



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

TÍTULO:

Factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en enfermos renales crónicos de la Unidad de Diálisis, hospital Isidro Ayora

**Tesis previa la obtención del
título de Médico General**

AUTORA: Evelyn Gabriela Vera Laines

DIRECTOR: Dr. Salazar Ortega, Antonio Israel, Esp.

LOJA – ECUADOR

2021

Certificación

Loja, 03 de diciembre de 2021

Dr. Antonio Israel Salazar Ortega, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

Certifica:

Que el trabajo de tesis previo a la obtención de título de Médico General de autoría de la señorita Evelyn Gabriela Vera Laines, denominado **“Factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en enfermos renales crónicos de la Unidad de Diálisis, hospital Isidro Ayora”** ha sido dirigido y revisado en su totalidad durante su ejecución por lo que autorizo su presentación y sustentación ante los organismos pertinentes.



Firmado electrónicamente por:
**ANTONIO ISRAEL
SALAZAR ORTEGA**

Dr. Antonio Israel Salazar Ortega, Esp

DIRECTOR DE TESIS

Autoría

Yo, Evelyn Gabriela Vera Laines, declaro ser la 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 del mismo.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el repositorio institucional a través de la Biblioteca Virtual.

Evelyn Gabriela Vera Laines

Cédula: 0705460152

Fecha: 03 de diciembre de 2021

Carta de autorización

Yo, Evelyn Gabriela Vera Laines, declaro ser autora de la tesis titulada “Factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en enfermos renales crónicos de la Unidad de Diálisis, hospital Isidro Ayora” como requisito para optar el grado de Médico, 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 las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

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 3 días del mes de diciembre del 2021, firma su autora.

Autora: Evelyn Gabriela Vera Laines

Cédula: 0705460152

Correo electrónico: evelyn.vera@unl.edu.ec

Celular: 0997403844

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Antonio Israel Salazar Ortega, Esp.

Tribunal de Grado:

Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdivieso, Esp. – Presidenta del Tribunal

Dra. Yadira Patricia Gavilanes Cueva, Esp. – Miembro del Tribunal

Dra. Angelica María Gordillo Iñiguez, Esp. – Miembro del Tribunal

Dedicatoria

A Dios, por darme la paciencia, sabiduría y entendimiento para culminar mi mayor reto.

A mi familia, en especial a mi madre: Gadina Amparo Laines Quimí, por su apoyo moral, económico y su amor incondicional; a mi tío Francisco Federico Laines Quimí, que hoy desde el cielo me ilumina cada día.

A mis hijos Doménica Gabriela y Liam Efraín, quienes son mi motor, fortaleza y motivo de superación.

A mi esposo Oscar Leonardo Montoya Luca, por su apoyo incondicional.

A mis amigos y amigas, por ayudarme de alguna u otra manera en el transcurso de mi carrera sin pedir nada a cambio.

Evelyn Gabriela Vera Laines

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme dado la vida y sabiduría para permitirme desarrollar mi trabajo exitosamente; a mi familia por ser el pilar fundamental para que este barco haya llegado a puerto seguro; a la Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana y la Carrera de Medicina por permitirme vivir una gran experiencia profesional y humana dentro de sus aulas; a mis docentes por impartirme sus conocimientos y enseñanzas sin egoísmo. A mi director de tesis por la paciencia, por saberme guiar dentro de este mar de palabras y procedimientos. Al Hospital Isidro Ayora en el cual realicé el Internado Rotativo, por facilitarme la recolección de datos y guiarme en mis prácticas pre-profesionales. Finalmente agradezco a todas las personas que de alguna u otra forma hicieron posible la realización de este proyecto y que contribuyeron a culminar mi carrera.

Evelyn Gabriela Vera Laines

INDICE DE CONTENIDO

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento.....	vi
INDICE DE CONTENIDO.....	vii
INDICE DE TABLAS	xii
1. Título.....	1
2. Resumen	2
Abstract	3
4. Revisión de literatura	7
10.1 Insuficiencia Renal Crónica	7
4.1.1 Definición.....	7
4.1.2 Etiología.....	7
4.1.3 Epidemiología.....	7
4.1.4 Fisiopatología.	8
4.1.5 Manifestaciones Clínicas.....	8
<i>4.1.5.1 Enfermedad cardiovascular</i>	<i>9</i>
<i>4.1.5.2 Anemia y alteraciones de la hemostasia</i>	<i>10</i>
<i>4.1.5.3 Osteodistrofia Renal.</i>	<i>10</i>

4.1.5.4 Acidosis metabólica.	11
4.1.5.5 Malnutrición	11
4.1.5.6 Alteraciones hidroelectrolíticas	11
4.1.5.7 Alteraciones gastrointestinales	11
4.1.5.8 Alteraciones neurológicas.	12
4.1.5.9 Alteraciones de la inmunidad e infecciones.	12
4.1.6 Factores de Riesgo	12
4.1.6.1 Factores de riesgo modificables.	12
4.1.6.1.1. Control de presión arterial.....	12
4.1.6.1.2 Proteinuria y Enfermedad Renal.....	13
4.1.6.1.3 Dislipidemia y Enfermedad Renal Crónica.....	13
4.1.6.1.4 Tabaquismo.	13
4.1.6.1.5 Fósforo.....	13
4.1.6.1.6 Niveles plasmáticos de Aldosterona.	14
4.1.6.1.7 Hiperuricemia.	14
4.1.6.1.8 Obesidad.....	14
4.1.6.1.10. Alcohol. A	15
4.1.6.2 Factores de riesgo no modificables.	15
4.1.6.2.1 Predisposición Genética.....	15
4.1.6.2.2 Factores raciales.	15
4.1.6.2.3 Factores materno – fetales.	15

4.1.6.2.4 <i>Edad</i>	15
4.1.6.2.5 <i>Género</i>	15
4.2. Calidad de Vida	16
4.2.1. Definición	16
4.2.2 Características	19
4.2.3 Dimensiones	19
4.2.4 La calidad de vida relacionada con la salud	20
4.2.5 Caracterización familiar de los pacientes con ERC	20
4.2.6 Test para determinar Calidad de Vida de los Enfermos Renales Crónicos	21
5. Materiales y Métodos	23
5.1. Enfoque	23
5.2. Tipo de estudio	23
5.3. Unidad de estudio	23
5.4. Período	23
5.5. Universo	23
5.6 Muestra	23
5.7 Criterio de inclusión	23
5.7 Criterios de exclusión	23
5.9. Métodos e instrumentos de recolección	23
5.9.1. Métodos	23

5.9.2. Instrumentos.....	24
5.10. Procedimiento.....	24
5.11. Plan de tabulación y análisis.	25
5.12. Materiales	25
6. Resultados.....	26
6.1 Resultados para el primer objetivo	26
6.2 Resultados para el segundo objetivo	28
6.3 Resultados para el tercer objetivo	28
7. Discusión.....	31
8. Conclusiones.....	34
9. Recomendaciones.....	35
10. Bibliografía.....	36
10.1 Lista de Tablas	41
11. Anexos.....	42
Anexo 1. Solicitud de pertinencia.....	42
Anexo 2. Pertinencia del tema de tesis	43
Anexo 3. Designación del director de tesis	44
Anexo 4. Autorización para recolección de datos	45
Anexo 5. Certificado de inglés	46
Anexo 6. Consentimiento informado	47
Anexo 7. Formulario de recolección de datos	49

Anexo 8. Cuestionario de calidad de vida SF-36.....	51
Anexo 9. Base de datos	58
9.1 Datos personales y factores de riesgo cardiovasculares	58
9.2 Calidad de vida en enfermos renales crónicos con factores cardiovasculares de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora	59
Anexo 10. Proyecto de tesis.....	64

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores de riesgo cardiovasculares no modificables en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora período abril-diciembre 2019	26
Tabla 2 Factores de riesgo cardiovasculares modificables en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora período abril-diciembre 2019	27
Tabla 3 Calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica según los componentes físico y mental período abril-diciembre 2019	28
Tabla 4 Relación de los factores de riesgo cardiovasculares en enfermedad renal crónica y componente físico de calidad de vida período abril-diciembre 2019	29
Tabla 5 Relación de los factores de riesgo cardiovasculares en enfermedad renal crónica y componente mental de calidad de vida período abril-diciembre 2019	29

1. Título

Factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en enfermos renales crónicos de la Unidad de Diálisis, hospital Isidro Ayora

2. Resumen

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica, suele sufrir cambios psicológicos, sociales y en su estilo de vida, que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia. Es por este motivo, que es trascendental estudiar los factores fisiopatológicos y la calidad de vida de estos pacientes, ya que nos permite analizar en qué medida su vida, es afectada por las diferentes intervenciones que requieren y por los daños que les provoca la enfermedad. El presente estudio tuvo como objetivo general: determinar los factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, para ello se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, en una muestra de 83 pacientes. La investigación permitió determinar que, en el grupo de pacientes en estudio predomina: el sexo masculino 65,06% (n=54) respecto del femenino 34,94% (n=29); con edades de entre 59 a 68 años 22,89% (n=19); con una o dos patologías asociadas por paciente, siendo la hipertensión arterial el antecedente personal que predomina 65,06% (n=43). En cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares modificables el de mayor predominio es la obesidad 54,22% (n=45) y el de menor predominio es el consumo de alcohol 36,14% (n=30).

La calidad de vida evaluada con el cuestionario SF-36 tanto en el componente mental como en el componente físico, determinaron una percepción de buena calidad de vida. Además, al establecer la relación entre factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en enfermos renales crónicos, se obtuvo el valor de $p= 0,179$ lo que significa que no es estadísticamente significativo.

Palabras claves: Insuficiencia Renal Crónica, Factores de riesgo, Calidad de vida

Abstract

The patient with Chronic Kidney Disease usually suffers psychological, social and lifestyle changes that not only affect him/her, but also the whole family. For this reason, it is transcendental to study the physiopathological factors and the quality of life of these patients, since it allows to analyze to what extent their lives are affected by the different interventions they require and by the damage caused by the disease. The general objective of this study was to determine the cardiovascular risk factors and quality of life in patients with Chronic Kidney Disease in the Dialysis Unit of the Hospital Isidro Ayora in the city of Loja, for which a quantitative, descriptive study was carried out in a sample of 83 patients. The research allowed to determine that in the group of patients studied there was a predominance of male sex 65.06 % (n = 54) with respect to female sex 34.94 % (n = 29); with ages from 59 to 68 years 22.89 % (n = 19); with one or two associated diseases per patient, with arterial hypertension as the predominant personal history 65.06 % (n = 43). Regarding the modifiable cardiovascular risk factors, the most predominant was obesity 54.22 % (n = 45), and the lowest predominant was alcohol consumption 36.14 % (n = 30). The quality of life evaluated with the SF-36 questionnaire in both the mental and physical components determined a perception of good quality of life. In addition, when establishing the relationship between cardiovascular risk factors and quality of life in chronic renal patients, not a statistically significant value of $p= 0.179$ was obtained.

