,2002)

La actividad física puede constituir un elemento terapéutico útil en la prevención y control del deterioro sistemático en los pacientes con Insuficiencia renal crónica la utilidad puede ser mejor mientras más temprano en la evaluación de la enfermedad se comience con el programa pues en la misma medida que el ejercicio físico mejora los síntomas y signos clínicos, mejora el estado de ánimo, el paciente ve la vida de una forma diferente con esperanza y confianza en el trasplante, incorporándolo a la vida familiar y social . (Lorenzo, Sellares, Hernández & Hernández, 2013, 355-367, p.)

3.3 Rol emocional

Esta patología puede producir problemas emocionales, que interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, ya sea el tiempo empleado para las mismas, un menor rendimiento y disminución del esmero en el trabajo.

3.4 Salud mental

El componente de salud mental se asoció significativamente en sentido negativo con huida o evitación, aislamiento social, descarga emocional y oposición/ confrontación. La satisfacción con la vida se asoció significativamente en sentido positivo con búsqueda de apoyo social y reestructuración cognitiva y en sentido negativo con huida/ evitación y desesperación/ abandono.

Los pacientes en tratamiento en hemodiálisis que presentan peor salud mental, afrontan la enfermedad con formas de evitación poco adaptativas, basadas en la descarga de la tensión, ya sea comiendo, bebiendo, ocultando sus sentimientos con pensamientos rumiantitos; además estos pacientes se auto culpan, aíslan, descargan sus emociones y enojo. Dichas conductas se derivan de vivir una situación intensa y sobre la que se percibe poco control. La evitación produciría displacer y deterioro de la salud mental, mientras que la satisfacción con la vida (bienestar subjetivo) se vincula a dar un sentido a la experiencia (reinterpretación positiva) y al apoyo social. (Saeta, Escalona& Feraud ,2005)

3.5 Función social

3.5.1 Problemas laborales . Los pacientes diagnosticados con IRC sufren limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada en diálisis y en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo, debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica.

La enfermedad no es sólo la causante de la pérdida de trabajo, sino cómo está montada la trama laboral para que haya mayor rentabilidad en la empresa. El paciente con IRC supone una baja rentabilidad en su trabajo lo que dificulta las relaciones laborales.

La dificultad de la adaptación del puesto de trabajo unido a las presiones laborales incide en la solicitud de su pensión de invalidez produciéndose una desvinculación laboral con pérdida de empleo, produciendo estas dos

consecuencias inmediatas: disminución de ingresos económicos y sentimiento de no ser útil a sí mismo ni a su familia.

3.5.2. Problemas familiares. Cuando surge la enfermedad se establece un cambio en la dinámica normal y funcionamiento de la familia. Todo esto consiste en un cambio de roles familiares y asumiendo responsabilidades por otros miembros de la familia. Se configura un proceso de adaptación de la familia que comprende: (Vaca J, 2011**)**

- **Etapa de desorganización:** Se rompe la estructura de funcionamiento familiar. En esta etapa la actitud del equipo asistencial será predominantemente de escuchar e indagar, como la situación ha afectado a la familia y ofrecer información acerca de la enfermedad.
- **Recuperación de la crisis:** La familia llega a un punto de recuperación, al cual debemos estar atentos, y donde se produce una mayor asimilación del aprendizaje y manejo de la enfermedad. En esta etapa es cuando la familia va asumiendo responsabilidades por otros miembros.
- **Un nivel de reorganización:** Irá en función del grado de invalidez resultante de la enfermedad y de los recursos que disponga la familia. La intervención del equipo asistencial en la fase de reorganización debe estar dirigida a:
    - Lograr un equilibrio con relación a la independencia y autoafirmación de sus miembros, incluido el enfermo.
    - Desarrollar y mantener relaciones abiertas dentro de la familia.
    - Alentar la participación tanto por parte del enfermo como del resto de la familia en la toma de decisiones y alternativas, dejar que se enfrente con la enfermedad para su ajuste, con el fin de mejorar la calidad de vida, evitando que se deterioren las relaciones familiares.

Generalmente la familia, desde el momento que comienza la entrada en Diálisis, tiene una actitud de sobreprotección y los puede llegar a considerar como inválidos, con la consiguiente carga de angustia tanto del paciente como de la propia familia.

La problemática familiar se puede ver agravada si anteriormente a la enfermedad existían problemas familiares, influyendo en el tratamiento y en el enfermo. Todo esto nos dará información acerca del apoyo de la familia hacia el enfermo.

3.5.3. Problemas de dependencia por el tratamiento. Necesidad de afrontar una situación nueva que va a suponer una pérdida de independencia personal, por un lado por la dependencia como tal al tratamiento que genera una insatisfacción por el nuevo estilo de vida y por otra parte la dependencia de la familia, ocasionando un sentimiento de carga al necesitar su ayuda para un desenvolvimiento normal en su vida cotidiana.

Con relación al paciente, la familia ocupa un mayor espacio y lugar a la vez que hay una pérdida en su actividad social habitual lo que repercute en sus relaciones sociales.

3.5.4.- Problemas de desplazamiento .La lejanía de los domicilios de los pacientes al centro de tratamiento es uno de los problemas que se originan. Esto supone que la financiación del transporte corre a cargo del paciente si no se encuentra otra forma de solucionarlo. La excesiva lentitud de la burocracia para el reintegro del gasto, por parte de la administración, hace que la economía del paciente se sienta deteriorada.

