



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA: MEDICINA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL.**

TEMA

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ENFERMOS
RENALES CRÓNICOS SOMETIDOS A DIÁLISIS
PERITONEAL AMBULATORIA VERSUS HEMODIÁLISIS,
EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN QUITO,
PERIODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013**

Autores: Jenny Ocaña
Daniel Montero

Tutor: Dra. Eva Rodríguez
Dr. Washington Osorio

Riobamba 2013

CERTIFICADO

En calidad de Miembros del Tribunal de Grado

CERTIFICAMOS:

Que los señores

Montero Farías Daniel Andrés CC 060360630-2

Ocaña Buenaño Jenny Estefania CC 060411875-2

Egresados de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, habiendo cumplido con los requisitos correspondientes a la presentación de defensa privada, se encuentran **APTOS** para la **DEFENSA PÚBLICA** de la tesina de grado previa la obtención del título de Médico General con el tema:

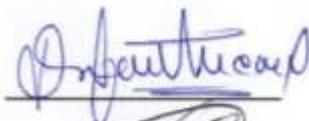
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ENFERMOS RENALES CRÓNICOS SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA VERSUS HEMODIALISIS, EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN QUITO, PERIODO JUNIO - SEPTIEMBRE 2013

Los interesados pueden hacer uso del presente, conforme convenga sus intereses. Es todo lo que podemos certificar en honor a la verdad.

Riobamba, 16 de Diciembre del 2013

Atentamente:

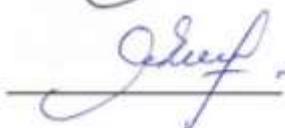
Dr. Raúl Inca



Dr. Edwin Hinojosa



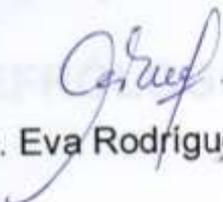
Dra. Eva Rodríguez



ACEPTACIÓN DE LA TUTORÍA METODOLÓGICA:

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por los estudiantes Jenny Estefania Ocaña Buenaño y Daniel Andrés Montero Farías para optar por el título de Médico General, y acepto asesorar a los estudiantes en calidad de tutor metodológico, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, Mayo 2013.

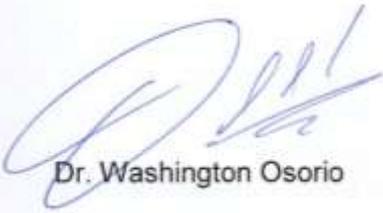


Dra. Eva Rodríguez
PSICOLOGA

ACEPTACIÓN DE LA TUTORÍA PRÁCTICA:

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por los estudiantes Jenny Estefania Ocaña Buenaño y Daniel Andrés Montero Farías para optar por el título de Médico General, y acepto asesorar a los estudiantes en calidad de tutor científico, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Quito, Mayo 2013.



Dr. Washington Osorio
NEFRÓLOGO

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros, Jenny Estefanía Ocaña Buenaño y Daniel Andrés Montero Farías somos responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

Esta tesina está dedicada a las personas más importantes de mi vida, a **mis Padres y hermanos**. Por ser el pilar fundamental en mi vida, por todo su esfuerzo y sacrificio, lo que hizo posible el triunfo profesional alcanzado. Para ellos mi AMOR, OBEDIENCIA Y RESPETO.

También dedico esta tesina a aquellos que han sido parte del desarrollo científico y humanístico en mi carrera, **A Maestros, amigos**. Que en mi corazón siempre llevarán un lugar especial

DANIEL

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y agradecimiento. Papá y Mamá

A mi preciosa hija Sofía para quien ningún sacrificio es suficiente, que con su luz ha iluminado mi vida y hace mi camino más claro.

A mi esposo por ser una persona excepcional. Quien me ha brindado su apoyo y ha hecho suyos mis preocupaciones y problemas. Gracias por tu amor, paciencia y comprensión.

A mis hermanas por su ayuda y apoyo incondicional

A mis maestros que en este andar por la vida influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que nos pone la vida.

JENNY

AGRADECIMIENTO

**“... y he aquí yo estoy con vosotros todos los días, hasta el fin de mundo”
Mateo 28:20**

No podemos dejar de agradecer y reconocer a quien sin duda permite que todo esto sea posible, a quien nos da sabiduría, entendimiento, y guía nuestras vidas, a nuestro Dios.

A la Universidad Nacional de Chimborazo por abrirnos sus puertas para desarrollarnos como profesionales, con formación científica académica y humanitaria.

Al Hospital Carlos Andrade Marín por permitirnos realizar nuestra investigación y brindarnos su apoyo.

A nuestros tutores: Dra. Eva Rodríguez y Dr. Washington Osorio, quienes han sabido guiar esta investigación, con su paciencia y conocimiento.

INDICE GENERAL

Portada.....	I
Aceptación de tutoría.....	II-III
Derecho de autoría.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice general.....	VII-VIII
Índice de cuadros.....	IX
Índice de gráficos.....	X
Siglas.....	XI
Resumen.....	XII
Abstract.....	XIII
Introducción.....	14-15
CAPITULO I “Problematización”	16-19
Planteamiento del problema.....	16
Formulación del problema.....	17
Delimitación del problema.....	17
Objetivos.....	17
Justificación.....	18-19
CAPITULO II “MARCO TEÓRICO”	20-49
LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	20-24
Dimensiones de la calidad de vida.....	21
Calidad de vida en pacientes con ERC.....	21-23
Salud percibida.....	24
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	24-33
Definición.....	24-25
Etiología y fisiopatología.....	26-27
Estadios de la ERC.....	27
Signos y síntomas.....	28
Diagnóstico.....	28-32
Tratamiento.....	32-33
DIÁLISIS.....	33-38
Inicio de diálisis.....	34-35
Selección de modalidad de diálisis.....	35-38
DIÁLISIS PERITONEAL.....	38-43
Inicio de diálisis peritoneal.....	40
¿Qué pacientes se benefician con diálisis peritoneal, y en que pacientes estaría contraindicada esta terapia?.....	40-42
Ventajas y desventajas.....	42
Complicaciones de diálisis peritoneal.....	43
HEMODIÁLISIS.....	44-48
Indicación de hemodiálisis.....	45-46

Ventajas y desventajas.....	47
Complicaciones de la hemodiálisis.....	47-48
Definición de términos básicos.....	49-51
Hipótesis y variables.....	52
Operacionalización de variables.....	53-54
CAPITULO III “Metodología”	55-59
Métodos y técnicas.....	55
Población y muestra.....	55-57
Técnica y recolección de datos.....	57
Instrumentos para análisis y recolección de datos.....	57-58
Claves para interpretar y analizar los resultados.....	59
CAPITULO IV “Análisis e interpretación de resultados”	60-80
CAPITULO V “Comprobación de hipótesis”	81
Conclusiones.....	82-83
Recomendaciones.....	84
Bibliografía.....	85-88
ANEXOS	89-116
Anexo 1. Fotografía.....	90-94
Anexo 2. Puntuación del instrumento cuestionario KQDOL-SF	95-97
Anexo 3. Cuestionario KDQOL-SF.....	98-113
Anexo 4. Licencia para uso del cuestionario KDQOL-SF.....	114-116

INDICE DE CUADROS

Tabla 1. Distribución porcentual de pacientes según modalidad de diálisis.....	60
Tabla 2. Distribución porcentual de pacientes según modalidad de diálisis y sexo.....	61
Tabla 3. Salud general.....	62
Tabla 4. Función física.....	63
Tabla 5. Rol Físico.....	64
Tabla 6. Rol emocional.....	65
Tabla 7. Función social.....	66
Tabla 8. Dolor.....	67
Tabla 9. Bienestar emocional.....	68
Tabla 10. Vitalidad	69
Tabla 11. Carga de la enfermedad.....	70
Tabla 12. Función cognitiva.....	71
Tabla 13. Calidad de relación social.....	72
Tabla 14. Percepción de síntomas	73
Tabla 15. Efectos de la enfermedad renal.....	74
Tabla 16. Función sexual.....	75
Tabla 17. Sueño	76
Tabla 18. Apoyo social.....	77
Tabla 19. Situación laboral.....	78
Tabla 20. Satisfacción del paciente.....	79
Tabla 21. Actitud del personal de diálisis.....	80