Key words: *Renal Insufficiency Chronic, Risk factors, Quality of life.*

3. Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es la presencia de indicadores de lesión renal igual o mayor a tres meses de duración, acompañados de alteraciones estructurales o funcionales del riñón y manifestados por anormalidades histopatológicas, estudios de imagen o estudios de laboratorio (sangre u orina) con presencia o ausencia de disminución de la filtración glomerular (FG), pero que pueden resultar en una reducción progresiva de la tasa de filtración glomerular (TFG); específicamente se considera diagnósticos la presencia de TFG < 60 ml/min/1.73 m² de superficie corporal de 3 meses o más de duración, se acompañe o no de otros indicadores de daño renal y presencia de lesión renal. (Ramos, 2021)

La Organización Mundial de Salud (OMS) la define como una epidemia, entre el 10 y 20% de la población la padece en cualquier etapa evolutiva. La prevalencia de esta patología está creciendo debido al incremento de población con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. (OMS, 2013)

La enfermedad renal tiene un efecto importante en la salud global, como causa directa de morbilidad y mortalidad global y como factor de riesgo importante para la enfermedad cardiovascular. A nivel mundial, en 2019, 1.2 millones de personas murieron de ERC (Lancet, 2020)

En Estados Unidos 19.2 millones de adultos padecen ERC en etapa temprana y 700 mil en etapa terminal y se ha registrado un aumento hasta del 28% en 11 años. (Rodríguez Cumplido, 2013)

Según datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2014) la ERC es una de las principales causas de muerte en el país, ocupa el cuarto lugar en atención hospitalaria en hombres y el décimo en mujeres, específicamente el estado de Veracruz ocupa el décimo lugar a nivel nacional con este tipo de pacientes, destacando que en la región sur radica el 80%. Así mismo la secretaria de Salud en Veracruz reporta 23,836 diabéticos y 32,644 hipertensos, es decir 56,480 candidatos a enfermedad renal tan solo en 2008 y 2009 en este estado. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

Refiriéndonos a nuestra región, en América Latina, la ERC es la octava causa de muerte a nivel regional y esta patología se encuentra entre las 5 causas de muerte más frecuentes en 9 países de la región. Según las estadísticas regionales en los últimos 25 años, ha pasado de ser la trigésima a la vigésima causa de pérdida de años de vida saludable y es en la actualidad la décima causa general de años de vida saludable perdidos en Latinoamérica, siendo una de las tres causas más habituales en 3 países de nuestra región. (Tamayo & Lastiri, 2019)

En Ecuador, esta institución registra que el 9% de la población sufre de algún tipo de enfermedad renal, con un crecimiento anual del 19%. Se estima que alrededor de 1.170.000 ecuatorianos, (según la Asociación Americana de Nefrología), padecen de insuficiencia renal crónica de los cuales solo un 17% recibe tratamiento en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), otro 5% a través de instituciones semipúblicas o fundaciones y el 78% restante está completamente desprotegido. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014) En la ciudad de Loja hasta el mes de marzo de 2016 en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, se contabilizaron alrededor de 250 casos de personas que padecían de ERC y se sometían a hemodiálisis, cantidad muy superior comparada a los casos reportados en años anteriores (Ponce A, 2016)

Como es de conocimiento en Latinoamérica, en Ecuador y en el Ministerio de Salud Pública es muy escasa la información acerca del tema, por lo que este estudio nos permitirá conocer los principales factores de riesgo cardiovasculares y si influye o modifica la percepción de calidad de vida en los enfermos renales crónicos, para trabajar en la prevención de la enfermedad y poder sugerir un tratamiento oportuno.

La Calidad de Vida (CV) es un término utilizado para describir varios aspectos de la salud, por lo que involucra la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. (Ramos, 2021)

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye lo físico, lo psicológico y lo social. Estas dimensiones son influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto, y pueden ser definidas como percepciones de la salud. (Aragón & Zapata, 2020)

Se ha demostrado que tanto la ERC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global. (Robles Espinoza & De la Rosa-Galván, 2016)

En el caso de los pacientes con enfermedad renal, el eje de la calidad de vida que se ve afectado de manera más evidente es el de la salud física, que, al estar en continua interacción con los ejes de trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los modifica necesariamente, unos más que a otros y de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de las particularidades de cada paciente. (Rodríguez Cumplido, 2013)

El proyecto de investigación titulado “Factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en enfermos renales crónicos de la Unidad de Diálisis, hospital Isidro Ayora” tuvo como objetivo general: determinar los factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja período abril – diciembre 2019, para su realización se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Determinar los principales factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
- Identificar el nivel de la calidad de vida en enfermos renales crónicos con factores cardiovasculares de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
- Establecer la relación entre los factores de riesgo cardiovasculares y la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

4. Revisión de literatura

10.1 Insuficiencia Renal Crónica

4.1.1 Definición. El término insuficiencia renal crónica denota el proceso de disminución irreversible, intensa e incesante en el número de nefronas y típicamente corresponde a los estadios o etapas 3 a 5 de la CKD (*Chronic Kidney Disease*). (Dan L. Longo, y otros, 2017)

La ERC se define como la disminución de la función renal, expresada por una TFG (Tasa de Filtración Glomerular) $< 60 \text{ mL/min/1.73m}^2$ o como la presencia de daño renal durante más de 3 meses, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal como albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen. (López, 2012)

4.1.2 Etiología. Diferentes entidades clínicas pueden producir ERC. Virtualmente todas las causas de nefropatía pueden producir una disminución crónica del FG y acabar siendo responsables de IRCT (Insuficiencia Renal Crónica Terminal). De ellas, según la información recogida en la mayoría de los registros, las principales causas son: la Diabetes Mellitus Tipo II, las Glomerulonefritis, las Nefropatías Intersticiales (incluyendo la Pielonefritis Crónica), las Enfermedades Vasculares y la Hipertensión (Nefroangioesclerosis o Nefropatía Hipertensiva), algunas Nefropatías Hereditarias y las Neoplasias. (Olalla, 2014)

Un hecho de considerable importancia en la etiopatogenia de la ERC es el concepto de progresión de la misma. Una vez producido un daño inicial por el agente etiológico específico y una vez alcanzado un dintel de daño renal se produce, por diferentes mecanismos un progresivo deterioro de la función renal, que es independiente de la causa que produjo el daño inicial y que va a continuar incluso aunque desaparezca el agente que indujo dicho daño. (James & colaboradores, 2015)

4.1.3 Epidemiología. En general, se acepta que en Europa aproximadamente entre 80-100 pacientes por millón de población llegarán al estadio de IRCT cada año, por tanto, fallecerían si no recibieran tratamiento sustitutivo, y similares cifras se barajan también en Australia, sin embargo, en EE.UU. estas cifras son considerablemente más altas, llegando a ser de aproximadamente 300 pacientes por millón de población, posiblemente por la mayor incidencia de IRC en grupos étnicos como afro-americanos y nativos americanos, donde la hipertensión arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus tienen una incidencia considerablemente más alta. (Ruiz J, 2012)

En cualquier caso, esta incidencia es relativamente baja si se compara con las patologías más frecuentes en la sociedad, como son la Cardiopatía Isquémica, el Ictus, la Diabetes o el Cáncer, pero el elevado gasto sanitario que genera el tratamiento sustitutivo de estos pacientes hace que esta entidad tenga una importancia de primer nivel desde el punto de vista epidemiológico. (Ruiz J, 2012)

La prevalencia de la IRC varía con la edad, es más frecuente en los pacientes mayores y es mayor en determinados grupos étnicos como son los de raza negra o algunos grupos asiáticos. Es de destacar que esta prevalencia está aumentando en las últimas décadas, principalmente como consecuencia del aumento de la prevalencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el mundo occidental. De hecho, un estudio americano realizado a principios de esta década estima que cada año se producirá un aumento en la incidencia de IRC de aproximadamente un 6-7%. (Salud & Vásquez Romero, 2017)

Existen algunos estudios que han tratado de estimar la prevalencia de ERC, en base al análisis de muestras representativas de la población general y han encontrado resultados sorprendentes, de forma que hasta un 5% de la población de sexo masculino y cerca de un 2% de la población de sexo femenino en EE. UU podría tener una creatinina sérica elevada (mayor de 1,5 mg/dl), lo que podría suponer una prevalencia aproximada de 6 millones de personas en dicho país en el año 1990. (Salud & Vásquez Romero, 2017)

4.1.4 Fisiopatología. La ERC esencial, se define como la FG anormalmente elevada no asociada con enfermedades que cursan secundariamente con hipertensión (enfermedad renovascular, feocromocitoma, hiperaldosteronismo, etc.) o a un trastorno monogénico hipertensivo (síndrome de Liddle, aldosteronismo corregible con glucocorticoides, déficit de 11 beta-hidroxilasa, etc.). La ERC es el resultado de un proceso en el que intervienen dos tipos de factores: los que inician la disregulación del FG, o inductores, y los que determinan la elevación del FG, o efectores. (Diez & Alvarado, 2015)

4.1.5 Manifestaciones Clínicas. La Insuficiencia Renal produce manifestaciones clínicas por dos razones fundamentales que son la retención de productos del metabolismo que deberían ser eliminados y se acumulan (urea, creatinina, otros productos nitrogenados, fósforo, potasio, sodio y agua, etc.) y el déficit de hormonas y otras sustancias que normalmente produce el riñón, pero en este caso no se elaboran en cantidad suficiente (sobre todo eritropoyetina y vitamina D3 activa, el 1,25-dihidroxicolecalciferol). (Mushnick, 2011)

Cuando la pérdida de función es aproximadamente entre el 50 y el 66% (estadio III de la clasificación K/DOQI) es cuando empiezan a aparecer alteraciones bioquímicas

(elevación de la urea y la creatinina plasmáticas) y síntomas clínicos (nicturia, poliuria y los derivados de la anemia renal, que en esta fase suele ser leve). (Dan L. Longo, y otros, 2017)

En el estadio IV los síntomas suelen ya ser floridos, sobre todo derivados de la anemia y de la elevación de los productos nitrogenados en sangre y suele asociarse hiperfosforemia, hipocalcemia, acidosis metabólica e hiperpotasemia. (Dan L. Longo, y otros, 2017)

Finalmente, en el estadio V se suelen asociar a las alteraciones anteriores la retención de sodio y agua, anorexia, vómitos, aturdimiento mental y en fases finales edema pulmonar y convulsiones, entre otras manifestaciones, antes de la muerte del paciente. (Dan L. Longo, y otros, 2017)

4.1.5.1 Enfermedad cardiovascular. La uremia se asocia con un riesgo cardiovascular elevado y esta es la principal causa de mortalidad de estos pacientes. Esto es especialmente marcado en los pacientes jóvenes. Así, por ejemplo, en el rango de edad entre 25 y 35 años los pacientes en diálisis tienen una mortalidad de origen cardiovascular unas 100 veces superior a la de los pacientes sin IRC de la misma edad. (Dan L. Longo, y otros, 2017)

De hecho, el pronóstico de vida de un paciente de edad media a la entrada en diálisis es inferior al de algunos cánceres. La HTA es casi universal en alguna fase y es el factor de riesgo más importante. Los factores de riesgo clásicos tienen también importancia en los pacientes con IRC, pero además se reconocen otros factores de riesgo específicos de la uremia (tabla 1).