No solamente se presenta el problema del coste por el desplazamiento sino que también hay un incremento del tiempo del propio paciente que le supone salir del domicilio algunas horas antes sumándoles las propias del tratamiento. (Canals &Guillén,2013, 448-352.p)

3.6 Salud general

La interferencia que produce la enfermedad y sus tratamientos en el funcionamiento adaptativo, se ha desarrollado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud. La calidad de vida relacionada con la salud es la evaluación que lleva a cabo el individuo respecto a su salud y su grado de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas, lo cual incluye, entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la

salud, la movilidad y el bienestar emocional. La calidad de vida relacionada con la salud se está constituyendo en un concepto fundamental en la atención integral del paciente con enfermedad crónica.

La calidad de vida relacionada con la salud, han mostrado una estrecha relación con los índices de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, el tratamiento de diálisis genera diversos cambios en la vida del paciente que, de no ser atendidos, pueden disminuir la calidad de vida relacionada con la salud. (Vaca J, 2011**)**

3.7 Dolor corporal

El dolor crónico constituye el síntoma frecuente en muchas de estas enfermedades; éste es entendido como aquel dolor que se mantiene durante un período mayor a seis meses, y su presencia se asocia con dificultades secundarias entre las que se encuentran cambios en la posición socioeconómica, pérdida del trabajo, inseguridad financiera y relaciones disfuncionales.(Vilaguta G et al .,2005)

3.8 Factores que influyen en la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica

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 realización de la hemodiálisis se asocia invariablemente con disminución de la Calidad de Vida, aumento y frecuencia de los síntomas y distress psicológico, correlacionándose la magnitud de esos síntomas con el filtrado glomerular.

• 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. (Rocco & Ametla, 2000,145-147.p)

3.9 Evaluación de la calidad de vida en pacientes con IRC

La evaluación de la Calidad de Vida debe basarse en una amplia serie de criterios y no en un solo aspecto como es dar tratamiento a la patología, además se deberá valorar el impacto futuro de esta patología en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual del individuo.(Fernández G , 2010)

La Calidad de Vida 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.

e) MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo y transversal.

ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, el cual es un hospital de segundo nivel, con cobertura de la región sur del Ecuador constituida por tres provincias: Loja, Zamora Chinchipe y la parte alta de la provincia del Oro. El mismo que cuenta con servicios de ginecología, neurocirugía, cirugía pediatría, medicina interna, traumatología y nefrología; que conjuntamente con la unidad de hemodiálisis se presta los respectivos servicios y tratamientos a los paciente que lo requieran, siendo estos en su mayoría de la población de la ciudad y provincia de Loja y Oro.

Se encuentra ubicado en las calles: Avenida Manuel Agustín Aguirre entre la calle Manuel José Samaniego y Manuel Monteros.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estará constituido por los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja

La muestra son los pacientes que se encuentra en tratamiento con hemodiálisis en la unidad de diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, los mismos que suman un total de 68 personas , de los cuales 12 pacientes son excluidos por criterios. Por lo tanto la muestra quedo constituida por 56 pacientes.

Criterios de inclusión

- Pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben hemodiálisis en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja y que asisten regularmente al tratamiento.
- Pacientes mayores de 14 años
- Contar con la aceptación de los pacientes que deseen colaborarnos en nuestra investigación mediante la contestación de los cuestionarios.

Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedad que lo imposibilite comunicarse verbalmente.
- Pacientes con hipoacusia.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información previamente se solicitó la autorización de los directivos de la unidad de hemodiálisis y el consentimiento informado de los pacientes que intervendrán en el estudio.

El método de recolección de información fue de tipo directo, por medio de una encuesta aplicada durante una entrevista personal que se realizó a cada paciente. El tiempo promedio empleado para la aplicación de la entrevista será aproximadamente 20 minutos por paciente en el desarrollo de su tratamiento.

En la entrevista personal se aplicó un instrumento que consta de dos anexos, los cuales son: el Cuestionario de Antecedentes Personales y el test SF-12.

El Cuestionario de Antecedentes Personales permitió caracterizar a la población. Consta de 4 preguntas cerradas: edad, sexo, escolaridad, tiempo en hemodiálisis y percepción de la calidad de vida, para obtener una dimensión global de ésta, ya que el cuestionario de salud SF-12 no lo entrega.

Para la determinación de la calidad de vida de acuerdo al componente de salud física y mental, se utilizó el cuestionario SF-12, el cual es el componente genérico del KDQOL-36 (ítems 1-12), creado por el doctor John Ware y traducido al español por Alonso y cols. (1995). El cual mide el concepto o constructo de la 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). Es aplicable tanto para la población general como para pacientes en estudios descriptivos y de evaluación, permitiendo obtener 2 puntajes generales: el resumen del componente físico (PCS) y el resumen del componente mental (MCS).