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de pacientes según modalidad de diálisis.....	60
Gráfico 2. Distribución porcentual de pacientes según modalidad de diálisis y sexo.....	61
Gráfico 2. Salud general.....	62
Gráfico 3. Función física.....	63
Gráfico 4. Rol Físico.....	64
Gráfico 5. Rol emocional.....	65
Gráfico 6. Función social.....	66
Gráfico 7. Dolor.....	67
Gráfico 8. Bienestar emocional.....	68
Gráfico 9. Vitalidad	69
Gráfico 10. Carga de la enfermedad.....	70
Gráfico 11. Función cognitiva.....	71
Gráfico 12. Calidad de relación social.....	72
Gráfico 13. Percepción de síntomas	73
Gráfico 14. Efectos de la enfermedad renal.....	74
Gráfico 15. Función sexual.....	75
Gráfico 16. Sueño	76
Gráfico 17. Apoyo social.....	77
Gráfico 18. Situación laboral.....	78
Gráfico 19. Satisfacción del paciente.....	79
Gráfico 20. Actitud del personal de diálisis.....	80

SIGLAS

CV: Calidad de vida

CVRS: Calidad de vida relacionada con salud

IRA: Insuficiencia renal aguda

ERC: Enfermedad renal crónica

ERCT: Enfermedad renal crónica terminal

TSR: Tratamiento de sustitución renal

HD: Hemodiálisis

DPA: Diálisis peritoneal ambulatoria

FG: Filtrado glomerular

TFG: Tasa de filtrado glomerular

DM: Diabetes mellitus

HTA: Hipertensión arterial

TA: Tensión arterial

A/CR: Coeficiente albumina/creatinina

FRR: Función renal residual

BUN: Blood urea nitrogen o Nitrógeno ureico plasmático

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes

KDQOL: Kidney Disease and Quality of Life

RESUMEN

Objetivo: Determinar la variación de la calidad de vida entre los pacientes sometidos a hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria.

Materiales y métodos: Este trabajo de investigación mantiene un diseño descriptivo de corte transversal y de comparación entre 2 grupos sobre la diálisis peritoneal y hemodiálisis, en pacientes insuficientes renales en el Hospital Carlos Andrade Marín. Se utilizó como instrumento el modelo de encuesta ya establecido que propone la sociedad española de nefrología con el nombre de **ENFERMEDAD DEL RIÑÓN Y CALIDAD DE VIDA KDQOL-SF (Kidney Disease and Quality of Life)**. El cual se aplicó a los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria y hemodiálisis. Se lo realizó con 104 pacientes de los cuales correspondían 41% a hemodiálisis (43 pacientes), y 59% a diálisis peritoneal ambulatoria (61 pacientes).

Resultados: se encontró que en ninguna de las terapias de sustitución renal hubo variación en el rol emocional y función social del paciente, mientras que se observó que la diálisis peritoneal ambulatoria brindó mejores resultados en la función física y laboral.

Conclusión: La diálisis peritoneal ambulatoria brinda una mejor calidad de vida a los pacientes con ERC estadio 5D, debido al menor impacto hemodinámico evitando ausencias laborales y permitiéndoles realizar actividades cotidianas en forma regular.

Recomendación: Se recomienda Diálisis peritoneal ambulatoria en aquellos pacientes con cierta autonomía, en plena actividad económica, en aquellos que están cursando estudios, ya que esta terapia al ser realizada en el hogar no interrumpe las actividades diarias.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Objective: To determine the variation in the life quality among patients who are undergo hemodialysis and those with ambulatory peritoneal dialysis.

Materials and Methods: This research keeps a descriptive cross-sectional design and comparison among two groups of hemodialysis and peritoneal dialysis in patients with renal deficiency in Carlos Andrade Marin Hospital. The survey model proposed and established by the Spanish society of nephrology called **KIDNEY DISEASE AND QUALITY OF LIFE(KDQOL-SF)** was the instrument used. This was applied to patients with ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis. It was applied with 104 patients of which 41 % corresponded to hemodialysis (43 patients), and 59 % ambulatory peritoneal dialysis (61 patients).

Results: We found that in any of renal replacement therapy there was no change in the emotional and social functioning patient role, whereas it was observed that ambulatory peritoneal dialysis offer better results in physical and working function.

Conclusion: Ambulatory peritoneal dialysis provides a better life quality to patients with chronic kidney disease stage 5D, due to lower absenteeism avoiding hemodynamic impact and enabling them to perform daily activities regularly.

Recommendation: It is recommended ambulatory peritoneal dialysis in patients with certain autonomy, in the height of economic activities, in those who are studying, as this therapy is carried out at home, it does not disrupt daily activities.

Reviewed by:


Lcda. Patricia Moyota,
ENGLISH TEACHER



INTRODUCCIÓN:

La enfermedad renal crónica (ERC) es reconocida como un problema de salud pública, entre otras razones, por la afectación de la calidad de vida de personas de todas las edades. (Kasper, Braunwald, Fauci, Jameson y Isselbacher, 2005)

En el Ecuador, alrededor de dos mil personas al año, sufren de enfermedad renal crónica, los cuales tienen que cambiar su estilo de vida en muchos aspectos y en su mayoría ser sometidos a procedimientos de sustitución renal para intentar suplir las necesidades de purificación renal ya perdidas. Entre ellos podemos citar, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal aunque existen criterios para elegir el mejor tratamiento que debe adoptar el paciente, pero siempre el paciente tiene la última palabra en la elección, escogiendo el que se acople mejor a sus necesidades; ambos son tratamientos muy aceptables, cada uno tiene sus ventajas y desventajas.

Los cambios en la calidad de vida dependen de varios factores, por ejemplo: en las actividades que pueden y no pueden realizar o las limitaciones que presentan para desarrollar su vida normal.

El trasplante renal representa en la actualidad el medio más eficaz de restituir la salud a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, pero la escasez de donantes lo ha convertido en una posibilidad lejana para los pacientes, que deben acostumbrarse a las máquinas de un hospital o a las fístulas y catéteres necesarios para los procedimientos que los mantienen vivos.

Los tratamientos actuales en la enfermedad renal crónica mejoran mucho la expectativa y calidad de vida en los pacientes renales crónicos pero, aun así, esta patología y los tratamientos dialíticos siguen ocasionando en los pacientes cambios a nivel físico, psicológico y social.

La Calidad de Vida Relacionada a la Salud es la evaluación que lleva a cabo el individuo respecto a su salud y su grado de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas, lo cual incluye, entre otras, la función física, psicológica, social, la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional (Terue, Torrente, Fernández, Parra, Zarraga y García 2009).

El objetivo de este trabajo investigativo es identificar que grupo de estudio tiene menor repercusión en su calidad de vida al ser sometidos a terapia de sustitución renal, sea esta mediante hemodiálisis o diálisis peritoneal ambulatoria.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En términos generales, se registra una tasa de 100 personas por cada millón de habitantes, en la población adulta, que presenta enfermedades capaces de ocasionar pérdida progresiva de la función renal, desembocando en daño irreversible de la función renal (Avilés 2004).

En el Ecuador existen, hasta el momento, cerca de 150.000 personas diagnosticadas de enfermedad renal aguda o crónica, cifra que equivale al 15% de los ingresos hospitalarios. De los cuales, alrededor de 2000 necesitan diálisis. (Ministerio de Salud Pública Ecuador 2009)

A medida que la supervivencia de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal ha ido en aumento, el interés de los profesionales se ha centrado en el estudio del bienestar que proporciona cada uno de los tratamientos; en esta investigación, se ha visto la necesidad de identificar o valorar como es la calidad de vida en estos pacientes.

En la actualidad, gracias a los avances en los tratamientos sustitutivos de función renal, se puede ofrecer a los pacientes con esta enfermedad, una mejor calidad de vida, similar a la que tiene cualquier persona, aunque con ciertas limitaciones propias de su padecimiento.

En este trabajo se intenta identificar, que procedimiento terapéutico tiene menor impacto en la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe variación en la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis con relación a los que utilizan diálisis peritoneal ambulatoria?