Tabla 1. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES PRESENTES EN LOS PACIENTES CON ERC	
Factores de riesgo clásicos	Factores de riesgo específicos de uremia
Dislipidemia	Hiperparatiroidismo
Hipertensión Arterial	Hiperfosfatemia
Hiperinsulinemia	Diálisis inadecuada
Hipercoagulabilidad	Hiperhomocisteína
Tabaquismo	Sobrecarga de Hierro Iatrogénica
Obesidad	Disfunción Endotelial
Sedentarismo	Disminución de las defensas antioxidantes

Fuente: Farreras y Rozman. (2020). Medicina Interna. Editorial Elsevier. 19ª Edición. Volumen 1. Pág. 829

Elaboración: Vera Laines Evelyn Gabriela

La principal alteración es una Arterioesclerosis acelerada (a consecuencia de la HTA y la Dislipidemia, sobre todo, además de otros factores de riesgo cardiovascular), responsable de cardiopatía isquémica, ictus isquémico, enfermedad vascular periférica, etc. (Diez & Alvarado, 2015)

Es importante destacar que la proteinuria e incluso la microalbuminuria son factores de riesgo cardiovascular importantes en estos pacientes y su control, como veremos más adelante es importante no solo para frenar la evolución de la IRC sino también para reducir el riesgo cardiovascular general. (Diez & Alvarado, 2015)

Las calcificaciones vasculares son en gran parte consecuencia de las alteraciones del metabolismo fosfocálcico y tienen también un papel importante en la enfermedad cardiovascular de los pacientes con IRC. (Diez & Alvarado, 2015)

La hiperfosfatemia es un predictor importante de calcificaciones vasculares y también de mortalidad en diálisis y el producto fosfocálcico elevado se correlaciona con el riesgo de desarrollo de esta complicación. (Diez & Alvarado, 2015)

4.1.5.2 Anemia y alteraciones de la hemostasia. La anemia es responsable de muchos de los síntomas atribuidos a la uremia y es consecuencia de una deficiencia en la síntesis renal de eritropoyetina (EPO) entre otros factores. De hecho, la aparición de eritropoyetina humana recombinante ha sido uno de los mayores avances en el manejo de la Enfermedad Renal en las últimas décadas. Suele ser normocítica y normocrómica y con un índice reticulocitario bajo y su severidad va aumentando de forma paralela a la de la ERC. (Diez & Alvarado, 2015)

Aunque se consideraba que la acumulación de toxinas urémicas también era causa directa de anemia por mielosupresión, hoy en día se sabe que este factor tiene muy poca importancia y de hecho la EPO tiene una eficacia similar en pacientes urémicos y no urémicos. Otros factores como la deficiencia de hierro, la hemólisis o la malnutrición pueden también desempeñar un papel en algunos pacientes, aunque menos importante. (Diez & Alvarado, 2015)

La anemia repercute directamente en la calidad de vida del paciente y en la capacidad para el ejercicio, así como en el sueño, la capacidad sexual, la función plaquetaria e inmune y otras. (Dan L. Longo, y otros, 2017)

4.1.5.3 Osteodistrofia Renal. La osteodistrofia renal es el conjunto de alteraciones óseas producidas como consecuencia de la insuficiencia renal de larga evolución. Es consecuencia de una serie de alteraciones iónicas (hipocalcemia e hiperfosforemia) y

endócrinas (aumento de la hormona paratiroidea [PTH] y déficit de vitamina D). Los síntomas clínicos de la osteodistrofia renal no son muy importantes y suelen aparecer de forma tardía, años después de las alteraciones bioquímicas. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

El síntoma más típico es el dolor óseo inespecífico, lumbar, en caderas y extremidades inferiores y en ocasiones dolores periarticulares y debilidad muscular. En niños es frecuente el retraso del crecimiento. El prurito es otra manifestación frecuente y suele deberse al depósito de sales fosfocálcicas en la piel. (Cabrera, 2013)

4.1.5.4 Acidosis metabólica. Es consecuencia de la retención de iones hidrogenados y en ocasiones de la pérdida de bicarbonato en algunas nefropatías intersticiales. Puede manifestarse como disnea de esfuerzo. Agrava la hiperpotasemia y acelera la salida de calcio y fósforo del hueso. También disminuye la síntesis de albúmina y favorece la pérdida de masa muscular. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

4.1.5.5 Malnutrición. Es frecuente en los pacientes con ERC y puede aumentar la mortalidad, siendo consecuencia de la anorexia, la acidosis y la resistencia insulínica. Suele ser más severa en los pacientes con síndrome nefrótico y puede agravarse por la restricción dietética impuesta al paciente renal para controlar el exceso de sodio, fósforo y potasio en la dieta. Se manifiesta por un descenso de la albúmina en plasma, transferrina y colesterol. (Cabrera, 2013)

4.1.5.6 Alteraciones hidroelectrolíticas. En situaciones de ERC avanzada el riñón no es capaz de manejar adecuadamente el sodio y el agua (sobre todo de eliminar el exceso de sodio ingerido con la dieta) y pueden producirse edemas e HTA por sobrecarga de volumen e incluso insuficiencia cardíaca congestiva (edema agudo de pulmón). (D" Achiardi & Moreno, 2015)

Así mismo, la hiperpotasemia es una complicación frecuente y grave en fases avanzadas (FG inferior a 10 ml/min) y puede ocasionar alteraciones del ritmo cardíaco. Puede verse agravada en los pacientes con acidosis metabólica y sobre todo por el uso de fármacos como los diuréticos ahorradores de potasio, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), que deben ser manejados con mucha precaución en estas fases. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

4.1.5.7 Alteraciones gastrointestinales. Los síntomas más frecuentes son anorexia, náuseas, vómitos y factor urémico, en general en fases avanzadas de la ERC y suelen ser indicadores clínicos útiles de la necesidad de iniciar diálisis. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

4.1.5.8 Alteraciones neurológicas. La más frecuente es la Polineuropatía Urémica, en general, manifestación de una ERC severa y suele ser indicación para el comienzo de la diálisis. Por lo general es de predominio distal y mixto sensitivo-motora y puede dar lugar a un Síndrome de Piernas Inquietas. A nivel central puede verse una encefalopatía urémica en fases avanzadas de la ERC, con irritabilidad, confusión, convulsiones y coma. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

4.1.5.9 Alteraciones de la inmunidad e infecciones. La uremia es una situación de inmunodepresión crónica que favorece las infecciones, la segunda causa de muerte después de las complicaciones cardiovasculares. Tanto la inmunidad celular como la humoral están alteradas y la respuesta a las vacunas es menor que en la población general, sobre todo en aquellas con antígenos T-dependientes (hepatitis B, neumococo y hemophilus). Esta inmunodeficiencia no se corrige con la diálisis. Esto se traduce en una mayor frecuencia de infecciones bacterianas y de reactivación de tuberculosis y un mayor riesgo de cronificación tras una infección por virus de la hepatitis B o C. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

Además, las técnicas de tratamiento sustitutivo suponen un aumento del riesgo de infecciones por punciones venosas, catéteres intravasculares, catéteres intraperitoneales, transfusiones sanguíneas, etc. Por el mismo motivo de inmunosupresión la incidencia de neoplasias está aumentada en estos pacientes (hígado, riñón, tiroides, linfomas, etc.). (D" Achiardi & Moreno, 2015)

4.1.6 Factores de Riesgo.

4.1.6.1 Factores de riesgo modificables.

4.1.6.1.1. Control de presión arterial. El control de la presión arterial (PA) es una meta clara dentro del manejo del paciente con ERC. La elevación de las cifras de PA elevada a nivel sistémico, se han relacionado con un aumento de la presión a nivel del glomérulo, ocasionando alteraciones crónicas hemodinámicas de la arteriola aferente y llevando a un fenómeno conocido como hiperfiltración adaptativa. Esta es posiblemente la fase inicial de la ERC. (Dan L. Longo, y otros, 2017)

Los cambios hemodinámicos de mayor relevancia en este proceso son:

- a) Respuesta compensadora de la nefrona para mantener la FG.
- b) Vasodilatación renal primaria, que ocurre en los pacientes con diabetes mellitus y otros desordenes.
- c) Reducción compensatoria de la permeabilidad de la pared del capilar glomerular a pequeños solutos y agua. (Dan L. Longo, y otros, 2017)

La caída de la FG es soportada por un aumento de la presión intraglomerular, respuesta mediada por una reducción del flujo hacia la mácula densa con subsecuente activación túbulo glomerular. Es importante recalcar que no solo patologías que comprometen el glomérulo tienen importancia en la progresión de la ERC; también hay patologías que comprometen el túbulo, causando lesión y una progresión acelerada de la enfermedad renal. (Dan L. Longo, y otros, 2017)

4.1.6.1.2 Proteinuria y Enfermedad Renal. La magnitud de la proteinuria es el principal factor modificable que influye decisivamente en el pronóstico y en la toma de decisiones clínicas, siendo asimismo un factor independiente de riesgo cardiovascular. Tiene un efecto tóxico renal directo, induce inflamación y fibrosis tubulointersticial, y contribuye a la pérdida de la masa nefronal. (Lorenzo, 2021)

La recolección de orina de 24 horas se considera el patrón oro, pero es difícil garantizar su recogida completa. La determinación simultánea de Cr en la muestra de orina permite establecer el cociente albumina o proteínas totales/Cr, que presenta una buena correlación con la eliminación en 24 horas. (Lorenzo, 2021)

El compromiso del túbulo por fibrosis se evidencia en todas las formas de ERC. El compromiso tubular es un marcador pronóstico de la ERC. (Corralo, 2018)

4.1.6.1.3 Dislipidemia y Enfermedad Renal Crónica. Se ha reportado que el control metabólico, la hiperlipidemia y la acidosis metabólica se pueden relacionar con progresión de la ERC. El estudio SHARP por sus siglas en inglés (Study of heart and renal protection), proporcionó evidencia adecuada acerca de la eficacia y seguridad de disminuir los niveles de colesterol LDL en la incidencia de eventos ateroscleróticos mayores, en pacientes con ERC sin terapia de soporte renal. (Ruiz J, 2012)

4.1.6.1.4 Tabaquismo. El tabaco incrementa la presión arterial y afecta la hemodinámica renal. Tanto en pacientes diabéticos como en los no diabéticos, el tabaco es un factor de progresión independiente de la ERC. (López, 2012)

4.1.6.1.5 Fósforo. La acumulación de fósforo es un problema frecuente en los pacientes con ERC, el cual se inicia tan pronto como la función renal disminuye. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

Los niveles altos de fósforo se asocian con una progresión más acelerada de FG en el paciente ERC. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

Se ha encontrado un Hazard Ratio (HR) de 1,3 para doblar las cifras de creatinina plasmática, en pacientes cuya concentración de fósforo aumenta 1 mg/dl con respecto al límite superior (5,5 mg/dl). (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

Otro mecanismo implicado en el desarrollo de fibrosis y atrofia tubular es el depósito de calcio en el intersticio renal, lo que lleva a procesos inflamatorios crónicos llevando a fibrosis y atrofia tubular. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

4.1.6.1.6 Niveles plasmáticos de Aldosterona. Los niveles altos de aldosterona han demostrado que pueden contribuir al deterioro de la función renal, como resultado de exceso en la estimulación del receptor mineralocorticoide, resultando en remodelación y aparición de fibrosis intersticial. El tratamiento con IECAS y ARAS II parece no ser adecuado, dados fenómenos como el escape de aldosterona y otras vías de activación que evitan su bloqueo completo. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

Pocos estudios han mostrado beneficio con la administración de antagonistas de los receptores mineralocorticoides en ERC. El uso de bloqueadores parciales del receptor como la espironolactona, ha sido estudiado para disminuir la proteinuria sin embargo el desarrollo de hiperpotasemia ha limitado su uso en la práctica clínica, pero si se ha demostrado disminución en los niveles de proteinuria. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

4.1.6.1.7 Hiperuricemia. La elevación de los niveles de ácido úrico se presenta en los pacientes con ERC, por disminución en la excreción urinaria. La hiperuricemia ha demostrado ser un factor de progresión de la enfermedad renal, en parte por disminución en la perfusión renal por estimulación en la proliferación de la musculatura en la arteriola aferente. Los estudios clínicos han mostrado resultados contradictorios, sin tener la capacidad de demostrar asociación directa que las cifras elevadas de ácido úrico aceleren el deterioro de la función renal, por lo anterior, se debe examinar con detenimiento la utilización de medicamentos con el propósito del control de hiperuricemia y no emplearlos de manera rutinaria. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

4.1.6.1.8 Obesidad. La obesidad ha sido determinada en varios estudios como un factor de riesgo para el desarrollo de ERC y progresión de la misma. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

4.1.6.1.9 Hiperglicemia. En la actualidad es claro que un buen control de la glicemia, lleva a retardo en el deterioro de la función renal como lo mostro el Ensayo de Control y Complicaciones de la Diabetes (DCCT por sus siglas en inglés) y Estudio Prospectivo de

Diabetes en el Reino Unido (UKPDS por sus siglas en inglés). (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

4.1.6.1.10. Alcohol. Alguna evidencia soporta que el consumo de alcohol de más de 1,5 onzas líquidas (44 ml) (whisky americano o escocés, vodka, ginebra, etc.) o 4 onzas líquidas (118 ml) de vino o 12 onzas líquidas (355 ml) de cerveza al día puede favorecer la HTA y ser factor de progresión de la ERC. (Cabrera, 2013)