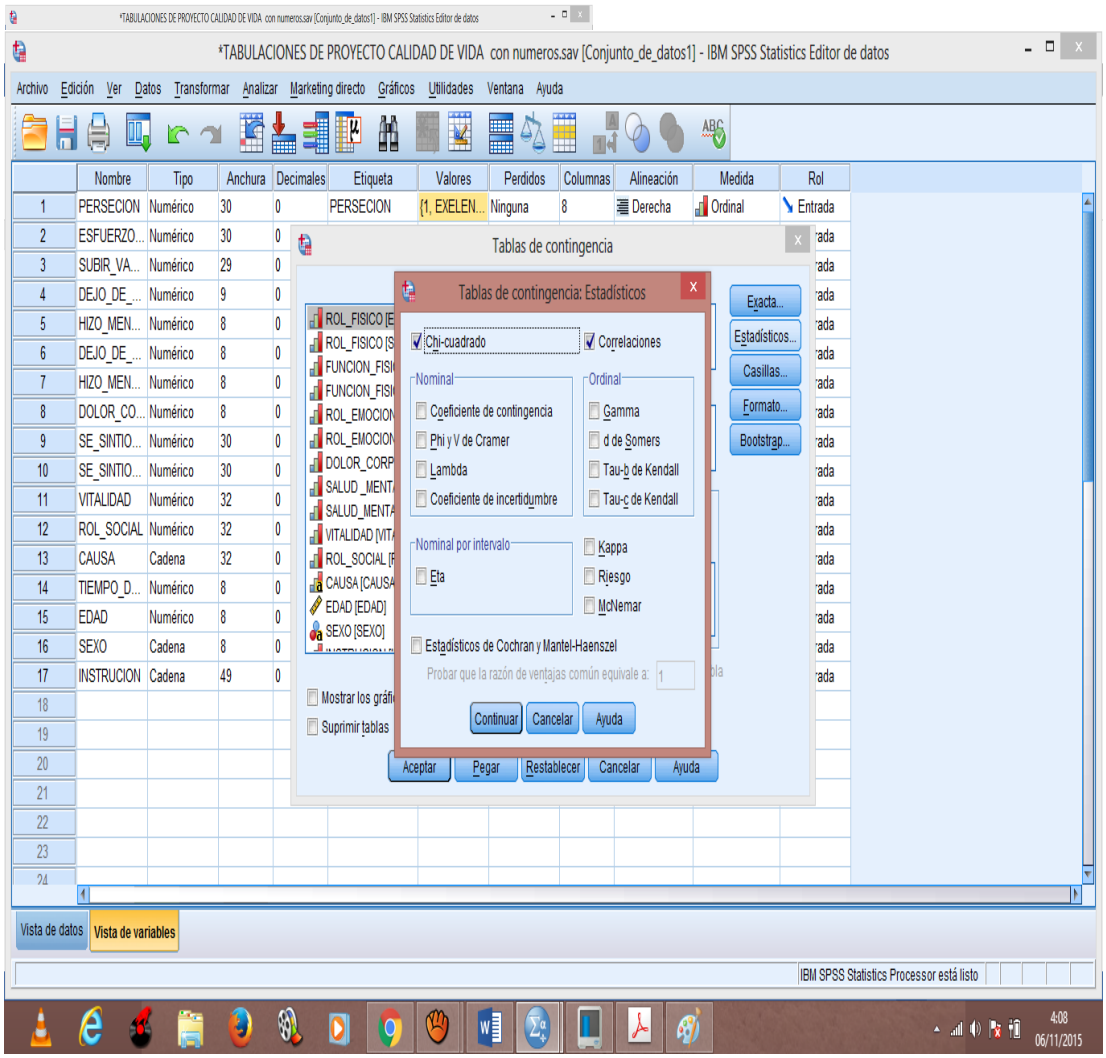
El instrumento consta de 12 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud y está conformado por 8 dimensiones que son: Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (1), Salud General (1). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila

entre tres y cinco, dependiendo del ítem. Para facilitar la interpretación estas puntuaciones se estandarizan con los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como buena o mala calidad de vida. Los valores que toma la escala tienen un recorrido desde 0 a100 puntos, siendo 0 el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS˙

A través de los resultados obtenidos de la aplicación del test SF-12 al grupo de estudio; se realizó una base de datos en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21**,** en donde se tabuló y analizo los resultados, y se elaboraron tablas de frecuencia, porcentaje simple y chi cuadrado.

Calculo del chi cuadrado en el programa SPSS



f).RESULTADOS

TABLA 1

Calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Regional Isidro Ayora Loja 2014.

CATEGORIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MALA	7	12,50%
REGULAR	49	87,50%
BUENA	0	0%
TOTAL	56	100%

FUENTE: Cuestionario de Antecedentes Personales
ELABORACIÓN: Karina E. Betancourt

Se observa que de los 56 pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, 49 resultaron con una calidad de vida regular con un porcentaje de 87,50% y 7 con una calidad de vida mala con un porcentaje del 12,50%.

TABLA N 2

La calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis según el componente de salud física.

CATEGORIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA FUNCIONALIDAD	13	23,20%
MALA FUNCIONALIDAD	43	76,80%
TOTAL	56	100%

FUENTE: SF-12
ELABORACIÓN: Karina E. Betancourt

Se observa que de los 56 pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, 43 resultaron con una mala funcionalidad física con un porcentaje de 87,50% y 13 con una buena funcionalidad física con un porcentaje del 12,50%.

TABLA N 3

La calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis según el componente de salud mental.

CATEGORIZACION	FRECUENCIA	%
BUENA FUNCIONALIDAD	8	14,28%
MALA FUNCIONALIDAD	48	85,71%
TOTAL	56	100%

FUENTE: SF-12
ELABORACIÓN: Karina E. Betancourt

Se observa que de los 56 pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, 48 resultaron con una mala funcionalidad mental con un porcentaje de 85,71% y 8 con una buena funcionalidad mental con un porcentaje del 14,28%.