1.2.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación fue realizado en el área de Nefrología del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito, en pacientes que se realizan tratamiento de sustitución renal, durante el periodo junio-septiembre 2013.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la variación de la calidad de vida entre los pacientes sometidos a hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer la percepción de la salud de los pacientes de acuerdo a la modalidad de diálisis a la que son sometidos.
- Evaluar la capacidad de relación social, autonomía individual y apoyo social del paciente en diálisis.
- Establecer la relación del bienestar físico, psicológico, y social con el desenvolvimiento laboral.
- Determinar en qué modalidad de diálisis los pacientes presentan menos sintomatología y molestias al realizar sus actividades diarias.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad renal crónica se define como filtración glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o lesión renal, definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG, por al menos tres meses. (Alcázar, Orte, González, Górriz, Navarro, Egocheaga y Álvarez 2010)

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un importante problema de Salud Pública a nivel mundial, afectando a más de 50 millones de personas, y más de un millón de ellos reciben terapia de reemplazo renal lo cual constituye una causa de morbi-mortalidad y coste socioeconómico. (Renal Data System 2003)

En Latinoamérica la prevalencia de ERCT ha crecido en 6.8% anualmente desde el 2003, según la información disponible de los 20 países miembros de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión.

La evolución que ha tenido la prevalencia de la ERCT bajo tratamiento sustitutivo en Latinoamérica, desde que comenzó a llevarse el registro latinoamericano de diálisis y trasplante renal, ha ido aumentando (Alcázar et al, 2008) progresivamente, es así que para el año 2010 la prevalencia llegó a 630 por millón de habitantes. (Arrieta, Gutiérrez, Moreno, Sierra y González 2010)

Las principales causas etiológicas de la ERCT en el mundo, y también en Latinoamérica, son la diabetes y la hipertensión arterial. Según el registro estadounidense de diálisis (USRDS, United States Renal Data System) la diabetes constituyó el 44% y la hipertensión el 28.7% de los pacientes nuevos ingresados en el año. (Hinojosa, 2006)

En Ecuador alrededor de 2000 personas son diagnosticadas de ERC y son sometidas a algún tipo de terapia renal sustitutiva. Al existir tratamientos de sustitución renal siempre existe la pregunta de cuál es el mejor tratamiento para cada paciente o cual causa menos alteraciones en la calidad de vida de los mismos, aunque a veces se recomienda uno u otro, es necesario saber cómo se siente el paciente, es por eso que ya se han publicado varios estudios que intentan saber que tratamiento va mejor en las personas con enfermedad renal crónica; pero, en vista que en el Hospital Carlos Andrade Marín no se ha realizado ningún estudio de este tipo, deseamos saber cómo están viviendo las personas con esta patología en nuestro entorno.

Por lo tanto el presente trabajo de investigación fue factible realizarlo por cuanto existen suficientes fuentes de consulta bibliográficas, documentales, casos reales, revistas científicas, estudios, metanálisis sobre el problema planteado, se dispuso de asesores expertos del área de nefrología y diálisis para desarrollar la investigación cuyo resultado contribuirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL

El presente trabajo está elaborado en consideración de la teoría del conocimiento pragmatismo, ya que vincula la teoría con la práctica. Siendo un diseño descriptivo de corte transversal y de comparación entre dos grupos.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEORÍA

2.2.1. LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

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

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

Se pueden hallar en la literatura una variedad de términos relacionados, estos términos son estado de salud (*health status*), bienestar (*well-being*), y estado funcional (*functional status*). (Urzúa 2010)(Hinojosa 2006)

2.2.1.1. Dimensiones de la calidad de vida:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la **calidad de vida relacionada con la salud**. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son: (Hinojosa 2006)

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

2.2.2. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ERC

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. (Schwartzmann, 2003)

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

Las mediciones de la Calidad de Vida (CV) utilizadas son obtenidas a partir de la interpretación de respuestas de personas, a cuestionarios estándar. Así la medida de la CV de las personas descansa en los juicios de ellos mismos sobre su estado de salud. Se les pide que digan en qué medida están satisfechos de su salud, o de la vida que llevan, y en qué medida su vida ha sido transformada por la enfermedad y por las intervenciones médicas aplicadas. Estos métodos no tienen como objetivo medir directamente entidades tan amplias como salud o satisfacción de los

enfermos, sino solamente cuantificar algunos de sus atributos característicos, explorados por grupos de preguntas llamadas dimensiones (salud física y mental, actividad social, sueño, dolor, autoestima, etc). (LEPLÈGE Y RUDE, 1995).

Evans (1990) llevó a cabo una revisión exhaustiva sobre 300 publicaciones relativas a la “calidad de vida” de los pacientes renales, llegando a aislar hasta 40 indicadores utilizados para evaluar este concepto, y que podrían agruparse en las siguientes categorías generales: físicos, cognitivos, de actividad, emocionales, psicopatológicos y sociales. Cada uno de estos grupos incluye los siguientes componentes:

- Físicos: tolerancia al ejercicio, síntomas, vitalidad, fatiga, funcionamiento sexual y motor, sueño, rehabilitación, dolor, apariencia física y apetito.
- Cognitivos: percepción de salud, imagen personal y corporal, crecimiento y desarrollo personal, habilidades cognitivas, agudeza y funcionamiento mental.
- De actividad: limitación en las actividades, vuelta al trabajo, búsqueda de actividades recreativas, restricciones dietéticas, progresos académicos, autocuidados, cuidado del hogar y tiempo de ocio.
- Emocionales: seguridad, bienestar, autoestima, ira, satisfacción en general, satisfacción con la salud, con la vida sexual y con las relaciones sociales y familiares.
- Psicopatológicos: síntomas psicóticos, ansiedad y depresión.
- Sociales: vida familiar, vida social y relaciones familiares.

2.2.3. SALUD PERCIBIDA

En numerosas ocasiones se ha escrito que la salud de cada individuo se puede calificar en función de cómo es percibida por él mismo (Meyer et al., 1994), teniendo en cuenta que esta percepción subjetiva está modulada por su propia personalidad (Palmer, Canzona, Conley y Wells, 1983) y por las características del entorno físico y social en el que vive (Ware, 1984). Esto es, dos personas con la misma enfermedad y síntomas semejantes pueden tener una percepción de su salud totalmente distinta.

El concepto de “salud percibida” comparte algunas características con el de “calidad de vida”; se trata de un concepto abstracto y multidimensional. No obstante, los expertos parecen estar de acuerdo en que cada dimensión debe evaluarse de manera independiente (Ware, 1984). La salud percibida hace referencia al modo particular en que una persona valora o percibe sus condiciones físicas, emocionales y sociales. Tal concepto es nombrado en algunas publicaciones con los términos de “calidad de vida subjetiva”, “satisfacción con la salud” o “bienestar” (Bremer et al., 1989; Edgell et al., 1996). En otras ocasiones se considera la “salud percibida” de modo indirecto, valorando el impacto de la enfermedad en distintas áreas de la vida (Devins, Mandin et al., 1990; Devins, 1994).

2.2.4. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

2.2.4.1. Definición

La enfermedad renal crónica (ERC) es un término genérico que define un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. La variabilidad de su expresión clínica es debida, al menos en parte, a su etiopatogenia, la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulo o intersticio renal), su severidad y el grado de progresión.

En el año 2002, la publicación de las guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative) por parte de la National Kidney Foundation (NKF) sobre definición, evaluación y clasificación de la ERC supuso un paso importante en el reconocimiento de su importancia, tal y como ha sido mencionado anteriormente, promoviéndose por primera vez una clasificación basada en estadios de severidad, definidos por el filtrado glomerular (FG) además del diagnóstico clínico. Todas las guías posteriores incluyendo las próximas guías KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes) han confirmado la definición de ERC (independientemente del diagnóstico clínico) como la presencia durante al menos TRES MESES de:

- FG inferior a 60 ml/min/1,73 m²
- o lesión renal (definida por la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG). La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen. La duración es importante para distinguir la ERC de la patología aguda. Esta definición ha sido aceptada por diversas sociedades científicas (no sólo nefrológicas) y es independiente de la edad, aunque ésta puede determinar la necesidad o no de asistencia personalizada o la relativa urgencia de la misma. (Alcázar et al 2008)

2.2.4.2. Etiología y Fisiopatología

Las causas de ERC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa ERC.