4.1.6.2 Factores de riesgo no modificables.

4.1.6.2.1 Predisposición Genética. Múltiples estudios genéticos han sugerido relación entre la ERC y la variedad de polimorfismos de múltiples genes que sintetizan moléculas, como son los factores del eje sistema renina angiotensina aldosterona, el óxido nítrico sintetasa, el factor de necrosis tumoral alfa y múltiples citoquinas. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

4.1.6.2.2 Factores raciales. Tienen un papel muy especial en la susceptibilidad a la ERC, reflejada en la alta prevalencia de HTA y DM en la población afroamericana y en los afro-caribeños. Factores socioeconómicos como la deprivación social y el estado socioeconómico bajo, se ha asociado con aumento en la prevalencia de ERC. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

4.1.6.2.3 Factores materno – fetales. La desnutrición materna durante el embarazo y el exceso de ingesta de calorías por el recién nacido, pueden favorecer la aparición de HTA, DM, síndrome metabólico y ERC en la vida adulta. El bajo peso al nacer se ha asociado con HTA por un número reducido de nefronas al nacer (oligonefronia), que, por la incapacidad de manejar cantidades altas de solutos y cargas de sal, lleva a hipertrofia compensatoria, que favorece la aparición de glomeruloesclerosis y ERC. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

4.1.6.2.4 Edad. La tasa de progresión de la ERC es influenciada por el incremento progresivo de la edad (Dan L. Longo, y otros, 2017)

4.1.6.2.5 Género. En análisis variados, el género masculino se asoció con mayor deterioro de la FG, pero este comportamiento no se ha podido confirmar en análisis multivariados. (Olalla, 2014)

4.2. Calidad de Vida

4.2.1. Definición. “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” (Alarcón, 2010)

El término Calidad de Vida, es relativamente nuevo, sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. La idea comienza a popularizarse en la década de los sesenta hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como salud, educación, la política y el mundo de los servicios en general. (Alarcón, 2010)

La Organización Mundial de la Salud define Calidad de Vida como “la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, valores e intereses”. (OMS, 2013)

Algunos autores van más allá al señalar que el significado del concepto de Calidad de Vida depende de la persona que use el término, de cómo lo entienda y de su posición social y política. (Corralo, 2018)

Majali Mahasned señala que “la calidad de vida de una persona se relaciona más con la percepción que ésta tiene de su estado, que con el curso propio de su enfermedad.” Adicionalmente cuando las personas se perciben a sí mismas con una mejor calidad de vida se refuerzan sus capacidades para hacerse cargo de su salud, mejoran su autoestima y los motiva a realizar actividades en pro de una vida más satisfactoria. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

En medicina, el interés por la Calidad de Vida es relativamente reciente. Este interés fue estimulado por el desarrollo del éxito en la prolongación de la vida humana y por la creciente comprensión de que ello puede representar un arma de doble filo, ya que los pacientes quieren vivir, no sobrevivir El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la Calidad de Vida. (Ponce A, 2016)

Es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas. (Ponce A, 2016)

Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto, caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad. (Ponce A, 2016)

La evaluación de la Calidad de Vida no es un concepto nuevo, y ya en el año 1947, introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Fue hasta 1952, y después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera el concepto de Calidad de Vida, que algunos investigadores clínicos se plantearon considerar la Calidad de Vida como una medida a tener en cuenta, ya que representa el resultado final de una actuación médica desde la importante visión de su protagonista, el propio paciente. (Ponce A, 2016)

Actualmente los trabajos de investigación científica utilizan el término Calidad de Vida relacionado con la salud como modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. (Ponce A, 2016)

La medición del concepto se ha utilizado para distinguir diferencias entre pacientes o grupos de pacientes, para predecir resultados en ellos y para evaluar las intervenciones terapéuticas. (Ponce A, 2016)

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.

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. (Hall, 2011)

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 (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental). (Ponce A, 2016)

La Calidad de Vida 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 Calidad de Vida. (Mushnick, 2011)

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. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

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 anteponen ante 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. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

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 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. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

4.2.2 Características. Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la Calidad de Vida, la felicidad. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

- Concepto universal: Las dimensiones de la Calidad de Vida son valores comunes en las diversas culturas. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)
- Concepto holístico: La Calidad de Vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)
- Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la Calidad de Vida cambia en períodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)
- Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014)

4.2.3 Dimensiones. La Calidad de Vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las ocho dimensiones que global e integralmente comprenden la Calidad de Vida son:

- Función física: Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos. (Ángel, 2016)

- Rol físico: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. (Ángel, 2016)

- Dolor corporal: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar. (Ángel, 2016)

- Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermarse. (Ángel, 2016)

- Vitalidad. Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

- Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual. (Ángel, 2016)

- Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

- Salud mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general. (Ángel, 2016)

4.2.4 La calidad de vida relacionada con la salud. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud - CVRS se refiere, a cómo el paciente percibe y reacciona frente a su estado de salud, a los aspectos de la vida que pueden ser atribuidos a la enfermedad y a su terapéutica, por tanto, a todos los aspectos de la vida de un individuo que están influidos por su salud. (Ángel, 2016)

Puede ser definida como el efecto funcional de una enfermedad y su tratamiento en un paciente, tal y como es percibido por él mismo. El estado funcional sería la consecuencia objetiva del estado de salud, mientras que la calidad de vida relacionada con la salud sería su consecuencia subjetiva. (Lanas, 2015)

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud 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. (Lanas, 2015)

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”. (Lanas, 2015)

4.2.5 Caracterización familiar de los pacientes con ERC. En el proceso de enfermarse, influye de manera importante la familia, pues como principal ente socializador del individuo, trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. (Lanas, 2015)

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad. (Lanas, 2015)

Aunque muchas veces se exagera el valor de la familia como fuente de amor, cuidados, apoyo, satisfacción y bienestar, en ocasiones se obvia el hecho de que los conflictos y alteraciones en las relaciones intrafamiliares pueden motivar estrés, disgusto y enfermedad en sus miembros. Muy vinculado a lo anterior se identifica el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante en la acción de la familia sobre la determinación de la

salud humana, lo cual facilita no solo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro del bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base. (Lanas, 2015)

Actualmente, el funcionamiento familiar es reconocido como la categoría que integra a todos los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman. (Lanas, 2015)

En el caso de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, los estudios de familia son escasos, de manera que se cuenta con muy pocas referencias bibliográficas sobre su repercusión en el estado de salud de dichos enfermos y viceversa. (Vilagut, y otros, 2004)

Esta situación viene dada por la falta de visión científica y el empeño de realizar un trabajo serio, que trascienda su utilidad práctica y aporte las herramientas teóricas para la atención e intervención de los afectados. (Echeverría, 2013)

Paul Kimmel, destacado investigador norteamericano que se ha convertido en un defensor de la necesidad de evaluar y tener en cuenta los factores psicosociales en la valoración de las manifestaciones clínicas de ellos, se dedica a profundizar en el aspecto familiar y de pareja en relación con estos enfermos, así como a determinar diferencias de género en el impacto de la enfermedad. (Echeverría, 2013)

Las peculiaridades de las familias de estos pacientes en cuanto al nivel de demanda que se les impone, no solo por ser consideradas como familias con exigencias adicionales al contar en su seno con un paciente afectado por un proceso crónico, sino además, por asumir ciertos roles característicos de las familias de enfermos con IRC (siempre acompañan al paciente al tratamiento, pues como se prioriza en muchas ocasiones su atención médica, alguno de sus miembros se desvincula del trabajo para ocuparse de atenderle). (Vilagut, y otros, 2004)

Dicha situación puede conducir a una disfuncionalidad familiar si no se afronta convenientemente el hecho de tener a una persona enferma crónica en su seno. (Lanas, 2015)

4.2.6 Test para determinar Calidad de Vida de los Enfermos Renales Crónicos. El Cuestionario SF-36, que ha sido validado al español, de utilidad para la detección de nivel de calidad de vida del paciente. El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el (Medical

Outcomes Study) MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. (Vilagut, y otros, 2004)

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. (Vilagut, y otros, 2004)

Tiene las siguientes características métricas: las preguntas o ítems que se respondieron con 3 opciones de respuestas, se puntuaron con los valores 0-50-100; las que tuvieron 5 opciones de respuestas: 0-25-50-75-100; con 6 opciones de respuestas: 0-20-40-60-80-100. (Vilagut, y otros, 2004)

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos: 1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud». 2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala). 3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala). Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). (Vilagut, y otros, 2004)

5. Materiales y Métodos

5.1. Enfoque

El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo.

5.2. Tipo de estudio

Por su alcance es descriptivo de corte transversal y prospectivo.

5.3. Unidad de estudio

El estudio se desarrolló con los pacientes que padecen Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora.

5.4. Período

Se realizó durante el periodo académico abril - diciembre 2019.

5.5. Universo

El universo quedó constituido por todos los pacientes que padecen Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora en el periodo académico abril – diciembre 2019, los mismos que corresponden a 83 pacientes.

5.6 Muestra

Se trabajó con una muestra de 83 pacientes.

5.7 Criterio de inclusión

Pacientes de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora que hayan aceptado participar en el estudio y firmado el consentimiento informado.

Pacientes que hayan completado el Cuestionario SF-36 de calidad de vida.

5.8 Criterios de exclusión

Pacientes con deterioro psicoorgánico con alteración psiquiátrica de base.

Pacientes con enfermedad que le imposibilite la comunicación verbal o discapacidad visual.

5.9. Métodos e instrumentos de recolección

5.9.1. Métodos.

Para la recolección de datos, primeramente, se empleó el consentimiento informado según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (ver anexo 6), luego para el cumplimiento del primer objetivo se utilizó la Hoja de recolección de datos formulada por la autora (ver anexo 7) y para cumplir con el segundo objetivo el cuestionario SF-36 para calidad de vida (ver anexo 8), luego se procedió a tabular la información para obtener los resultados y finalmente poder establecer la relación entre las variables dando respuesta al tercer objetivo.

5.9.2. Instrumentos.

Para la presente investigación se utilizó el Consentimiento Informado de la OMS (ver anexo 6), es un documento legal por el cual la persona accede a colaborar en la presente investigación, en este documento debe constar del nombre del Investigador, que da el consentimiento informado la persona, el nombre de la institución a la cual está representando el investigador y nombre del proyecto a realizarse.

Se utilizó también la Hoja de Recolección de Datos (ver anexo 7) de cada paciente, a fin de determinar los principales factores de riesgo cardiovasculares de su Enfermedad Renal Crónica.

Y el Cuestionario SF (Short Form Health Survey) -36 (ver anexo 8), que ha sido validado al español, de utilidad para la detección de nivel de calidad de vida del paciente. El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. (Vilagut, y otros, 2004)

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. (Vilagut, y otros, 2004)

Si bien el cuestionario no está diseñado para un índice global, se pueden obtener puntuaciones resúmenes de salud física y de salud mental, determinando así la calidad de vida como: Mala: 0-25, Regular: 25-50, Buena: 50-75 o Excelente: 75-100. (Trujillo, y otros, 2014)

5.10. Procedimiento

La investigación se empezó con revisión bibliográfica de la literatura y acercamiento a la Unidad de Diálisis, para analizar si el tema del proyecto de investigación era sustentable. Después, presenté el proyecto de investigación a la coordinación de la Facultad de la Salud Humana, solicitando primeramente la aprobación del tema de investigación (ver anexo 1), luego pedí la pertinencia respectiva (ver anexo 2) y solicité la designación del director(a) de tesis (ver anexo 3).