TABLA 4

***La calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis según el tiempo de hemodiálisis*.**

TIEMPO	CALIDAD DE VIDA						
	BUENA	%	REGULAR	%	MALA	%	P
1-9 meses	0	0	13	23,21%	0	0	0
10-15 meses	0	0	2	3,57%	2	3,57%	0,004
Más de 16 meses	0	0	36	64,28%	3	5,35%	O,004
TOTAL	0		51		5		

FUENTE: SF-12
ELABORACIÓN: Karina E. Betancourt

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,,943[a]	3	0,004
Razón de verosimilitudes	21,470	3	0,004
N de casos válidos	56		

FUENTE: SF-12
ELABORACIÓN: Karina E. Betancourt

Se observa que de los 56 pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, que 36 poseen calidad de vida regular en más de 16 meses de tratamiento con 64,28% y 2 con calidad de vida mala en 10-15 meses de tratamiento con 3,57%.

La prueba de chi cuadrada nos demuestra que encontramos un P menor a 0,005, la cual nos indica que la precepción de la calidad de vida depende del tiempo de tratamiento.

g) DISCUSIÓN

En nuestro país son escasos los estudios realizados alrededor de la calidad de vida del paciente en hemodiálisis, pero en relación con estudios hechos en otros países podemos corroborar que de igual manera la calidad de vida se encuentra disminuida en cifras altas, y existe una sintomatología depresiva con cifras significativas ,que abarca el componente mental.

La calidad de vida en enfermos crónicos como en el caso de pacientes con insuficiencia renal crónica ya ha sido objeto de análisis en diversos estudios. Los resultados obtenidos en el actual trabajo difieren en los resultados de los ya publicados, aunque hay que precisar que no existe uniformidad en los instrumentos de medida de calidad de vida utilizados, ni en las poblaciones seleccionadas.

En este trabajo hemos evaluado Calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora Loja 2014, esto se analizó con la test SF-12 tomando en cuenta el componente físico, mental y relacionando según el tiempo de hemodiálisis. En la población estudiada, se determinó que el 87,50% de los pacientes tienen una calidad de vida regular, 12,50% calidad de vida mala, de la cual está más afectado el componente mental con el 85,71% y el componente físico con menor porcentaje 76,80%.

Comparando con los resultados obtenidos en una investigación realizada en la ciudad de Loja en la Unidad de Hemodiálisis en la Clínica “DIALTICA” durante el periodo agosto 2011 – enero 2012 la Calidad de Vida de los pacientes en conjunto es muy buena, superior a los estándares establecidos por numerosos estudios en los cuales se ha utilizado como herramienta de recolección de datos la encuesta KDQOL – SFTM . Las escalas tanto físicas como mentales, poseen altas puntuaciones que no se encuentran afectadas (Pacheco, JC.2013), lo contrario con lo hallado en la presente investigación que encontramos una calidad de vida regular, pero estos resultados depende de las características sociodemográficas.

En la ciudad de Machala en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Teófilo Dávila, de octubre del 2007 a enero del 2008” la medición de percepción de

calidad de vida en 55,71% de los pacientes es regular en comparación con la población en general(Floril,P.2011); tomando en cuenta que los factores emocionales como la ansiedad y la depresión; juegan un papel muy importante, este dato coincide con nuestro estudio que logramos determinar el 87,50% obtienen calidad de vida regular afectando casi en su totalidad el componente mental en la calidad de vida con un 85,51% de la población en estudio .

En el Centro Hemodial de Azogues en el 2014 se realizó un estudio, evaluando la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con el TEST KDQOL-36 en una población de 63 pacientes, encontrando que poseen una mala calidad de vida, afectando más el componente mental que el físico con 41,73 %, la cual correlaciona con mi estudio ya que en el mismo se encuentra una calidad de vida regular que afecta, el componente mental.(Bermeo &Jiménez ,J.2015)

Estudios actuales realizados con el test SF-12 como en Chile en el 2012 en la Unidad de diálisis y Trasplante del Hospital Regional de Talca, participaron 354 pacientes la cual obtuvieron como resultado en el componente Mental (MCS) puntajes promedios más bajos 31,88 - 37,63 en comparación con el componente físico, nos podemos dar cuenta que en estos pacientes el componente mental[26] está afectando igual que en nuestro estudio.(Guerra ,V.Sanhueza,O&Caceres ,M .2012)

Así mismo igual que en un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 96 pacientes en diálisis de un centro de Tarragona realizado en el 2010, se encontró 68,3% un alto porcentaje de personas con puntuaciones bajo el valor referencial con regular calidad de vida. Al evaluar las puntuaciones del test SF-12, se encontró una media de 39,16 en lo que respecta al componente físico, esta dimensión evalúa las limitaciones sobre el tipo y cantidad de trabajo realizado por el paciente, así como las actividades ordinarias y habituales, todas las relacionadas con la apariencia física y en relación al componente mental se encontró una media de 41,29, lo cual nos habla de que la población estudiada percibe que no se encuentra gozando de buena funcionalidad en estos dos componentes.(Seguí, A. Peris, P. & Ramos, A. 2010)

En Cochabamba – Bolivia en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Clínico “Viedma” 2009, en una muestra de 44 pacientes ,alrededor de un 60 % de ellos

presentan regular calidad de vida , este cambio está marcado a partir del ingreso al tratamiento de hemodiálisis, estos cambios abruptos que se generan afectando a nivel del componente mental que incluye lo afectivo, conductual, social, familiar llevan en la mayoría de los casos a una situación de sobrecarga emocional que es mal manejada por ellos.(Fernández ,G.2007)

Este estudio se correlaciona con mi investigación .En la ciudad de Querétaro, la Clínica de Nefrología, hemodiálisis y transplante renal en el 2012, en una muestra de 42 pacientes evaluaron la calidad de vida con el test WHOQOL -100 obteniendo como resultado una calidad de vida regular, la cual está afectada 42,5%, la que afecta más el componente físico con 52,5% (Esquivel C, Fierro J 2009).