La TFG puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la TFG. (Venado et al, 2010)

La pérdida estructural y funcional del tejido renal es lo que intenta mantener la TFG. Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo.

En las etapas iniciales de la ERC esta compensación mantiene una TFG aumentada permitiendo una adecuada depuración de sustancias; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin Terapia Renal Sustitutiva.

El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundario a la disfunción renal. Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal. Se han

identificado sustancias tóxicas como la homocisteína, las guanidinas y la 2 microglobulina, además de una serie de alteraciones metabólicas y endocrinas. El paciente con ERC también tiene un riesgo elevado de presentar desnutrición calórica proteica, ya sea inducida por la enfermedad subyacente o por el tratamiento de diálisis.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de morbimortalidad en los pacientes con ERC, ocasionando 30 veces más riesgo de morir que el de la población general. Este riesgo puede ser atribuible a una correlación entre la uremia y la aterosclerosis acelerada. En pacientes con ERC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemias, edad avanzada, Diabetes Mellitus y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular. (Venado et al, 2010)

2.2.4.3. Estadios de la ERC

De acuerdo con el FG calculado o estimado con las diversas fórmulas, se clasificaba la ERC en los siguientes estadios: (KDIGO, 2002)

Estadio ERC	FG (ml / min / 1,73 m ²)	Descripción
1	≥90	Daño renal con FG normal
2	60-89	Daño renal y ligero descenso del FG
3 ^a	45-59	Descenso ligero - moderado del FG
3B		
4	30-44	Descenso moderado de FG
5	15-29	Descenso grave de FG
5	<15	Prediálisis
5D	Diálisis	Diálisis

*Insuficiencia renal crónica

2.2.4.4. Signos y síntomas

Inicialmente no tiene síntomas específicos y solamente puede ser detectada como un aumento en la creatinina del suero. A medida que la función renal disminuye, los síntomas pueden ser los siguientes: (Venado et al, 2010)

- La presión arterial está incrementada debido a la sobrecarga de líquidos y a la producción de hormonas vasoactivas que conducen a la hipertensión y al paro cardíaco congestivo.
- La urea se acumula, conduciendo a la azoemia y en última instancia a la uremia (los síntomas van desde el letargo a la pericarditis y a la encefalopatía)
- El potasio se acumula en la sangre (lo que se conoce como hiperpotasemia), con síntomas que van desde malestar general a arritmias cardíacas fatales.
- Se disminuye la síntesis de eritropoyetina (conduciendo a la anemia y causando fatiga)
- Sobrecarga de volumen de líquido, los síntomas van desde edema suave al edema pulmonar peligroso para la vida.
- La hiperfosfatemia, debido a la excreción reducida de fosfato, asociada a la hipocalcemia

2.2.4.5. Diagnóstico de ERC

En presencia de una enfermedad renal crónica hay una gran variedad de exámenes de laboratorio que se encuentran alterados. Así tenemos que en el ER, como consecuencia de la disminución de la función excretora, se encontrará elevación del BUN, creatininemia y uricemia, mientras que la velocidad de filtración glomerular estará francamente disminuida.

Si el grado de enfermedad renal es alto, se constatará una anemia normocítica normocrómica, existirá acidosis, tendencia a la hiperkalemia y alteraciones en la calcemia y la fosfemia.

Otro examen valioso en la investigación de la enfermedad renal es el de orina completo y sedimento urinario. A medida que avanza la enfermedad renal crónica, se va perdiendo la capacidad de concentrar la orina, con lo cual bajan su densidad y su osmolalidad. Además, puede aparecer cierto grado de proteinuria y una pequeña cantidad de cilindros granulosos o céreos. (Byham et al, 2002)

Valores de laboratorio en la Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

Parámetro	Rango normal	Rango en la IRC
Creatinina	0,5- 1,1 mg/dl M 0,6- 12 mg/dl H	2-15 mg/dl
Albúmina	3,5-5 g/dl	DLN para el laboratorio o > 4 g/dl
Prealbúmina	15-36 mg/dl	>30 mg/dl
Proteína C reactiva	0,8 mg/dl	2-15 mg/dl
Saturación de transferrina	15-50% M 20-50% H	DLN
Glucemia	70-105 mg/dl	DLN < 200 no en ayunas antes de diálisis; la ingesta influye
Hormona paratiroidea		
- Intact	10-65 pg/ml	150-300 pg/ml
- Biointact (third generation)	40-60 pg/ml	80-160 pg/ml
Calcio	DLN para el laboratorio	Normal: 8,4-10,2 mg/dl, preferiblemente en el límite inferior(8,4-9,5 mg/dl)
Fósforo	3-4,5 mg/dl	3,5 5,5 mg/dl
Fosfatasa alcalina	30-85 lmU/ml	DLN para el laboratorio
Potasio	3,5- 5 mEq/l	3,5-6 mEq/l
Sodio	135-145 mEq/l	DLN para el laboratorio
Colesterol	<200 mg	DLN para el laboratorio; > 150 implica déficit nutricional
Triglicéridos	35-135 mg/dl M 40-160 mg/dl H	DLN, > 200 mg/dl
Hemoglobina	12- 16 g/dl M 14-18 g/dl H	Variable 11-12 g/dl
Hierro	50-170 microg/dl M 60-175 microg/dl H	DLN
Ferritina	10-150 ng/ml M 12-300 ng/ml H	≥ 100ng/ml, sin beneficios conocidos > 800
Nitrógeno ureico (BUN)	10-20 mg/dl	60-80 mg/dl, con diálisis e ingesta proteica adecuadas
Adecuación de:		
- Hemodiálisis		Kt/V 1,2
- Diálisis peritoneal		Kt/V 2 – 2,2

- M: mujeres, H: hombres, DLN: dentro de los límites normales

Fuente: Byham-Gray L, Wiesen K. A Clinical Guide to Nutrition Care in Kidney Disease. Renal Dietitians Dietetic Practice Group of the American Dietetic Association and the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation. American Dietetic Association; 2002.

- **Estimación del FG**

El FG es la mejor herramienta para evaluar la función renal. El valor del FG varía en relación con la edad, sexo y masa corporal del individuo, situándose entre 90-140 ml/min/1,73 m² en personas adultas jóvenes sanas.

Actualmente distintas guías como las KDOQI, las KDIGO o las Guías de la Sociedad Española de Nefrología y la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular recomiendan la estimación del FG mediante ecuaciones obtenidas a partir de la medida de la concentración de creatinina sérica, la edad, el sexo y la etnia. Estas ecuaciones son más exactas que la medida de la creatinina sérica aislada. Aunque han sido muchas las ecuaciones publicadas, en la actualidad las más utilizadas son las derivadas del estudio Modification of Diet in Renal Disease, MDRD-4 o MDRD-IDMS. (Stevens, 2006)

En el año 2009, el grupo Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) publicó una nueva ecuación elaborada a partir de una población con valores de FG más elevados y métodos de creatinina estandarizados. Esta ecuación, conocida como CKD-EPI, es recomendada por las nuevas guías KDIGO 2012 dado que presenta una mejor exactitud que MDRD. (García, 2012)

Ecuación MDRD-4

$FG_e = 186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times 0,742 \text{ (si mujer)} \times 1,21 \text{ (si etnia negra)}$

FG_e = filtrado glomerular estimado (ml/min/1,73m²)

Creatinina = concentración sérica de creatinina en mg/dL

Edad en años

- **Evaluación de la lesión renal**

Albuminuria

La albuminuria constituye, juntamente con el FG, la base del diagnóstico y clasificación en estadios actual de la ERC. Su presencia identifica un subgrupo de pacientes con un riesgo superior de progresión de la enfermedad y con más morbimortalidad cardiovascular.

La orina de 24 horas es el espécimen más adecuado para valorar la proteinuria o la albuminuria

En la actualidad, varias guías recomiendan la medición del cociente A/CR en orina, preferentemente en la primera orina de la mañana. El cociente A/CR es un marcador más sensible que la proteinuria en el contexto de ERC secundaria a DM, HTA o enfermedad glomerular, que son las causas más frecuentes de ERC en el adulto.