Posteriormente se solicitó la autorización al Hospital Isidro Ayora, para el desarrollo de la investigación y respectiva recolección de datos (ver anexo 4), el cual permitió el acceso a la revisión de las historias clínicas de los pacientes para completar el formulario de recolección de datos (ver anexo 7). Previo a esto, socialicé con los pacientes de la Unidad de Diálisis, el proyecto de investigación, solicitando su permiso para que participen del estudio y firmen el consentimiento informado (ver anexo 6). Luego, se aplicó el Cuestionario

SF-36 para calidad de vida (ver anexo 8). Se elaboró una base de datos con la recolección de los mismos, en la plataforma de Microsoft Excel e inmediatamente los tabulé en dicha plataforma.

Finalmente, se procedió al análisis de los datos de la investigación, revisión de las tablas a presentar y elaboración del informe final de tesis.

5.11. Plan de tabulación y análisis.

Una vez obtenida la información, se tabuló la información mediante el programa Microsoft Excel y se analizó con el mismo, a través de la elaboración de una base de datos.

5.12. Materiales

Historias Clínicas

Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36)

Material de oficina

Computadora

6. Resultados

6.1 Resultados para el primer objetivo

Determinar los principales factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

El total de pacientes que participaron en el estudio fue de 83.

Tabla 1

Factores de riesgo cardiovasculares no modificables en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora período abril-diciembre 2019

Factores de riesgo cardiovasculares no modificables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	54	65,06
Femenino	29	34,94
Edad		
19-28 años	4	4,82
29-38 años	15	18,07
39-48 años	17	20,48
49-58 años	13	15,66
59-68 años	19	22,89
69 años o más	15	18,07
Etnia		
Blanca	1	1,20
Mestiza	65	78,31
Afroecuatoriana	6	7,23
Indígena	11	13,25
Antecedentes personales		
Hipertensión arterial	43	51,81
Diabetes Mellitus	23	27,71
No presenta	17	20,48
Total	83	100,00

Fuente: Formulario de recolección de información

Elaborado por: Vera Laines Evelyn Gabriela

Análisis: Se determinó que de los factores de riesgo cardiovasculares no modificables, predominan la etnia mestiza 78,31% (n=65), el sexo masculino (n=54) y la hipertensión arterial (n=43) con 65,06%.

Tabla 2

Factores de riesgo cardiovasculares modificables en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora período abril-diciembre 2019

Factores de riesgo cardiovasculares		
modificables	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad		
Si	45	54,22
No	38	45,78
Proteinuria		
Si	35	42,17
No	48	57,83
Dislipidemia		
Si	43	51,81
No	40	48,19
Consumo de tabaco		
Si	34	40,96
No	49	59,04
Consumo de alcohol		
Si	30	36,14
No	53	63,86
Total	83	100,00

Fuente: Formulario de recolección de información

Elaborado por: Vera Laines Evelyn Gabriela

Análisis: De los factores de riesgo cardiovasculares modificables el que predomina es la obesidad 54,22% (n=45) y el de menor predominio el consumo de alcohol 36,14% (n=30).

6.2 Resultados para el segundo objetivo

Identificar el nivel de la calidad de vida en enfermos renales crónicos con factores de riesgo cardiovasculares de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Tabla 3

Calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica según los componentes físico y mental período abril-diciembre 2019

COMPONENTE FÍSICO		COMPONENTE MENTAL	
Componente	Promedio (x)	Componente	Promedio (x)
Función física	69,96	Funcion social	62,75
Rol físico	47,48	Rol emocional	48,59
Dolor corporal	56,87	Salud mental	59,73
Salud general	62,30	Vitalidad	56,95
Total	59,15	Total	57,01

Fuente: Formulario de recolección de información

Elaborado por: Vera Laines Evelyn Gabriela

Análisis: Se evidenció que las dimensiones más afectadas fueron Rol físico con 47,48 puntos y Rol emocional con 48,59 puntos. Al resumir en dos componentes la calidad de vida, el componente físico y mental, se encuentran entre 59,15 y 57,01 respectivamente, lo que indica que la calidad de vida es buena ya que se sitúa entre 50 y 75 puntos.

6.3 Resultados para el tercer objetivo

Establecer la relación entre los factores de riesgo cardiovasculares y la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Tabla 4

Relación de los factores de riesgo cardiovasculares en Enfermedad Renal Crónica y componente físico de calidad de vida período abril-diciembre 2019

Calidad de vida:	Factores Cardiovasculares		Total
	No	Si	
Componente Físico	F	F	F
Regular 25-50	11	4	15
Mala 0-25	1	2	3
Total	12	6	18

Fuente: Formulario de recolección de información

Elaborado por: Vera Laines Evelyn Gabriela

	Valor
Chi cuadrado	1,8
Grados de libertad	1
Valor de p	0,179

Fuente: Formulario de recolección de información

Elaborado por: Vera Laines Evelyn Gabriela

Análisis: Tras relacionar los factores de riesgo cardiovasculares con el componente físico de la calidad de vida se evidencia un Chi cuadrado = 1,8 y el valor de $p=0,179$; lo que significa que no existe relación estadísticamente significativa entre ambos.

Tabla 5

Relación de los factores de riesgo cardiovasculares en Enfermedad Renal Crónica y componente mental de calidad de vida período abril-diciembre 2019

Calidad de vida:	Factores Cardiovasculares		Total
	No	Si	
Componente Mental	F	F	F
Regular 25-50	5	6	11
Mala 0-25	0	2	2
Total	5	8	13

Fuente: Formulario de recolección de información

Elaborado por: Vera Laines Evelyn Gabriela

	Valor
Chi cuadrado	1,477
Grados de libertad	1
Valor de p	0,224

Fuente: Formulario de recolección de información

Elaborado por: Vera Laines Evelyn Gabriela

Análisis: Tras relacionar los factores de riesgo cardiovasculares con el componente mental de la calidad de vida se evidencia un Chi cuadrado = 1,477 y el valor de $p=0,224$, lo cual significa que no existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo cardiovasculares y la calidad de vida.

7. Discusión

En el presente estudio se aplicó una hoja de recolección de datos formulada por la investigadora, en 83 pacientes de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, los mismos que fueron escogidos como muestra ya que presentaron factores de riesgo cardiovasculares. Del grupo de pacientes en estudio predomina: el sexo masculino 65,06% respecto del femenino 34,94%, cuyos datos son concordantes con los de nivel internacional entregados en agosto 2012 por la Sociedad Chilena de Nefrología, debido a que la mayoría son de sexo masculino 53,41% y con un estudio realizado por (Díaz & Gómez., 2019) en Ambato Ecuador, con una muestra de 86 pacientes donde predominó el sexo masculino 63,1%, sin embargo, difieren con un estudio realizado por (Marín & Álvarez, 2013) en Zacapa, Guatemala donde se encuestaron a 416 pacientes y el sexo que predominó fue el femenino con un 74,6%, obteniéndose en el masculino un 25,4%.

Se puede mencionar que la mayoría de los pacientes 22,29%, se encuentra en el rango de edad de 59 a 68 años, que corresponde a la etapa de Adulto, lo que tiene similitud, según el ciclo vital individual de Erikson, esto concuerda con los datos entregados a nivel nacional en agosto de 2012 por la Sociedad Chilena de Nefrología y, además, con el estudio realizado en Cuba por (Romero, 2019) donde el 53,2% de los pacientes era mayor de 60 años. Se describe la existencia de relación directamente proporcional entre el aumento de la edad del individuo y la frecuencia de aparición de las enfermedades cardiovasculares.

La falta de actividades deportivas, así como la mala dieta alimenticia puede ser la razón por la cual la obesidad se encuentre ocupando el primer lugar como factor de riesgo modificable con 54,22%, estudio que concuerda con los resultados obtenidos en Barcelona - España en 2019 donde la prevalencia de hipercolesterolemia fue del 50.5% y con otra investigación realizada a 179 individuos de entre 35 a 65 años en la ciudad de México, determinó una prevalencia del 48.7%, sin embargo, difiere con el de (Bejarano, 2011) puesto que aquí se corresponde con el 16% en una población de 67 personas.

Analizando los factores de riesgo modificables, en cuanto a tabaquismo, se encontró que el 59,04% son no fumadores y el 40,96% son fumadores, lo que concuerda con el estudio de (Díaz & Gómez., 2019) ya que el 47,6% eran fumadores en dicho estudio y difiere con los estudios de (Bejarano, 2011), estudiada en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), donde el predominio fue del 61,32% y del estudio estadounidense Albany Cardiovascular Health Center Study, donde la tasa es mayor a 75,1%.

De la misma forma, al evaluar el alcoholismo, se encontró que el 36,14% son consumidores, y el 63,86% son no consumidores, dicho estudio difiere con el de (Bejarano, 2011), donde la tasa de no consumidores de alcohol fue del 86,13% y de los consumidores del 13,87%.

En relación con antecedentes patológicos personales se encontró a la hipertensión arterial con un 51,81%, diabetes mellitus con 27,71%. Esto tiene similitud, tomando en consideración de que la muestra es mucho menor, con el estudio de (Corralo, 2018) con 50,4% y 30,8% respectivamente. Y el estudio de Romero, 2019 con un 52% respecto de HTA, pero difiere con el estudio de DARIOS (Grau & Elosua, 2011) donde la hipertensión arterial tiene una prevalencia del 43% y la diabetes mellitus del 13%.

En relación con la percepción de la Calidad de Vida, la mayoría de los pacientes, la consideran Buena, es decir, que algunas veces la enfermedad los limita en aspectos tales como la alimentación, la actividad física y social. Este dato coincide con el obtenido por (Elgueta y cols, 2013) quien en su estudio de medición de calidad de vida en personas mayores de 60 años obtuvo que un porcentaje significativo del total de personas en diálisis estima su calidad de vida de buena a excelente, sin embargo, difiere con un estudio realizado en Cuba en 2020 en individuos de 40 a 64 años, ya que consideran su calidad de vida como regular.

En este contexto se evaluó la calidad de vida mediante un cuestionario genérico como es el SF-36, el cual comprende 36 ítems que cubren las siguientes dimensiones: Función física (FF), Rol físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (VT), Función social (FS), Rol emocional (RE) y Salud mental (SM).

De las 8 dimensiones mencionadas, se calcularon los promedios respectivos en enfermos renales crónicos con factores de riesgo cardiovasculares y se obtuvieron puntajes medios a altos, siendo las más afectadas: Rol físico (47,48) y Rol emocional (48,59), cuyos resultados son similares al estudio de (Seligman, 2014) realizado en Tegucigalpa, donde las dimensiones más afectadas fueron Rol Emocional (56,89) y Rol físico (45,36) y con el estudio realizado por (Morais, 2018) en Brasil, donde el rol físico fue el más afectado (59,44).

En un estudio realizado por Quezada & López (2018) en Cuenca Ecuador, que valora la calidad de vida respecto a la salud (CVRS) en la población general, según el cuestionario SF-36, según el factor edad y de ambos sexos: indica en las 8 dimensiones valores que van desde 64,54 hasta 87,66, lo cual difiere del presente estudio, donde los valores para las

diferentes dimensiones van desde 47,48 hasta 69,96, siendo evidentemente más bajos y por lo tanto se deduce que hay afectación en la calidad de vida de los enfermos renales crónicos.

Cuando se compara nuestro estudio con otros que intentan caracterizar el riesgo cardiovascular se aprecian algunas similitudes, con la salvedad de que la mayor parte de estos estudios se basan en poblaciones más jóvenes y con una muestra sumamente mayor que la nuestra.

8. Conclusiones

Entre los principales factores de riesgo cardiovasculares no modificables, tuvo predominio el sexo masculino y el antecedente de hipertensión arterial. Mientras que, la obesidad y dislipidemia predominaron en los factores de riesgo cardiovasculares modificables.

Respecto a las dimensiones de calidad de vida en las dos subescalas; componente mental y componente físico de los pacientes, determinó que la percepción de la calidad de vida es buena.

La relación entre los factores de riesgo cardiovasculares y la calidad de vida en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica no es estadísticamente significativa.