En el Hospital Universitario de Goiás de Brasil la dimensión más baja fue la alteración de la función física con 23,44% que significa que estas personas tienen gran dificultad en la realización de actividades sencillas de la vida diaria (Cunha, L. Teles, L. Vasconcelos, P.Alves, M. & Santos, J.R.2011), la que se contradice con nuestra investigación, ya que en la misma está más afectado el componente mental con el 85,71 % de la población igual que investigaciones ya nombradas.

En relación a la Calidad de Vida, según el tiempo de diálisis, los resultados demuestran que las personas que han recibido el tratamiento sustitutivo por mayor tiempo muestran una regular Calidad de Vida con 64,28%,los pacientes que han iniciado recientemente o llevan menos de 6 meses de tratamiento tienen una mala Calidad de Vida con el 3,57% . Datos que coinciden con el estudio realizado por la Facultad de Chile en el 2006.

Es importante señalar además que esta disminución de la calidad de vida se observa principalmente en los primeros meses de iniciado el tratamiento de hemodiálisis , que es producto de la Enfermedad Renal Crónica disminuyendo en lo posterior del tiempo aunque no de una manera considerable, sino como una adaptación a esta nueva situación que en muchos casos no es adecuada.

El tiempo de tratamiento o la permanencia en diálisis se correlacionaron positivamente con el componente mental y el número de horas en diálisis lo hizo negativamente con el componente físico. Según algunos autores, el tiempo de

tratamiento puede influir negativamente sobre la Calidad de Vida. Se ha encontrado que los mejores puntajes los tienen personas que han estado en hemodiálisis por tiempos más cortos. Sin embargo, en este estudio, las personas que llevaban menos años en diálisis resultaron tener puntuaciones más bajas en el componente mental que las que tenían más años.

Podemos concluir que en nuestro estudio se correlaciona con varias investigaciones, dándonos cuenta que estos pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal poseen una Calidad de Vida regular, afectando los dos componentes que valoran la misma, tomando en cuenta que el más afectado es el componente mental, es por eso que se realiza charla educativa sobre depresión, ansiedad y problemas emocionales, con ayuda de internas de psicología clínica, para mejorar el componente mental y así promover tanto a pacientes, autoridades del HRIAL, personal médico y enfermería que labora en la unidad de hemodiálisis con el fin de mejorar su Calidad de Vida y evitar recaídas, reingresos o complicaciones con los tratamientos.

h) CONCLUSIONES

1. La calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora de Loja es regular con 87,50%.

2. El componente mental se encuentra más afectada en la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora de Loja con el 85,71%.

3. La Calidad de Vida según el tiempo de hemodiálisis, los resultados demuestran que las personas que han recibido mayor tiempo muestran una calidad de vida regular con 64,28% con una duración de tratamiento más de 16 meses, mientras con una porcentaje bajo de 3,57% ,muestran una calidad de vida mala con una duración de 1-9 meses .

4. Se realizó charla educativa sobre la calidad de vida, con la finalidad de que estas influyan en el mejoramiento de la misma, con ayuda de internos de psicología clínica y personal de enfermería.

i) RECOMENDACIONES

1. El ser humano debe ser tratado de manera integral, el Ministerio de Salud Pública y Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, podría aplicar actividades recreativas, reproducir videos informativos, sobre las dimensiones más afectadas, en las horas de realización del tratamiento, para brindar mejorar atención y servicio con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

2. Teniendo presente que la calidad de vida afecta directamente el estado de salud de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, los profesionales de la salud y en formación deberían promover y planificar estudios sobre la Calidad de Vida en pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica y poder observar el comportamiento de la Calidad de Vida, de los mismos en un tiempo determinado en otros centros de diálisis, que no fueron tomados en cuenta para este estudio, a fin de verificar si los resultados encontrados son similares.

3.Que el presente estudio sirva de referencia para que equipos multidisciplinarios que pueden cubrir de mejor manera el inmenso número de factores que juegan un rol en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal, haciendo énfasis en las dimensiones que presentan resultados categorizados como malos o regulares de los pacientes.