Como ya hemos dicho, el valor y la persistencia de la albuminuria se correlacionan estrechamente con el pronóstico renal y vital de los pacientes con ERC, pero también debemos considerar que la albuminuria es un marcador importante e independiente de riesgo cardiovascular global (disfunción endotelial, remodelado arterial) y no únicamente un marcador de enfermedad renal. (Eknoyan et al, 2003)

Alteraciones en el sedimento urinario

La presencia en el sedimento urinario de hematuria y/o leucocituria durante más de tres meses, una vez se ha descartado la causa urológica o la infección de orina (incluida la tuberculosis urinaria), pueden ser indicio de glomerulonefritis, pielonefritis o nefritis túbulo-intersticiales crónicas.

Imágenes radiológicas patológicas

La ecografía renal permite en primer lugar descartar la presencia de patología obstructiva de la vía urinaria pero también identificar anomalías estructurales que indican la presencia de daño renal, como puede ser la disminución del grosor parenquimatoso, cicatrices corticales, un

aumento difuso de ecogenicidad, o hallazgos más específicos como quistes múltiples con riñones grandes y disminución del FG, que pueden llevar al diagnóstico de poliquistosis renal. (Alcázar et al, 2006)

Como en el caso del sedimento, sólo deben realizarse estudios por la imagen en pacientes con ERC o en las personas que tienen antecedentes familiares o situación de riesgo de desarrollarla, así como es especialmente importante en varones mayores de 60 años con ERC de reciente diagnóstico para descartar patología obstructiva.

Determinadas alteraciones observadas en las pielografías, tomografías, resonancias o gammagrafías que pueden ser causa de alteraciones de la función renal, se pueden considerar también criterios de daño renal. (Alcázar et al, 2006)

Alteraciones histológicas

La **biopsia renal** proporciona el diagnóstico directo, anatómico y patológico de la enfermedad renal en los casos de enfermedades glomerulares, túbulo-intersticiales, vascular y enfermedades sistémicas con afectación renal que pueden ser tributarias de tratamientos específicos y también en algunos casos de enfermedad renal aguda. La indicación de biopsia forma parte del ámbito del especialista en nefrología.

2.2.4.6. TRATAMIENTO

La estimación de velocidad de filtración glomerular (VFG), permite guiar la toma de decisiones con relación al inicio de la Terapia Sustitución Renal (TSR), es así como los pacientes que presentan una ERC etapa 4 (VFG estimada en $< 30 \text{ mL/min/1.73 m}^2$), deben recibir información acerca de las opciones de tratamiento de la enfermedad renal, que incluya el trasplante renal (TR), la diálisis peritoneal (DP), y hemodiálisis HD, de manera que el

paciente y su familia estén en condiciones de hacer una buena elección del TSR junto a su médico. (Chile, Ministerio de salud 2010)

Esta planificación obedece a varias razones:

- Permitir que el paciente y su familia procese con tiempo la información y evalúe las opciones de tratamiento.
- Permitir la evaluación del receptor y donante si se espera un TR.
- Permitir el entrenamiento personal del paciente cuando éste ha elegido la diálisis domiciliaria.
- Asegurar que el deterioro cognitivo, derivado de la uremia no confunda la decisión tomada.
- Optimizar la planificación de este período de preparación.

2.2.5. DIÁLISIS

La terapia de diálisis se utiliza en medicina como un método de depuración extrarrenal en las situaciones de uremia aguda y crónica. En la práctica clínica existen dos tipos de diálisis según la membrana semipermeable utilizada. La Diálisis Peritoneal que utiliza el peritoneo (membrana natural); mientras que la diálisis con riñón artificial o Hemodiálisis, emplea dializadores fabricados por la industria con membranas artificiales (acetato de celulosa y otras). (Mera, 2007)

La diálisis es el proceso por el cual se produce un movimiento de solutos en una determinada dirección y concentración, a través de una membrana formada por un tejido semipermeable, humano, en el caso de la DPCA, o artificial, en la HDH. Los tres fenómenos físico-químicos implicados en este proceso son: la difusión, la ósmosis y la ultrafiltración. (Mera, 2007)

La difusión consiste en un movimiento de partículas de una solución a otra a través de una membrana semipermeable. Cuando la concentración de partículas es menor en una de las soluciones se produce el paso desde la solución con un mayor número de partículas a la que tiene una menor concentración. Cuando ambas soluciones se equilibran el intercambio continúa, pasando el mismo número de partículas de una a la otra (Terue et al, 2009)

La ósmosis es un proceso que ocurre, siempre de manera simultánea a la difusión, cuando hay dos soluciones con diferente volumen. En este caso si ambas soluciones se separan por una membrana, el disolvente pasará de la solución con mayor volumen a la de menor.

La ultrafiltración consiste en una transferencia simultánea de disolvente y solutos. Si la solución que está a un lado de la membrana tiene una presión menor que la solución que está al otro lado, los líquidos de la zona donde hay mayor presión pasarán al lado de menor presión.

En el caso de la diálisis, el líquido que se halla un lado de la membrana es la sangre y al otro el líquido de diálisis. En la sangre el disolvente es el agua y los solutos son: el sodio, el potasio, el cloro, la urea, la creatinina, etc... Durante la diálisis las moléculas de sustancias perjudiciales para el organismo pasan de la sangre al líquido de diálisis, proceso que provoca una menor presión en el lado de este último, lo cual permite que el agua sobrante en el organismo pase de la sangre al líquido de diálisis.

2.2.5.1. INICIO DE DIÁLISIS

El inicio del tratamiento con diálisis en la enfermedad renal crónica es el resultado de la conjunción de dos opiniones que muchas veces son opuestas. Por una parte, tenemos el criterio profesional del nefrólogo que debe establecer cuándo es el momento adecuado. Por otra parte, está la actitud del enfermo, que suele ser reticente a empezar un tratamiento que va

a modificar sustancialmente su estilo de vida, e insiste en retrasar ese instante todo lo posible. Un hecho conocido en la práctica clínica es que el enfermo trasplantado muestra mayor resistencia a reanudar el tratamiento con diálisis que la primera vez que tuvo que hacerlo.

La dificultad del tema aumenta porque, desde el punto de vista médico, el momento idóneo para iniciar el tratamiento con diálisis crónica no está claramente definido. Teóricamente, el momento óptimo sería aquél en el que un retraso del mismo se asociara a un aumento de la morbilidad o la mortalidad. En la práctica, se intenta definir mediante datos analíticos y clínicos. La tasa de FG y la aparición de complicaciones atribuibles a la uremia son los dos parámetros utilizados para concretar el comienzo del tratamiento renal sustitutivo.

En el enfermo no trasplantado se ha intentado determinar si el inicio precoz de diálisis, con una tasa más alta de filtración glomerular, se asocia a menor morbilidad y mayor supervivencia. (Terue et al, 2009)

2.2.5.2. SELECCIÓN DE LA MODALIDAD DE DIÁLISIS.

Tomar la mejor decisión para el paciente requiere un criterio justo basado en la experiencia clínica y en el conocimiento de las preferencias del paciente, además de sustentado en la evidencia de la investigación.

Con respecto a la supervivencia de los pacientes (se trata de una cuestión médica obviamente fundamental), existen importantes diferencias entre los métodos empleados en distintos estudios, probablemente debido a diferencias en los case-mix y los ajuste de la comorbilidad. Algunos estudios refieren la experiencia de un solo centro y otros son multicéntricos, servicios con experiencia muy variable en diálisis peritoneal DP, número de pacientes distintos, tiempos variables de observación, inclusión de pacientes

prevalentes o incidentes. Pero la conclusión más importante de todas estas publicaciones sería que en los 5 primeros años no existen diferencias en la supervivencia de los pacientes o son extraordinariamente pequeñas. Especial significación tiene en esto la publicación de Fenton (Registro Canadiense), que demuestra una supervivencia idéntica a los 5 años e incluso superior en los 2 primeros para los pacientes en DP (ajustados para la edad, enfermedad renal primaria, tamaño del centro, y co-morbilidad prediálisis). Todos estos estudios evalúan la DP y HD más como tratamientos equivalentes que como modalidades complementarias y no han efectuado análisis cuando los pacientes son transferidos de una a otra técnica.