9. Recomendaciones

A las autoridades de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora que realicen otros estudios donde se aumente el tamaño muestral, para que desarrolle un plan de seguimiento y aseguren estrategias de promoción y prevención de la salud.

A los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, se sugiere mejorar su estilo de vida, organizar y equilibrar su tiempo a fin de evitar factores que perjudiquen su calidad de vida.

10. Bibliografía

- Alarcón, A. (2010). *La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial*. Bogotá: A. Alarcón (Ed.).
- Alcazar, R., Orte, L., & Otero, A. (2014). Enfermedad Renal Crónica Avanzada. *Guías S.E.N Nefrología*, 48.
- Ángel, P. E. (22 de Mayo de 2016). <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>. Obtenido de CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>
- Aragón, E., & Zapata, G. (31 de 01 de 2020). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo*. Obtenido de <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/179>
- Bejarano, L. J. (12 de Diciembre de 2011). Factores de riesgo cardiovasculares. *Principales factores de riesgo cardiovasculares y atención primaria: Evaluación y Prevención*. Canarias, España: Elsevier.
- Cabrera, S. S. (2013). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. *Revista Venezolana de Insuficiencia Renal Crónica*, 27.
- Corralo, D. S. (12 de Febrero de 2018). http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetriz/31.pdf. Obtenido de http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetriz/31.pdf
- D" Achiardi, R. V., & Moreno, M. M. (2015). Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Revista Cubana Med*, 23.

- Dan L. Longo, M., Dennis L. Kasper, M., J. Larry Jameson, M. P., Anthony S. Fauci, M., Stephen L. Hauser, M., & Joseph Loscalzo, M. P. (2017). *Principios de Medicina Interna*. México: McGRAW-HILL Interamericana.
- Díaz, M. T., & Gómez., B. R. (18 de Junio de 2019). *Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000200011
- Díez, J. e., & Alvarado, . A. (2015). Enfermedad Renal Crónica. Aspectos Fisiopatológicos. *Práctica Clínica Y Hemodiálisis*, 80–84.
- Echeverría, R. &. (2013). Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. *SECCIÓN Enfermedad Renal Crónica*, 1–17.
- Elgueta y cols. (2013). Calidad de Vida relacionada con la salud. *Revista Médica Sinergia*, 11-27.
- Grau, M., & Elosua, R. (2011). Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo Xxi : análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional. *Revista Española de Cardiología*, 295-304.
- Hall, J. &. (2011). Concentración y dilución de orina: regulación de la osmolaridad del líquido extracelular y de la concentración de sodio. En *Tratado de fisiología médica* (pág. 354). Barcelona: Elsevier.
- James, C. K., & colaboradores, J. A. (2015). Guía Práctica Clínica Sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. *Revista médica American Journal Of Preventative Medicine.*, 46.
- Lanas, F. A. (07 de Enero de 2015). <https://doi.org/10.1161/CIRCULATION>. Obtenido de Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: The INTERHEART Latin American study. *Circulation*: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATION>

- Lancet, B. M. (2020). Enfermedad Renal Crónica carga mundial, regional y nacional. *Nefrología al día - Sociedad Española de Nefrología*, 17-28.
- López, E. D.-R. (03 de Septiembre de 2012). *Enfermedad renal crónica; definición y clasificación*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr083b.pdf>
- Lorenzo, V. (11 de Agosto de 2021). *Nefrología al día - Enfermedad Renal Crónica*. Obtenido de Sociedad Española de Nefrología: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
- Marín, C. A., & Álvarez, G. (3 de Febrero de 2013). *Factores de riesgo cardiovasculares asociados a Insuficiencia Renal Crónica*. Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_3122.pdf
- Morais, G. P. (07 de Julio de 2018). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003
- Mushnick, R. (2011). Insuficiencia Renal Crónica. *Red de atención Médica Vearymed*, 15.
- Olalla, P. L. (13 de Septiembre de 2014). Identificación de Infección en el Transplante Renal . 60.
- OMS. (16 de Mayo de 2013). http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379%3A2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es. Obtenido de OMS: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379%](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379%3A2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)

3A2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

OMS/OPS. (2014). Diabetes e IRC, dos males silenciosos que afectan la salud. *OMS-OPS*, 1-7.

Ponce A, C. (26 de Marzo de 2016). Periódico La Hora. *La insuficiencia renal, un mal que toma fuerza*, pág. 30.

Ramos, J. R. (20 de 08 de 2021). *Archivos en Medicina Familiar*. Obtenido de Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf212d.pdf>

Robles Espinoza, . A., & De la Rosa-Galván, E. V. (15 de Abril de 2016). *Generalidades y conceptos de cañidad de vida en relación con los cuidados de salud*. Obtenido de El Residente: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

Rodríguez Cumplido, D. P. (10 de Agosto de 2013). *Guía de Investigación Clínica en Atención Primaria*. Obtenido de <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/pub/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP/GICAPcapitulo-7.pdf>

Rozman, C., & Cardellach, F. (2020). *Farreras: Medicina Interna*. Madrid: Elsevier.

Ruiz J, G. C. (2012). Guías Prácticas de Enfermedad Renal Crónica. *Revista Cardiovascular y Nefrología*, 60-72.

Salud, D. N., & Vásquez Romero, M. (29 de Agosto de 2017). *Obtenido de Direccion Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (DNEAIS)*. Obtenido de <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbilidadambulatoria2016/Principalescausasm>

Seligman, M. (2014). La auténtica felicidad. *Zeta Bolsillo*, 61-84.

- Tamayo, J., & Lastiri, S. (22 de Noviembre de 2019). *Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión*. Obtenido de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf
- Trujillo, B. e., Román Hernández, ., J., Lombard Hernández, A., Remior Falco, E., Arredondo, N. O., & Martínez Porro, E. V. (2014). Adaptación del Cuestionario Sf-36 Para Medir Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Trabajadores Cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 62-70.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Raimil, L., Rebollo, P., Permanver-Miralda, ., G., Quintana, ., J., & Alonso, ., J. (27 de Julio de 2004). El Cuestionario de Salud SF-36 español. *Gac Sanit* 16.

10.1 Lista de Tablas

1. Rozman. C & Cardellach. F (2020). *Farreras: Medicina Interna*. Enfermedad Renal Crónica (Tabla) recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97981>

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación de tema de proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0217 CCM-FSH-UNL

PARA: Evelyn Gabriela Vera Laines
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 04 de Junio de 2018

ASUNTO: **APROBACIÓN DE TEMA DE PROYECTO DE TESIS**

En atención al tema de tesis presentado por usted, denominado “**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES Y CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS RENALES CRÓNICOS DEL CENTRO DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA**”; luego de su revisión respectiva se procede a **aprobarlo**, por lo que puede proceder a realizar el perfil del proyecto.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archiv.**

B.castillo

Anexo 2. Pertinencia del tema de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
 DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 565 CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Evelyn Gabriela Vera Laines
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de julio de 2018

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES Y CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS RENALES CRÓNICOS DEL CENTRO DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el **Dr. Israel Salazar Ortega**. Docente de la Carrera, luego de haber revisado me permito emitir el siguiente criterio: Una vez realizado la revisión del proyecto de tesis, el mismo cumple con los requisitos en cuanto a coherencia y organización establecidos por lo que, **su proyecto es pertinente**, para que pueda continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA.

C.c.- Archivo
 Bcastillo



Anexo 3. Designación del director de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 570 CCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Israel Salazar.
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 20 de Julio de 2018

ASUNTO: DESIGNAR DIRECTOR DE TESIS

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema, **“FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES Y CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS RENALES CRÓNICOS DEL CENTRO DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA”**, autoría de la **Srta. Evelyn Gabriela Vera Laines**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo

Bcastillo



Anexo 4. Autorización para recolección de datos

MINISTERIO DE SALUD



Loja, 28 de Agosto del 2019

Srta. Evelyn Gabriela Vera Laines.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA FSH - UNL.
Ciudad.-

De mis consideraciones

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES Y CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS RENALES CRÓNICOS DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS, HOSPITAL ISIDRO AYORA", lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo del mismo en ésta Casa de Salud, para lo cual se comunicará al Servicio de Hemodiálisis para que se le preste las facilidades del caso para su realización.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Dr. Carlos Iván Orellana Ochoa.
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL

 **HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA**
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Anexo 5. Certificado de inglés

Loja, 19 de noviembre de 2021

Carlos Fernando Chuchuca Pardo

CERTIFICADO EN SUFICIENCIA DEL IDIOMA INGLÉS POR THE CANADIAN HOUSE CENTER

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción de español a inglés del artículo científico y resumen derivado de la tesis denominada: **“Factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en enfermos renales crónicos de la Unidad de Diálisis, hospital Isidro Ayora”**. De autoría de la señorita: **EVELYN GABRIELA VERA LAINES**, portadora de la cédula de identidad número: **0705460152**, egresada de la carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección del Dr. Antonio Israel Salazar Ortega, Esp., previo a la obtención del título de Médica General.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.



Carlos Chuchuca Pardo

Certificado en suficiencia del idioma Inglés por The Canadian House Center

Anexo 6. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Facultad de la Salud Humana- Carrera de Medicina

CONSENTIMIENTO INFORMADO ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Introducción

Yo, Evelyn Gabriela Vera Laines, estudiante del noveno ciclo de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja me encuentro realizando un estudio que busca identificar: **Factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica del hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja**, de esta manera la información presentada invita a la colaboración y participación en el proceso de investigación.

Propósito

La investigación aportará conocimientos para determinar Factores de riesgo cardiovasculares más comunes y calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) para proponer estrategias de intervención en el hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, donde actualmente ha surgido la necesidad de brindar apoyo terapéutico en el afrontamiento de enfermedades crónicas.

Selección de participantes

Las personas que cumplen con los criterios de inclusión seleccionados son los pacientes con ERC diagnosticada y que acuden a la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Participación voluntaria

Su participación en este procedimiento es de carácter voluntario en donde usted tiene la facultad de elegir participar o no hacerlo.

Beneficios

Este estudio permitirá recolectar información para aportar en el desarrollo de los conocimientos de los estudiantes de la Facultad de la Salud de la Universidad Nacional de Loja y todo el personal de atención sanitaria, así mismo permitirá que esta investigación sirva como base para futuras investigaciones.

Confidencialidad

La información que recoja mediante este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie, sino los investigadores tendrán acceso a verla.

En caso de elegir ser participe, todos los datos proporcionados se emplearán únicamente con fines investigativos, por lo cual solicitamos su autorización para poder hacer uso de esta información.

Derecho a negarse o retirarse

La participación en la presente investigación es de carácter voluntario y su negación, no representa ningún problema para la atención médica en cualquiera de las instituciones de salud.

A quién contactar

Si tiene dudas sobre la investigación puede comunicarse, cuando crea conveniente, al siguiente correo electrónico evelyn.vera@unl.edu.ec, o al número telefónico 0997403844.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Anexo 7. Formulario de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Facultad de la Salud Humana- Carrera de Medicina

Estimado Ciudadano/a, el presente formulario se dirige a hombres y mujeres que acuden a la Unidad de Diálisis del hospital Isidro Ayora en la ciudad de Loja, a quienes se les invita a participar del proyecto investigativo denominado **“Factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en enfermos renales crónicos de la Unidad de Diálisis, hospital Isidro Ayora”**

En virtud de lo anterior, se solicita a usted de la manera más comedida se digne a responder las preguntas que encontrará a continuación, señalando la respuesta que usted considera con una **X**. El presente formulario está catalogado para ser llenado en 10 minutos.