j) BIBLIOGRAFÍA

1. Begoña Ruiz de Alegría Fernández de Retana (2008). *"Vivir en diálisis estrategias de afrontamiento y calidad de vida"*,11(9) ,27-32 pp. (en Línea) Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2740656 (Consulta 2014 marzo, 23).
2. Borrero, O. (2010).Cap 62 Hemodiálisis**.** Ramírez, J. Laguna,& M.Rubio *.Fundamentos Médicos Nefrología* ,754-756, pp.
3. Borrero, O. (2010).Cap 59 Insuficiencia Renal Crónica, Dachiardi, R. *Fundamentos Médicos Nefrología* ,737-738.pp. (Consulta 2014 marzo, 23).
4. Esguerra, G. Espinosa, JC. & Gómez, V. (2012) .*Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis* .Tesis de Lcda. De enfermería, Universidad Santo Tomás, Bogotá-Colombia (en línea) Disponible en: http://repository.ucatolica.edu.co:8080/bitstream/10983/1035/1/v10n2a16 .pdf.(Consulta 2014 marzo, 18).
5. Estrada, A. Moreno, JM .Rodríguez, & M. López, M. (2009) *Insuficiencia Renal Crónica.* Universidad Nacional Autónoma de México, 1-31, pp. (en línea) Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf. (Consulta 2014 marzo, 20).
6. Fernández, G. (2009).*Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis* (en línea) Disponible en :http://diariodedialisis.files.wordpress.com/2009/05/calidad-de-vida-en-pacientes-en-hemodialisis-resumen-1.pdf.(Consulta 2014 marzo, 23)
7. Hayanez, C . *Problemática social del enfermo con insuficiencia renal crónica* .(en línea) Disponible en: http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/encame/rociorubio.PD (Consulta 2014 marzo, 24).
8. Harrison (2012). *Principios de medicina interna* ,18ª edición, Vol. II Mc Graw Hill.
9. Hospital Universitario Reina Sofía, Servicio de nefrología. *Guía para pacientes en tratamiento de hemodiálisis (*en línea) Disponible en:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/hemodialisis%20(2).pdf(Consulta 2014 marzo, 23).

10. Hospital Universitario Donostia. (2013). *Guía para el paciente renal en la Unidad de Diálisis*. (en línea) disponible: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85cknoti03/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Paciente_Renal_C.pdf(Consulta 2014 abril, 23).

11. Lorenzo, V. (2013) .Cap 16 Insuficiencia renal crónica; Lorenzo, V. Sellares, JM. Hernández, D. & Hernández, F. *Nefrología del día*, España: Sociedad Española de Nefrología. 335-352 pp.

12. Lorenzo, V. (2013) Cap. 24 Dosis de hemodiálisis**.** Canals, F. & Guillén, M. *Nefrología del día*, España: Sociedad Española de Nefrología, 448-352 pp.

13. Lorenzo, V. (2013).Cap17 Conceptos y definiciones hemodiálisis . Lorenzo, V. Sellares, JM. Hernández, D. & Hernández, F. *Nefrología del día* ,España : Sociedad Española de Nefrología 355-367 pp.

14. Lorenzo, V. (2013) . Cap. 25 Evaluación nutricional y recomendaciones en hemodiálisis**.** Lorenzo, V . *Nefrología del día* España : Sociedad Española de Nefrología ,470-471pp.

15. Pérez, N.& Vargas ,E. (2013) **.***Cumplimiento de los hábitos saludables de los pacientes en hemodiálisis de la unidad de diálisis Lara II C.A Barquisimeto Edo- Lara.* Revista Médica Electrónica (en línea).Disponible en : http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cumplimiento-habitos-saludables-pacientes-hemodialisis/15/ (Consulta 2014 marzo, 23).

16. Polo, R. Hernández, S. Pérez, L. Lapuente, Mª del R, Molina S. López, M. & Moreno, JA. (2013). *¿Cómo incide la actividad física en la satisfacción con la vida de los pacientes renales sometidos a hemodiálisis?*.Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 16(1). (en línea).Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842013000500079&script=sci_arttext&tlng=pt(Consulta 2014 abril, 23).

17. Perales, C .Montilla, K. García, A. & Reyes, G. (2012).*Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal*

crónica en tratamiento de hemodiálisis . Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica,32(5). (en línea). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952012000700009&script=sci_arttext

18. Rondón, M. (2012). *Cap. 6 Insuficiencia Renal Crónica*. Compendio de nefrología , 1(1) ,26-30 pp.

19. Santana, M. Ríos, L. & Castillo, O.(2002). *Influencia del ejercicio físico en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. Instituto Superior de Cultura Física Comandante "Manuel Fajardo " Facultad Holguín ,6(1).(en línea). Disponible en: http://www.cocmed.sld.cu/no61/n61ori5.htm(Consulta 2014 marzo, 23

20. Saeta ,S . Escalona, R .& Feraud, G .(2005). *El ejercicio físico en el tratamiento del enfermo con insuficiencia renal crónica.* Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia,5(1y2). (en línea) Disponible en: http://revistas.um.es/cpd/article/viewFile/93391/89971(Consulta 2014 marzo, 23).

21. Vaca J (2011**),** *"Cap. sobre los hábitos saludables en el estilo de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis del centro dial Ibarra en el período noviembre 2009 a octubre 2010"*. Tesis de Enfermería. Universidad Tecnica del Norte .Ibarra. (en línea) .Disponible en: http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/682

22. Vilaguta , G. Ferrera, M. Rajmilb, L . Rebolloc, P . Miraldad ,G.Quintanae ,JM. Santeda ,R . Valderasa, JM.,Riberad , A. Domingo & A. Alonsoa, F. *El Cuestionario de Salud SF-36 español* . Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica; 19(2):135-50.(página en línea) Disponible en:http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf(Consulta 2014 marzo, 23).