Estudios de la calidad de vida según modalidad de tratamiento. (Existen múltiples estudios). Las técnicas domiciliarias demuestran habitualmente una mejor calidad de vida, pero solo en algunos estudios existen diferencias significativas. Los instrumentos empleados no son específicos para la IRCT, ni universalmente aceptados. La satisfacción con el tipo de tratamiento es habitualmente mayor en los pacientes en DP que en HD. Así como también la actividad laboral es superior en la diálisis peritoneal.

Particularmente en la DPA: La conclusión de todos estos estudios es que la calidad de vida no se ve perjudicada en DP con respecto a la HD.

Otros aspectos médicos a tener en cuenta en la selección de pacientes para la diálisis. La mejor conservación de la función renal residual en DP.

Ventajas de esta son su contribución a los aclaramientos, facilitar el balance hídrico, disminuir el riesgo de amiloidosis secundaria, e incluso disminuir el riesgo relativo de muerte.

Con respecto a la enfermedad cardiovascular, no existen estudios que muestren importantes diferencias (hipertrofia VI, cardiopatía isquémica, fallo congestivo cardíaco), excepto para la prevalencia de la HTA y su control con

la diálisis, mostrándose algunas ventajas para la DP en los primeros años de tratamiento que desaparecen con posterioridad, en relación a la pérdida de función renal residual. Recientemente se han publicado varios trabajos que muestran que los pacientes en DP pasados los dos primeros años se encuentran sobre-hidratados y esto conduciría a un peor control de la TA y a un aumento de la hipertrofia ventricular izq. Esto pone de manifiesto la importancia de la conservación de la función renal residual en DP y la necesidad de un estricto control del balance hídrico. (Rodríguez 2008)

Existen circunstancias clínicas, que contraindican de forma absoluta o relativa la técnica de la DP, así como otras circunstancias que la hacen indicada de forma preferente, probablemente todas estas circunstancias favorecedoras o desfavorecedoras para alguno de los tratamientos, no alcanzan ni el 40% de los pacientes. Aproximadamente un 50% de los pacientes con ERCT, pueden elegir libremente el tipo de tratamiento, y cuando esto ocurre, la mitad de los pacientes, elige la DP. Esta es la experiencia en el Hosp. U. de Puerto Real.

Hay un grupo de factores no médicos que influyen determinantemente en la selección de la modalidad de diálisis. De ellos los más importantes son el "pago por diálisis" y la experiencia que posea el médico con ambas técnicas. La financiación pública o privada de la sanidad, también influye de forma fundamental en la prevalencia de las técnicas. Siendo los países con una financiación exclusivamente pública los de mayor empleo de la DP. Esto último debido a un coste menor como queda demostrado en múltiples estudios (fundamentalmente menor cantidad de personal sanitario).

Para finalizar habría que definir cuáles son los requisitos para una selección adecuada: dedicación médica y de enfermería, espacio para la información y entrenamiento, evaluación clínica y social del paciente (nivel cultural, apoyo familiar) y finalmente la libre elección de la técnica por parte de todo aquellos

pacientes que no presenten contraindicaciones para este tratamiento, utilizándolas como tratamientos complementarios lo que significa un real tratamiento integrado de la ERCT. (Rodríguez 2008)

2.2.6. DIALISIS PERITONEAL

La DP es un procedimiento que permite depurar toxinas, electrolitos y eliminar líquido en pacientes (adultos y pediátricos) que sufren ERC de distintas etiologías.

Con el término de DP, se engloban todas aquellas técnicas de tratamiento sustitutivo de la función renal que utilizan el peritoneo como membrana dialítica, ésta es una membrana biológica semipermeable a líquidos y solutos. Basándose en este hecho fisiológico la DP consigue eliminar sustancias tóxicas y agua del organismo.

Por medio de un catéter que se inserta en la cavidad peritoneal, se infunde una solución de diálisis que es mantenida en el peritoneo por un tiempo predeterminado, durante el cual, mediante mecanismos de transporte de difusión y osmosis, se produce el intercambio de sustancias. Siguiendo el gradiente osmótico, se produce la difusión y osmosis de tóxicos y electrolitos desde la sangre al líquido infundido. Posteriormente éstos serán eliminados al exterior a través del mismo catéter (Chile, Ministerio de salud 2010)

Actualmente existen 2 tipos de diálisis peritoneal (DELGADO, 2009)

2.2.6.1. Diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC)

La solución de diálisis viene presentada en bolsas con una capacidad que varía entre uno y dos litros. El paciente conecta al catéter un equipo con 2 bolsas una con el líquido a infundir y otra vacía que recogerá el líquido de una anterior infusión que se encuentra alojado en la cavidad peritoneal.

Acto seguido se deja que el líquido salga del peritoneal a la bolsa vacía. A continuación el líquido a infundir pasa de la bolsa nueva al peritoneo. Todo este proceso se efectúa gracias a las diferencia de altura: es decir, por gravedad. La bolsa de drenaje ha de estar en el suelo y la de infusión ha de colocarse a mayor altura que el abdomen. Esto se conoce por intercambio, normalmente se efectúa 4 veces al día. El contenido de la última bolsa quedara dentro de la cavidad peritoneal toda la noche.

Un componente característico en la composición del líquido para diálisis peritoneal es la glucosa. Esta sustancia es la que posibilita que el exceso de líquido del organismo pase al peritoneo y de aquí se drene. La solución se presenta en 2 concentraciones de glucosa: 1.5 y 4.25%. Esta última, por su mayor poder de ultrafiltración, es la que se emplea para el último intercambio.

2.2.6.2. Diálisis peritoneal ambulatoria automatizada (DPAA)

Los avances en la técnica de la diálisis peritoneal han dado como resultado la llamada Diálisis peritoneal ambulatoria automatizada. A diferencia de la DPCA, en la DPAA los intercambios no se efectúan manualmente. Se utiliza una maquina o cicladora que se encarga, automáticamente, de infundir y drenar el líquido de diálisis.

Otra peculiaridad de este sistema consiste en que la diálisis se efectúa por la noche y cuando el paciente duerme. Se permite así una mayor libertad que redunde en calidad de vida. La gran ventaja que supone este sistema consiste en la libertad de movimientos que otorga ya que el sistema ocupa poco espacio (el de una maleta).

2.2.6.3. INICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL

- Las Guías NKF-DOQI, establecen niveles de VFG mayores para el inicio de la TSR en relación a las Sociedades Europea, Canadiense o española. Sin embargo, todas ellas coinciden en elevar el nivel de VFG cuando se presentan los elementos clínicos que se señalan a continuación: (Chile, Ministerio de salud 2010)
- Podría considerarse con VFG < 15-20 mL/min.
- Sobrehidratación, como expresión de ERC severa o con dificultad en el manejo hidrosalino, habiendo excluido transgresiones dietéticas o abandonos del tratamiento.
- En pediatría, la DP debe iniciarse precozmente para maximizar el crecimiento y evitar la osteodistrofia renal. En el lactante con ERC, el inicio de la diálisis va a depender de los parámetros clínicos tales como: baja velocidad de crecimiento, disminución de la circunferencia craneana y retardo del desarrollo psicomotor. En niños mayores debe ser indicada cuando la VFG baja de 15 ml/min/1,73 cm².

2.2.6.4. ¿Qué pacientes se benefician con DP y en qué pacientes estaría contraindicada esta terapia?

- No existen factores médicos que indiquen o contraindiquen la DP de manera categórica (Evidencia B).
- Los factores no médicos son influyentes en la elección de la técnica dialítica: actitudes y recomendaciones del nefrólogo y de la enfermera, la opinión de otros enfermos, determinados aspectos psicológicos, costumbres sociales, la derivación temprana o tardía al nefrólogo, la información y educación recibida en las consultas de pre-diálisis, y la preferencia del propio paciente y de la familia. La información objetiva,

reglada, comprensible y pormenorizada sobre los diferentes tipos de tratamiento (características generales, mecánica de funcionamiento, ventajas y desventajas genéricas y personalizadas al enfermo), constituye un requisito inexcusable antes de indicar cualquier modalidad de diálisis.