- **Información General**

- **Cédula:**

- **Factores de riesgo no modificables**

Edad: _____

Sexo: M () F ()

Antecedentes Personales:

Diabetes Mellitus	
Hipertensión Arterial	
Enfermedad Renal Crónica	

Etnia: Blanca () Mestiza () Afroecuatoriana () Indígena: ()

- **Factores de riesgo modificables**

OBESIDAD	SI ()	NO ()
PESO (kg)	TALLA (m)	IMC

DISLIPIDEMIA	
HDL	

LDL	
Colesterol total	
Triglicéridos	

PROTEINURIA	
CONSUMO DE TABACO	SI () NO () Tiempo _____
CONSUMO DE ALCOHOL	SI () NO () Tiempo _____

Anexo 8. Cuestionario de calidad de vida SF-36



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Facultad de la Salud Humana- Carrera de Medicina

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4

Nombre:

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.

Se solicita a usted de la manera más comedida se digne a responder las preguntas que encontrará a continuación, señalando la respuesta que usted considera con una **X**. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

1° Excelente		4° Regular	
2° Muy buena		5° Mala	
3° Buena			

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

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O 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		3° No, no me limita nada	
2° Sí, me limita un poco			

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		3 No, no me limita nada	
2 Sí, me limita un poco			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Sí, me limita mucho		3 No, no me limita nada	
-----------------------	--	-------------------------	--

2° Sí, me limita un poco			
--------------------------	--	--	--

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

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

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 tan cuidadosamente 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		4 " Bastante	
2 " Un poco		5 " Mucho	
3 " Regular			

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

1 " No, ninguno		4 " Sí, moderado	
2 " Sí, muy poco		5 " Sí, mucho	
3 " Sí, un poco		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		4 " Bastante	
2 " Un poco		5 " Mucho	
3 " Regular			

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		4 " Algunas veces	
2 " Casi siempre		5 " Sólo alguna vez	
3 " Muchas veces		6 " Nunca	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° Siempre		4° Algunas veces	
2° Casi siempre		5° Sólo alguna vez	

3" Muchas veces		6" Nunca	
-----------------	--	----------	--

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

1" Siempre		4" Algunas veces	
2" Casi siempre		5" Sólo alguna vez	
3" Muchas veces		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		4" Algunas veces	
2" Casi siempre		5" Sólo alguna vez	
3" Muchas veces		6" 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		4" Bastante falsa	
2" Bastante cierta		5" Totalmente falsa	
3" No lo sé			

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

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

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo 9. Base de datos

9.1 Datos personales y factores de riesgo cardiovasculares

INFORMACIÓN GENERAL		FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES				FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES									
Cédula	EDAD	GRUPO DE EDAD	SEXO	ANTECEDENTES PERSONALES	RAZA	PESO (KG)	TALLA (CM)	IMC	OBESIDAD	PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	HDL (mg/dl)	LDL (mg/dl)	Colesterol total (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)	P
1102471891	53	4	1	HTA	2	45	1,51	1	1	2	1	0	0	0	
1103281323	48	3	1	DM	2	51,5	160,5	1	1	2	0	1	1	0	
1102399258	54	4	1	HTA	2	73	173	1	1	2	0	1	1	0	
1103226153	45	4	1	HTA	2	78	1,81	1	1	2	1	0	1	0	
1900481183	34	2	1	Ninguno	2	77,9	1,61	3	2	1	2	0	2	1	
1103162002	44	3	2	HTA + DM	2	63	1,6	1	1	2	2	1	1	0	
1100414877	80	6	1	DM	2	77	1,73	1	2	2	2	1	0	1	
1100345543	69	6	1	DM	2	62	1,53	1	2	2	2	1	1	0	
1104188832	32	2	2	HTA	1	66	1,45	3	2	1	2	0	2	1	
1900200989	50	4	2	HTA	2	58	1,57	1	1	2	0	2	0	1	
1105892747	19	1	2	HTA	2	48	1,48	1	2	2	2	1	1	0	
1103028666	47	3	2	HTA	2	55	1,42	2	2	2	2	1	1	0	
1102251244	58	4	1	HTA	2	70	1,61	2	1	2	1	2	0	0	
1101053757	65	5	2	HTA + DM	2	65	1,61	2	2	2	2	1	0	0	

1103281323	Muy buena	Mucho mejor ahora que hace un año	Sí, me limita un poco	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada	No, no me limita nada	No, no me limita nada	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada	No, no me limita nada
1102399258	Buena	Mucho mejor ahora que hace un año	Sí, me limita un poco	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	Sí, me limita un poco	Sí, me limita un poco	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
1103226153	Mala	Mucho peor ahora que hace un año	Sí, me limita mucho	Sí, me limita mucho	Sí, me limita mucho	Sí, me limita mucho	Sí, me limita mucho	Sí, me limita mucho	Sí, me limita mucho	Sí, me limita mucho	Sí, me limita mucho	Sí, me limita mucho
1900481183	Buena	Algo mejor ahora que hace un año	No, no me limita nada	No, no me limita nada	Sí, me limita un poco	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada	No, no me limita nada

CUESTIONARIO SF-36 (2/3)

<p>Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?</p>	<p>Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia 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)?</p>	
--	---	--

4. [a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?]	4. [b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?]	4. [c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?]	4. [d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?]	5. [a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?]	5. [b. ¿Hizo menos de lo que hubiera?]	5. [c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema?]	6. 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?	7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	8. 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)?
No	No	No	No	No	No	No	Un poco	No, ninguno	Nada
No	No	No	No	No	No	No	Nada	Sí, muy poco	Un poco
No	No	No	No	Si	Si	Si	Un poco	Sí, moderado	Regular
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Bastante	Sí, un poco	Un poco
No	No	No	Si	No	No	No	Nada	No, ninguno	Nada

CUESTIONARIO SF-36 (3/3)

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 últimas 4 semanas. ¿con qué frecuencia...										Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:			
9. [a.¿Se sintió lleno de vitalidad?]	9.[b.¿Estuvo muy nervioso?]	9. [c.¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?]	9. [d.¿Se sintió calmado y tranquilo?]	9. [e.¿Tuvo mucha energía?]	9. [f.¿Se sintió desanimado y deprimido?]	9. [g.¿Se sintió agotado?]	9. [h.¿Se sintió feliz?]	9. [i.¿Se sintió cansado?]	10. 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)?	11. [Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas]	11. [Estoy tan sano como cualquiera]	11.[Creo que mi salud va a empeorar]	11. [Mi salud es excelente]
Casi siempre	Nunca	Sólo alguna vez	Siempre	Siempre	Sólo alguna vez	Nunca	Siempre	Sólo alguna vez	Nunca	Bastante falsa	Bastante cierta	Bastante cierta	Bastante cierta

Casi siempre	Sólo alguna vez	Sólo alguna vez	Casi siempre	Casi siempre	Nunca	Sólo alguna vez	Casi siempre	Sólo alguna vez	Nunca	bastante falsa	Bastante cierta	No lo sé	Bastante cierta
Muchas veces	Algunas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	No lo sé	Bastante cierta	Bastante cierta	Bastante falsa
Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Muchas veces	Muchas veces	Algunas veces	Muchas veces	Nunca	No lo sé	No lo sé	No lo sé	Totalmente falsa
Siempre	Sólo alguna vez	Nunca	Casi siempre	Casi siempre	Sólo alguna vez	Sólo alguna vez	Casi siempre	Sólo alguna vez	Sólo alguna vez	Bastante falsa	Bastante cierta	No lo sé	Bastante cierta

Anexo 10. Proyecto de tesis



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

TEMA:

Factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en enfermos renales crónicos de la Unidad de Diálisis, hospital Isidro Ayora

AUTORA:

- Evelyn Gabriela Vera Laines

LOJA – ECUADOR

2019

1 Tema

Factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en enfermos renales crónicos de la Unidad de Diálisis, hospital Isidro Ayora

2 Problematización

La enfermedad renal crónica (ERC) es un estado caracterizado por una disminución significativa y progresiva de la función de los riñones. La ERC se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimados $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses. El daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal, por lo que el diagnóstico de ERC ya se establezca por un FG disminuido o por marcadores de daño renal, puede realizarse sin conocimiento de la causa. (Cabrera, 2013)

La Organización Mundial de Salud (OMS) la define como una epidemia, entre el 10 y 20 % de la población la padece en cualquier etapa evolutiva. La prevalencia de ésta patología está creciendo debido al incremento de población con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión. En las últimas décadas se ha visto que padecer enfermedad renal crónica es factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular. Las enfermedades cardiovasculares son las causas más frecuentes de muerte en estos pacientes. (OMS/OPS, 2014)

En el mundo, por cada millón de habitantes existen de 3500 a 4000 personas que padecen ERC, unas 120 por millón, necesitaran Diálisis Peritoneal (DP) y trasplante renal cada año. La Sociedad Española de Nefrología advierte que está aumentando de 4 a 5 por ciento anualmente, dos millones son enfermos renales sin estar diagnosticados, ya que muchos mueren antes de realizarse DP. (Zanoguera, 2010)

En Estados Unidos 19.2 millones de adultos padecen IRC en etapa temprana y 700 mil en etapa terminal, de 1990 a 2001 el número de enfermos renales han pasado de 697 a 1424 por millón de habitantes, registrándose un aumento hasta del 208 % en 11 años. (García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2012).

Según datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2014) IRC es una de las principales causas de muerte en el país, ocupa el cuarto lugar en atención hospitalaria en hombres y el décimo en mujeres, específicamente el estado de Veracruz ocupa el décimo lugar a nivel nacional con este tipo de pacientes, destacando que en la región sur radica el 80 %. Así mismo La Secretaría de Salud en Veracruz reporta 23,836 diabéticos y 32,644 hipertensos, es decir 56,480 candidatos a enfermedad renal tan solo en 2004 y 2005 en este estado. (D" Achiardi & Moreno, 2015)

En Ecuador, esta institución registra que el 9 % de la población sufre de algún tipo de enfermedad renal, con un crecimiento anual del 19 %. Se estima que alrededor de 1.170.000 ecuatorianos, (según la Asociación Americana de Nefrología), padecen de insuficiencia renal crónica de los cuales solo un 17 % recibe tratamiento en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS), otro 5 % a través de instituciones semipúblicas o fundaciones y el 78 % restante está completamente desprotegido. (Alcazar, Orte, & Otero, 2014) En la ciudad de Loja hay alrededor de 250 casos de personas que padecen esta enfermedad y se someten a la hemodiálisis. (Ponce A, 2016)

El estudio de la calidad de vida del individuo es de gran interés, porque permite conocer al ser humano desde una perspectiva más holística, que incluye sus valores, creencias, percepciones, etc. Este conocimiento permite al profesional de salud realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida, por la que está atravesando el paciente con ERC. El tratamiento también influye, en este caso la hemodiálisis, ya que sus efectos secundarios afectan los estilos de vida de las personas. (Mushnick, 2011)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación a sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. (OMS, 2015)

Para mantener al paciente con vida, debe someterse a tratamientos de sustitución renal no curativos, los cuales son altamente invasivos y demandantes, lo que implica un alto costo físico, psicosocial y económico para él y su familia. Entre los tratamientos de sustitución renal se encuentra el trasplante renal, la Diálisis Peritoneal (DP) y la Hemodiálisis (HD), que deben acompañarse de una dieta estricta para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio (Barrios, Cuenca, Devia y Cols., 2009), de restricciones en la ingesta de líquidos y de la toma de medicamentos diarios, ya sea para suplir las sustancias que el organismo ha dejado de producir o para controlar los efectos secundarios de la IRC o de la enfermedad que la causó (García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2012).

Se ha demostrado que tanto la ERC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global (Cidoncha et al., 2013). La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo). Esta satisfacción

depende, en gran parte, de la escala de valores, las aspiraciones y las expectativas personales de cada uno (Badia & Lizan, 2013).

En el caso de los pacientes con enfermedad renal, el eje de la calidad de vida que se ve afectado de manera más evidente es el de la salud física, que al estar en continua interacción con los ejes de trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los modifica necesariamente, unos más que a otros y de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de las particularidades de cada paciente (Alarcón, 2014).