23. Rocco, A. & Ametla, J. (2000) *Calidad de vida en la hipertensión arterial*. España editorial panamericana. pp. 145-147

24. Pacheco ,JC. (2013). *Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis en la Clínica "DIALTICA" de la ciudad de Loja durante el periodo agosto 2011 – enero 2012*. Tesis de Medicina,Univercidad Técnica Particular de Loja . Disponible en: :

http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/10636/1/Pacheco%20Nagua%20Juan%20Carlos.pdf (Consulta 2015 ,octubre 20)

25. Bermeo M, Jiménez J.(2015), *Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis en el centro hemodial de Azogues 2014* . Tesis de Enfermería ; Universidad de Cuenca.(en línea) Disponible en : http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21563/1/TESIS.pdf (Consulta 2015 ,febrero 20)

26. Guerra, V. Sanhueza ,O.& Cáceres, M. (2012). *Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio.* Revista Latino Americana de Enfermería, 20(5) 10pp.(en línea) Disponible en: *file:///C:/Users/Usuario/Downloads/48622-59291-1-PB%20(3).pdf* (Consulta 2015 ,enero 20)

27. Floril, P. (2011). *"Calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis Hospital Teófilo Dávila, de octubre del 2007 a enero del 2008".* Tesis de Magister, Universidad de Guayaquil.(en línea) Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1169/1/(TESIS%20MARIA%20FLORIL%20PE%C3%91A).pdf (Consulta 2015 ,enero 20)

28. Seguí, A.Peris, P. & Ramos, A.(2010). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis*. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica,13(3) (en línea) Disponible en:*http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113913752010000300002&script=sci_arttext* (Consulta 2015 ,octubre 20)

29. Fernández, G.(2007), *Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis del Hospital Clínico Viedma* (H.C.V.) – Cochabamba – Bolivia.(en línea) Disponible en: https://diariodedialisis.files.wordpress.com/2009/05/calidad-de-vida-en-pacientes-en-hemodialisis-resumen-1.pdf (Consulta 2015, octubre 20)

30. Esquivel ,C. & Fierro, J. (2009). *Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis*. (en línea) disponible en: http://www.cmim.org/boletin/pdf2009/MedIntContenido06_06.pdf. (Consulta 2015, febrero 20)

31. Cunha, L. Teles ,L. Vasconcelos, P.Alves, M.& Santos, J.R.(2011). *Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal.* Revista de la Sociedad Española de Enfermería NefrológicA,1(23) 1-64 pp. (en línea)disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412011000300011&script=sci_arttext (Consulta 2015, febrero 20)

k) ANEXOS

ANEXO 1

Loja, 22 de mayo de 2014

Dra. Yadira Gavilanes Cueva

GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

Ciudad.-

De mi consideración:

KARINA BETANCOURT AZANZA, portadora de la CI 0104857719 estudiante del X módulo de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo respetuosamente ante su autoridad extendiéndole un cordial y afectuoso saludo, y a la vez solicitarle autorice el permiso correspondiente para la realización del proyecto de tesis titulado "**CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA 2014**" de mi autoría.

Por la favorable atención que se digne en dar a la presente, le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

KARINA BETANCOURT AZANZA

0104857719

Favor Coordinación Docencia cobrar la pertinencia de lo solicitado.

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
22-05-2014
Dra. Yadira Gavilanes C.
GERENTE HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
RECIBIDO
Loja, 22-05-14 Hora 12:35
Firma:
SECRETARIA GENERAL

Autorizado
29-05-2014
Dr. Luis Guerrero

Dr. Daniel Pacheco M.
MEDICINA INTERNA
REG. SENESCYT No. 1309
REG. CONAMED No. 76 No. 2
REG. MSP No. 11-09-2

ANEXO 2

Loja 22 de octubre del 2015

Dr. Luis Guerrero L.,
JEFE DE HEMODIALISIS

CERTIFICA:

Que la Egresada Sra. Karina Estefanía Betancourt Azanza portador de la cedula N° 0104857719, realizo la recolección de datos en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja en el 2014para su tesis titulado, "**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA LOJA 2014 "**

Todo esto lo certifico en honor a la verdad, pudiendo el peticionario hacer uso del presente en lo que estime conveniente a sus intereses.

Atentamente

Dr. Luis Guerrero L.,

JEFE DE HEMODIALISIS

ANEXO 3

Loja 22 de octubre del 2015

Lcda. Fanny Balcázar
JEFA DE ENFERMERIA DE HEMODIALISIS

CERTIFICA:

Que la Egresada Sra. Karina Estefanía Betancourt Azanza portador de la cedula N° 0104857719, realizo charlas sobre Calidad de vida y motivación a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de Lojacon ayuda de trípticos y videos.

Todo esto lo certifico en honor a la verdad, pudiendo el peticionario hacer uso del presente en lo que estime conveniente a sus intereses.

Atentamente

Lcda. Fanny Balcázar

JEFA DE ENFERMERIA DE HEMODIALISIS

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sra.-Sr.

Por medio del presente me dirijo respetuosamente ante usted extendiéndole un cordial y afectuoso saludo, y a la vez comunicarle que con el propósito de realizar el estudio investigativo titulado **"CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA 2014"** solicito su participación y autorización para aplicar ENCUESTAS, las que permitirán obtener información que serán útiles para el desarrollo de la investigación. Por lo que reitero mi pedido para contar con su valiosa participación y consentimiento informado - escrito.

Nombre y apellidos del participante.

…….
.

Firma de autorización.

……..

C.I.……

ANEXO 5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Tema: "Calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja 2014 "

CUESTIONARIO N°1

Instrucciones: por favor conteste con honestidad la respuesta, que nos servirá para hacer nuestra investigación.