La elección informada y razonada por parte del paciente y de la familia debe ser el elemento fundamental de decisión. Si se hace así, la mayoría de los pacientes escogerían DP frente a HD (Evidencia B).

- La DP está indicada de preferencia en ERC pediátrica, ya que le permite dializarse de noche y lo faculta para sus actividades diurnas (colegio, deporte, etc.).
- La DP está indicada en todos los casos con ERC etapa 5, excepto en los que existe una clara contraindicación para la misma, generalmente derivada de un peritoneo inutilizable o de una situación psico-social concreta del paciente o cuando el enfermo o la familia se negara a este tipo de terapia (Evidencia C).
- Generalmente, no hay diferencias entre la DP y la HD en lo que se refiere a sobrevida (Evidencia B). La DP es incluso mejor en los 2-3 primeros años de terapia; sin embargo, después de este período, la sobrevida es mejor en HD, sobre todo en pacientes mayores de 60 años y diabéticos (Evidencia B).
- La mejor sobrevida en niños con DP y adultos, se ha visto en pacientes que siguieron un tratamiento integral, es decir que cambiaron de técnica terapéutica (DP, HD), según sus necesidades (Evidencia B).
- Al incrementarse el número de pacientes en DP en un centro, desciende la mortalidad y el fracaso de la técnica (Evidencia B).
- En niños la sobrevida está más relacionada con la edad de inicio que al tipo de terapia usada (DP-HD). A mayor edad desciende la mortalidad.
- La Función Renal Residual (FRR) contribuye de forma importante a la depuración total de solutos, e incluso con valores bajos, se relaciona positivamente con descenso de la mortalidad y mejoría del estado

nutricional. Aunque la FRR desciende en DP, ésta se conserva mejor que en HD (Evidencia B). (Chile, Ministerio de salud 2010)

2.2.6.5. Ventajas y desventajas

2.2.6.5.1. Ventajas

- Se consigue mantener un equilibrio hidroeléctrico constante en el organismo.
- En la mayoría de los casos se preserva la función renal residual.
- El paciente no presenta sintomatología durante la realización de la diálisis.
- Es la técnica que más se parece al funcionamiento del riñón, por lo cual es menos agresiva para el organismo.
- Los intercambios de líquido se pueden realizar en un espacio físico seleccionado por el paciente.
- Mayor independencia del centro sanitario.
- Menores restricciones dietéticas y en la ingesta de líquidos.
- El coste económico es menor que el de la HD.

2.2.6.5.2. Desventajas

- Riesgo de complicaciones con el catéter.
- Riesgo de peritonitis.
- Necesidad de realizar de tres a cuatro intercambios cada día, de 30 a 60 minutos de duración cada uno.
- Imposibilidad de continuar con esta técnica en el caso de deterioro del peritoneo.
- Necesidad de ocuparse de los auto-cuidados.
- Mayor riesgo de desarrollar hernias.

2.2.6.6. COMPLICACIONES DE DIÁLISIS PERITONEAL

La principal complicación que puede aparecer en la diálisis peritoneal, cualitativa y cuantitativamente es la peritonitis: Es una inflamación de la membrana peritoneal que impide la normalidad funcional de la misma y compromete la calidad de la diálisis. Normalmente se produce por la entrada de gérmenes desde el exterior, por ello hay que incidir especialmente en las medidas higiénicas para evitar su aparición. Sus síntomas son:

- El líquido que drena está turbio
- Dolor abdominal
- Fiebre
- Náusea y/o vómito

Las peritonitis repetidas pueden llegar a comprometer seriamente el funcionamiento de la membrana peritoneal haciendo que, en algunos casos se tenga que abandonar la diálisis peritoneal y acceder a la hemodiálisis.

Otras complicaciones obedecen a causas mecánicas:

- Salida del líquido por el orificio de implantación.
- Obstrucción del interior del catéter por circunvalación o adherirse a un asa intestinal
- En otras ocasiones hay obstrucción producida por la presencia de una sustancia orgánica llamada fibrina.

2.2.7. HEMODIÁLISIS

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

En 1960, gracias al desarrollo de los accesos vasculares (cánula arterio-venosa y luego fístula interna) se inició la Diálisis de mantención en pacientes crónicos.

Para realizar este procedimiento se requiere que los pacientes posean un acceso vascular. Desde la arteria sale la sangre hacia la máquina donde se realiza el proceso de HD y regresa luego por la vena del paciente; también es necesario para la depuración de la sangre, un filtro de HD con líneas arteriales y venosas; líquido de diálisis que debe ser preparado con agua tratada con bajo contenido en solutos y bacterias al que se agrega, cantidades similares de aniones y cationes a los que se encuentran en la sangre además de la máquina de HD. (Mera, 2007)

La HD con riñón artificial no ha podido corregir todos los problemas de la Enfermedad Renal Crónica. La depuración de “toxinas urémicas” y la ultrafiltración son suficientes para mantener una Calidad de Vida adecuada, incluso con capacidad de trabajo, pero hay funciones metabólicas y endocrinas del riñón que no puede sustituir la hemodiálisis. (CISTERNAS y col., 1990).

En función de determinadas características de los elementos estructurales que componen el sistema extracorpóreo de diálisis (dializador, líquido de diálisis), de la ubicación (centro de diálisis, hemodiálisis domiciliaria), del tipo de mecanismo de transporte de agua y solutos predominante (difusión o convección) y del número de procedimientos semanales, se reconocen distintas modalidades de hemodiálisis. (Mera, 2007)

Las personas sometidas a hemodiálisis crónica están preocupadas porque su estado médico es imprevisible y sus vidas están perturbadas. Es frecuente que tengan problemas económicos, dificultades para conservar su trabajo, disminución del deseo sexual e impotencia, depresión por llevar la vida de enfermos crónicos y temor a la muerte. Si se trata de un sujeto joven le preocupara el matrimonio, tener hijos y la carga que puede presentar su trastorno para la familia. El estilo de vida reglamentado que se precisa a causa de la diálisis frecuente y la restricción en el consumo de líquidos y alimentos suele ser desmoralizante para el paciente y su familia. (BRUNNER Y SUDDARTH, 1998)

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

2.2.7.1. INDICACIÓN DE HEMODIALISIS

Para llevar a cabo el tratamiento con HD debe resolverse previamente cuándo comenzar dicho tratamiento, a quien se debe aplicar y cómo debe manejarse el paciente antes de comenzar el tratamiento.

En la actualidad, la indicación para comenzar el tratamiento con HD está clara en aquellos casos en los que el tratamiento conservador no consigue controlar los síntomas de la IR y el paciente se siente incapaz para desarrollar su vida normal.

Los problemas surgen cuando el paciente con IRC no presenta síntomas claros de uremia. Por ello, se ha buscado en el Aclaramiento de Creatinina, el parámetro objetivo para definir el momento ideal para comenzar la HD.

Nosotros, al igual que la mayoría, estimamos que la HD debe comenzar cuando el aclaramiento de creatinina se encuentra entre 5 y 10 ml/minuto, eligiendo, el momento adecuado en cada caso, según la situación clínica y la presencia o ausencia de síntomas urémicos.

En la actualidad la relación de criterios es casi absoluta y la HD se considera indicada en casi todos los pacientes con IRC.

Esto ha hecho que aumente el número total de pacientes que anualmente comienzan con tratamiento en HD y que aumente el número de aquellos que presentan limitaciones claras en su estado de salud y que no son trasplantables lo que supone una elevación porcentual de los llamados pacientes de alto riesgo. (Chile, MINISTERIO DE SALUD 2010)

Indicaciones Generales: IRCT, IRC no terminal descompensada, IRA hasta recuperar la función renal. Algunos edemas. Intoxicación con sustancias dializables (Cala, 2006) (Bremmer 2008).

Indicaciones de Diálisis Urgente: Oliguria <200 ml/12 horas. Hiperkalemia >6mmEq/l. Acidosis severa (pH<7.1 o bicarbonato <12mEq/l). Encefalopatía urémica, BUN >100mg/dl. IRA con signos de sobrecarga hídrica o deterioro progresivo. No existen contraindicaciones absolutas para la HD.