Por lo anteriormente mencionado y debido a que en la ciudad de Loja son pocas las investigaciones actuales que relacionen los factores de riesgo cardiovasculares con la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se plantea lo siguiente:

¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Isidro Ayora Loja?

3 Justificación

El deterioro de la calidad de vida es un problema que se encuentra en personas con Insuficiencia Renal. En la actualidad se encuentra muy pocos estudios que se refieren a calidad de vida y factores de riesgo de la misma; no se encuentran temas relacionados a las dos variables de estudio. Por otro lado, respecto a la calidad de vida, se refiere a la reintegración de la persona hemodializada a la comunidad y a sus actividades de la vida diaria, tanto personales, sociales como espirituales.

La presente investigación corresponde a la tercera Línea de Investigación “Salud Enfermedad del Adulto y Adulto Mayor”, por tal motivo el presente trabajo de investigación ayudará a identificar la calidad de vida según el tipo de tratamiento y factores de riesgo cardiovasculares en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora, brindará aportes que ayudarán al paciente y al personal de salud a desarrollar sus actividades en busca de la mejora de la calidad de vida. Además, servirá de sustento para el fortalecimiento de proyectos, y estudios en ERC, favoreciendo a los pacientes, mediante la adaptación de conductas que mejoren su estilo de vida.

Aporte teórico: Permitirá identificar y sistematizar la información, sobre los componentes que afectan la calidad de vida de pacientes hemodializados ya que hay pocos estudios en esta población, contexto y realidad. Por otro lado, brindará a los profesionales de la salud y especialmente a los que trabajan con pacientes hemodializados, información relevante sobre los factores de riesgo y la calidad de vida de los pacientes hemodializados, sabiendo que esta trae muchas repercusiones negativas físicas, psicológicas y sociales.

Aporte práctico: El trabajo de investigación servirá como base, para la ejecución de programas de intervención en busca de la mejora de la calidad de vida del paciente hemodializado, ya que brindará una visión más focalizada respecto a las dimensiones en las cuales se debe trabajar con mayor énfasis.

Los resultados de la presente investigación serán elevados a las instancias correspondientes, de manera tal que con base en los resultados se tomen acciones por parte de la entidad.

Aporte social: La investigación aportará datos relevantes y actualizados, que ayuden a las asociaciones de hemodiálisis u otras instituciones de manera que puedan generar políticas de salud en la mejora de la calidad de vida, atención y cuidado de los pacientes con IRC.

4 Objetivos

4.1 General

Determinar los factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja período Abril 2019- Abril 2020.

4.2 Específicos

- Determinar los principales factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
- Identificar el nivel de la calidad de vida en enfermos renales crónicos que presenten factores de riesgo cardiovasculares de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
- Establecer la relación entre los factores de riesgo cardiovasculares y la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

5. Marco Teórico

5.1 Insuficiencia Renal Crónica

5.1.1 Definición.

5.1.2 Etiología.

5.1.3 Epidemiología.

5.1.4 Fisiopatología.

5.1.5 Clasificación.

5.1.6 Manifestaciones clínicas.

5.1.6.1 *Enfermedad cardiovascular.*

5.1.6.2 *Anemia y alteraciones de la hemostasia.*

5.1.6.3 *Osteodistrofia Renal.*

5.1.6.4 *Acidosis metabólica.*

5.1.6.5 *Malnutrición.*

5.1.6.6 *Alteraciones hidroelectrolíticas.*

5.1.6.7 *Alteraciones gastrointestinales.*

5.1.6.8 *Alteraciones neurológicas.*

5.1.6.9 *Alteraciones de la inmunidad e infecciones.*

5.1.7 Factores de riesgo.

5.1.7.1 *Factores de riesgo modificables.*

5.1.7.1.1 *Control de Presión Arterial.*

5.1.7.1.2 *Proteinuria y Enfermedad Renal.*

5.1.7.1.3 *Dislipidemia.*

5.1.7.1.4 *Tabaquismo.*

5.1.7.1.5 *Fósforo.*

5.1.7.1.6 *Niveles plasmáticos de Aldosterona.*

5.1.7.1.7 *Hiperuricemia.*

5.1.7.1.8 *Obesidad.*

5.1.7.1.9 *Hiperglicemia.*

5.1.7.1.10 *Alcohol.*

5.1.7.2 *Factores de riesgo no modificables.*

5.1.7.2.1 *Predisposición Genética.*

5.1.7.2.2 *Factores raciales.*

5.1.7.2.3 *Factores materno – fetales.*

5.1.7.2.4 *Edad.*

5.1.7.2.5 *Género.*

5.1.8 Calidad de Vida.

5.1.8.1 *Definición.*

5.1.8.2 *Características.*

5.1.8.3 *Dimensiones.*

5.1.8.4 *La calidad de vida relacionada con la salud.*

5.1.8.5 *Caracterización familiar de los pacientes con ERC.*

5.1.8.6 *Cuestionario para determinar Calidad de Vida de los Enfermos*

Renales Crónicos

6 Metodología

6.1 Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo descriptivo, enfoque cuantitativo, correlacional y de corte transversal que se realizará durante Abril 2019- Abril 2020.

6.2 Área de estudio

La presente investigación se la realizará en la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, ubicado en las calles Avenida Iberoamericana y Juan José Samaniego, del Barrio Sevilla de Oro, en la Parroquia Sucre.

6.3 Universo y Muestra

En el presente estudio se incluirán a todos los pacientes que acuden a la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

6.4 Criterios de inclusión y exclusión

6.4.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes de Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora que hayan aceptado la inclusión y firmado el consentimiento informado para el estudio.
- Pacientes con ERC diagnosticada y que acuden a la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
- Pacientes que presentes factores de riesgo cardiovasculares y que acuden a la Unidad de Diálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

6.4.2 Criterios de Exclusión

- 6 Pacientes con deterioro psicoorgánico con alteración psiquiátrica de base.
- 7 Pacientes con enfermedad que le imposibilite la comunicación verbal o discapacidad visual.

6.6 Métodos, Instrumentos y Procedimientos

6.6.1 Técnicas.

Las técnicas a emplearse son Hoja de recolección de datos y el Cuestionario SF-36 para determinar la calidad de vida de los pacientes con ERC.

6.6.2 Instrumentos.

Para la presente investigación se utilizará el Consentimiento Informado de la OMS (Anexo1), es un documento legal por el cual la persona accede a colaborar en la presente investigación, este documento debe constar del nombre del Investigador, para que da el consentimiento informado la persona, el nombre de la institución a la cual está representando el investigador y nombre del proyecto a realizarse.

Se utilizará también la Hoja de Recolección de Datos (anexo 2) de cada paciente, a fin de determinar los principales factores de riesgo cardiovasculares de su Enfermedad Renal Crónica.

Y el Cuestionario SF-36 (Anexo 3), que ha sido validado al español, de utilidad para la detección de nivel de calidad de vida del paciente. El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. Tiene las siguientes características métricas: las preguntas o ítems que se respondieron con 3 opciones de respuestas, se puntuaron con los valores 0-50-100; las que tuvieron 5 opciones de respuestas: 0-25-50-75-100; con 6 opciones de respuestas: 0-20-40-60-80-100. Los 36 ítems tienen categorías con un recorrido de 0 a 100 (de la menor a la mayor calidad posible) o viceversa. Una vez marcada la opción a responder por cada trabajador y darle el código numérico que le corresponde, se promedian todos los cuestionarios para crear los puntajes de la(s) dimensión(es), y así se obtiene el valor determinado de calidad de vida relacionada con la salud para las 8 dimensiones, valor incluido en el recorrido de la escala: de 0 a 100, con punto de corte en 50, por encima y por debajo del cual hay estados positivos o negativos de salud, tanto mejor mientras más se acerque al valor de 100, y tanto peor mientras más se acerque al valor de 0.

6.6.3 Procedimiento.

La investigación se realizará a través de la planificación de las actividades necesarias para dar cumplimiento a la misma, para ello se empezó con revisión bibliográfica de la literatura, acercamiento a Unidad de Diálisis, se conversó con un especialista en la rama,

Dr. Marco Abad y Dr. Israel Salazar para analizar si el tema del proyecto de investigación era sustentable, luego se procedió a la elaboración del proyecto de investigación con tutorías por parte de la docente de titulación Dra. Elvia Ruíz para las debidas correcciones. Posterior a esto, presentar el proyecto de investigación a la coordinación de la Facultad de la Salud Humana para su respectiva pertinencia y solicitar la designación del director(a) de tesis.

Después se realizará la validación y aplicación de los instrumentos de investigación y se elaborará la base de datos de la misma, con la recolección de datos en la plataforma de Microsoft Excel e inmediatamente tabular los datos en dicha plataforma.

Luego, se procederá al análisis de los datos de la investigación, revisión de las tablas a presentar, elaboración del informe final de tesis, para finalmente solicitar tribunal de docentes de la carrera de Medicina Humana para sustentación privada y sustentación pública del trabajo de investigación.

6.7 Consideraciones éticas

Los participantes del presente estudio serán debidamente informados acerca del propósito del estudio, además se contará con el consentimiento informado el cual será firmado de manera libre y voluntaria, respetando los principios bioéticos establecidos en la ley Orgánica de salud (registro oficial 423), en lo que respecta a investigación.

La información obtenida será mantenida en absoluta confidencialidad y empleada únicamente con fines investigativos.

6.8 Plan de recolección de datos

En el presente trabajo de investigación, recolectaremos la información a través de hoja de recolección de datos para determinar los principales factores cardiovasculares en los pacientes con ERC.

6.9 Plan de tabulación y análisis de datos

Se tabulará la información mediante el programa Microsoft Excel y se analizará con el mismo, a través de la elaboración de una base de datos.

6.10 Plan de presentación de datos

6.11 Recursos

6.11.1 Materiales

- Historias Clínicas
- Computadora
- Hojas

- Impresiones
- Esferográficos
- Internet
- Copias

6.12 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Calidad de Vida	Bienestar en todas las áreas del ser humano, respondiendo a la satisfacción de las necesidades físicas, materiales y emocionales.	Cuestionario SF-36	Excelente: 75-100 Buena : 50-75 Regular: 25-50 Mala: 0-25
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES	Fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias	Presión arterial	- Óptima: < 120 / < 80 mmHg - Normal: 120-129 / 80-84 mmHg - Normal alta: 130-139 / 85-89 mmHg
	Presencia excesiva de proteína en la orina, en cantidad superior a 150 mg de 24 horas	Proteinuria	- Normal: 0-8 mg/dl - Alta: >8 mg/dl
	Daño de características crónicas que se	Tabaquismo	- En la actualidad

MODIFICABLES	produce en la persona que consume tabaco en exceso.		¿Fuma usted tabaco diariamente, algunos días, o no fuma en absoluto? - SI - NO
	Alteración de los niveles de lípidos en la sangre.	Dislipidemia	Valores normales - Colesterol LDL: <100 mg/dl - Colesterol HDL: >60 mg/dl - Tg: <150 mg/dl Dislipidemia - Colesterol LDL: 160-189 mg/dl - Colesterol HDL: <40 mg/dl - Tg: 200-499 mg/dl
	Indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar sobrepeso y obesidad	Obesidad (IMC)	- Normal: 18-24,9 - Sobrepeso: 25-29,9 - Obesidad I: 30-34,9 - Obesidad II: 35-39,9 - Obesidad III: >40
	Consumo de alcohol que aumenta el riesgo de sufrir HTA	Consumo de alcohol	- SI - NO
	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Edad	20-40 años 40-65 años >65 años

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES NO MODIFICABLES	Identidad sexual de los seres vivos.	Género	- Femenino - Masculino
	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos.	Antecedentes Personales	- SI - NO
	Grandes grupos étnicos en que se divide la especie humana teniendo en cuenta ciertas características distintivas, que se transmiten por herencia de generación en generación.	Raza	- Mestiza - Blanca - Afroecuatoriana - Indígena