Datos sociodemográficos:

Edad_____

Sexo_____

Tiempo en hemodiálisis_____

Escolaridad: _____

Como es la precepción de su calidad de vida:

☐ **Buena** ☐ **Regular** ☐ **Mala**

ANEXO 6

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Tema: "Calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja 2014 "

Cuestionario de salud para medir para medir Calidad de Vida SF-12

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y por favor conteste con honestidad subrayando la respuesta que crea conveniente .Por favor marque una sola respuesta

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

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐
Excelente	**Muy buena**	**Buena**	**Regular**	**Mala**

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así.

	Sí, me limita mucho	**Sí, Me limita un poco**	**No, no me limita nada**
2.-Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora,	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

o caminar más de 1 hora

3.-Subir varios pisos por la escalera

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	1 SÍ	2 NO
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hace	☐	☐
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	☐	☐

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1 SÍ	2 NO
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	☐	☐
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	☐	☐

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su tra[illegible]o habitual (inc[illegible]o el trabajo fu[illegible] de casa y las [illegible]eas domésticas[illegible]?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	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. Durante las 4 últimas semanas.

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. se sintió calmado y tranquilo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. tuvo mucha energía?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Se sintió desanimado y triste?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Durante <u>las 4 últimas semanas</u>, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Siempre	**Casi Siempre**	**Algunas veces**	**Sólo alguna vez**	**Nunca**
☐	☐	☐	☐	☐

GRACIAS

ANEXO 7

ANEXO 8

ANEXO 9

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
MEDICINA
CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL
PROHIBIDO RENDIRSE
"La actitud frente a la enfermedad y las acciones posteriores que realices junto a tu familia o cuidador, condicionaran tu calidad de vida"
¿QUIÉN ME SACARÁ LAS DUDAS?
"EL EQUIPO DE SALUD"
REALIZADO POR: KARINA ESTEFANIA BETANCOURT AZANZA

ALIMENTACIÓN
ALERTA
LÍQUIDOS
MEDICACIÓN
RECORDAR
TRATAMIENTO
COMPLETO
Estilo de Vida Saludable
* Desarrolle alguna actividad física, de acuerdo a su capacidad.
* No Fume ni beba alcohol en exceso.
* Aproveche sus horas de sueño y descanso.
* Coma lo necesario, evite el exceso.
Actitud Positiva
* Exprese sus preocupaciones o dudas al equipo de salud.
* Integrese a su familia, participando de actividades del hogar.
* De ser posible continúe con su actividad laboral.
* Comparta sus sentimientos con familiares y amigos permítales ser parte de su realidad para juntos aprender a cuidarse.
* Asuma a través del perdón la responsabilidad por la actitud y calidad de vida que desea vivir consigo mismo y con los demás, deje atrás culpas y resentimientos.
* Mantenga un enfoque positivo y una actitud de agradecimiento con quienes lo cuidan y apoyan.
* Incorpore una práctica espiritual, según sus creencias como parte importante de su vida y en especial como apoyo de su terapia.
ACCESO VASCULAR
REVISE
HIGIENE PERSONAL
MANTENGA
ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA
REALICE

ÍNDICE

Certificación.....II
Autoría.....III
Carta de autorización.....IV
Dedicatoria.....V
Agradecimiento.....VI
a) Tema.....1
b) Resumen.....2
Sumary/Abstrac.....3
c) Introducción.....4
d) Revisión de literatura..... 6

CAPíTULO I

1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....6

1.1 Definición.....6
1.2 Causas.....6
1.3. Evaluación.....7
1.4 Factores de Riesgo.....8
1.4.1 Factores de susceptibilidad son los que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad renal crónica.....8
1.4.2 Factores iniciadores son los que están implicados en el inicio del daño renal 8
1.4.3 Factores de progresión son los que determina cómo evoluciona la enfermedad. 8
1.5 Manifestaciones clínicas.....9
1.6 Diagnostico.....10
1.6.1Historia clínica. 11
1.6.2 Exámenes de laboratorio.....11
1.6.3 Imagenología.....11
1.6.4 Biopsia renal.....12
1.7 Tratamiento.....12

CAPíTULO II

2. HEMODIALISIS……13

2.1. Definición…….....13

2.2. Cómo funciona la Hemodiálisis……..13

2.2.1. Ultrafiltración……13

2.2.2. Cuando iniciar la diálisis ……...14

2.2.3. Dosis de hemodiálisis……14

2.2.3.1. Modelo cinético de la urea……14

2.2.4 Como prepararse ……15

2.2.4.1. Fistula Arterio venosa…….....15

2.2.4.2. Catéter……15

2.2.4.3. Aspectos Generales para el cuidado de un Acceso vascular…….16

CAPíTULO III

3. CALIDAD DE VIDA……..17

3.1. Definición……..17

3.2. Actividad física……18

3.3. Rol emocional…….....19

3.4. Salud mental……19

3.5. Función social…….....19

3.5.1. Problemas laborales…….....19

3.5.2. Problemas familiares……20

3.5.3. Problemas de dependencia por el tratamiento. ……...21

3.5.4.- Problemas de desplazamiento…….....21

3.6. Salud general……...22

3.7. Dolor corporal……..22

3.8. Factores que influyen en la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica……22

3.9 Evaluación de la calidad de vida en pacientes con IRC.,……..23

e).Materiales y métodos……..24

f).Resultados y Analisis.....27

g) Discusión.....31

h).Conclusiones……35

i).Recomendaciones……36

j).Bibliografía.....37
k) Anexos.....42
Índice