Las contraindicaciones relativas son: enfermedad de Alzheimer, demencia multiinfarto, cirrosis con encefalopatía, síndrome hepatorenal, cáncer terminal, arteriosclerosis severa (Roessler, 1999).

2.2.7.2. Ventajas y desventajas de la hemodiálisis

2.2.7.2.1. Ventajas

- Hay cuatro días a la semana en los que no hay que realizar el tratamiento.
- No es necesario un entrenamiento del paciente.

2.2.7.2.2. Desventajas

- Es necesario seguir una dieta baja en sodio, potasio, etc..., y control estricto de la ingesta de líquidos.
- Hay unos cambios muy bruscos en la cantidad de agua y de sustancias perjudiciales para el organismo, ya que se van acumulando a lo largo de dos o tres días y en tres o cuatro horas se eliminan hasta llegar a niveles óptimos.
- Son frecuentes los calambres, mareos, náuseas y otros síntomas durante la sesión de Hemodiálisis.
- Es una técnica que implica una agresión al organismo obligándolo a funcionar durante tres o cuatro horas a un ritmo diferente.
- Necesidad de trasladarse al centro hospitalario tres veces por semana.
- Riesgo de problemas con el acceso vascular.
- Aumenta el riesgo de infecciones hospitalarias.

2.2.7.3. COMPLICACIONES DE LA HEMODIÁLISIS

Complicaciones agudas durante la hemodiálisis:

- Inestabilidad cardiovascular: Hipotensión arterial (15-20%), calambres (15-20%), náuseas-vómitos (5-15%), cefaleas (5%)
- Reacción a pirógenos (1%) por deficiente manejo del agua de diálisis

- Reacciones anafilácticas a materiales de la diálisis, mortales en < 5%
- Arritmias, por cambios electrolíticos o por enfermedades cardíacas
- Embolismo aéreo, por ingreso de aire por venopunción o por el filtro
- Síndrome de desequilibrio, Cursa con cefalea, adinamia, náuseas, vómitos, convulsiones y coma
- Hemólisis (líquido sobrecalentado, hipotónico o contaminado)
- Complicaciones de la anticoagulación: episodios hemorrágicos.
- Dolor precordial (2-5%), prurito (5%).
- Hipertensión arterial por ultrafiltración excesivamente rápida

Complicaciones relacionadas con el acceso vascular:

- a) Infecciones, la infección en la zona de punción (staphylococcus aureus)
- b) Hemorragias, por desgarro de la pared vascular tras la punción.
- c) Trombosis o estenosis de la fístula, disminuye la eficacia de la fístula.
- d) Dilatación aneurismática de los vasos sanguíneos dependientes de la fístula.
- e) Isquemia y síndrome de robo por déficit de flujo arterial distal a la fístula. (Sánchez, 2012)

Complicaciones entre sesiones de hemodiálisis: HTA, hipotensión arterial, mareos, náuseas, vómitos, cefalea, disnea, fatigabilidad, astenia, calambres, malestar general fiebre, síndrome de desequilibrio, convulsiones, alteración del nivel de conciencia, diátesis hemorrágica, dolor precordial, prurito, impotencia, amenorrea (Sánchez, 2012)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ERC: enfermedad renal crónica

IRC: insuficiencia renal crónica

HEMODIÁLISIS: técnica de depuración sanguínea extracorpórea, que se utiliza en la enfermedad renal aguda o crónica terminal y que suplente las siguientes funciones: excreción de solutos, eliminación del líquido retenido y regulación del equilibrio ácido-base y electrolítico.

DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA: Es una modalidad de diálisis que consiste en eliminar de la sangre todos los desechos y el exceso de agua, utilizando como filtro la membrana peritoneal. Este tipo de diálisis se vale de la membrana que cubre la cavidad peritoneal para limpiar la sangre. El líquido de la diálisis siempre se encuentra dentro del peritoneo limpiando la sangre en forma continua. Esta modalidad permite al paciente realizar sus actividades y moverse libremente.

TRASPLANTE RENAL: es el proceso de extracción de riñón y re implante o y trasplante de órganos de vivos y fallecidos

FISTULA ARTERIOVENOSA: Consiste en establecer una unión entre una arteria y una vena, que dará lugar a un gran flujo de sangre (thrill).

CATETER PERITONEAL: elemento que permite la comunicación entre la cavidad peritoneal y el exterior; debe permitir el flujo bidireccional de dializado sin molestias, ni dificultad.

RIÑÓN ARTIFICIAL: Aparato desarrollado y perfeccionado por los avances tecnológicos, que se utiliza para llevar a cabo éste proceso. Este consta de dos compartimentos: uno sanguíneo y otro de líquido de diálisis o hidráulico, la sangre en el circuito extracorpóreo es impulsada mediante una bomba de rodillos, controlada por el monitor que se detiene ante cualquier alteración detectada en el circuito.

FILTRACION GLOMERULAR: Proceso efectuado en el riñón que permite una depuración de la sangre a medida que ésta fluye a través de los capilares glomerulares; el agua y las sustancias contenidas en la sangre se filtran y se dirigen hacia la cápsula de Bowman. Los únicos elementos que no son filtrados son las células sanguíneas y la mayor parte de las proteínas. El líquido filtrado originará la orina mediante sucesivos mecanismos de reabsorción y secreción.

DIABETES: La diabetes (también llamada diabetes sacarina o diabetes mellitus) es una enfermedad caracterizada por la producción insuficiente de una hormona llamada «insulina», o por la disminución de la sensibilidad del organismo a dicha hormona.

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

PERITONEO: Amplia membrana serosa que recubre la pared abdominal y se refleja en las vísceras intra abdominales.

LIQUIDO PERITONEAL: Líquido de diálisis que se introduce en el peritoneo. El líquido que se infunde se denomina dializante; el líquido que se extrae se denomina dializado.

CONCENTRACION: Cantidad de una sustancia en una solución

DIALIZADO: Líquido que contiene sustancias nocivas de la sangre

DIALIZADOR: Es la parte más importante del riñón artificial, en la que se encuentra la membrana de diálisis a través de la cual se producen los intercambios entre la sangre y el líquido dializante.

DIALIZANTE: líquido de composición muy similar a la del plasma. Contiene sustancias necesarias para equilibrar la concentración electrolítica en la sangre (Solución de diálisis)

MEMBRANA SEMIPERMEABLE: Material que permite que traspase solo los fluidos y las partículas de tamaño pequeño.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS

Los enfermos renales crónicos sujetos a diálisis peritoneal ambulatoria tienen un impacto positivo en la calidad de vida, en relación a pacientes sometidos a hemodiálisis

2.4.2. VARIABLES

2.4.2.1. Variable Independiente:

Impacto de la diálisis peritoneal ambulatoria y hemodiálisis

2.4.2.2. Variable Dependiente:

Calidad de vida

<p>CALIDAD DE VIDA</p>	<p>Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".</p>	<p>-Dimensión física</p> <p>-Dimensión Psicológico</p> <p>- Dimensión social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estado físico - Síntomas - Estado emocional - Aceptación de su patología - Autoestima - Nivel de Independencia - Relaciones sociales - Relación con su Entorno 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta -Guía estructurada de indicadores. - Encuesta Enfermedad del riñón y calidad de vida (KDQOL-SF)
-------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. CAPITULO III

3.1. Métodos y técnicas

Emplea un conjunto de procedimientos lógicamente sistematizados ya que se requirió descubrir hechos, datos y problemas reales, los mismos que permitieron establecer las conclusiones.

Este trabajo de investigación mantiene un diseño descriptivo de corte transversal y comparativo sobre la diálisis peritoneal y hemodiálisis, en pacientes insuficientes renales en el Hospital Carlos Andrade Marín periodo junio - septiembre 2013

3.2. Método analítico sintético

Permitió determinar mediante el análisis de los resultados de las entrevistas realizadas, si los pacientes que están sometidos a Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis sufren afectación directa en su calidad de vida. Lo cual luego de realizar la valoración correspondiente se expresó los resultados de manera cuantitativa.

3.3. Población y Muestra

El universo está comprendido por pacientes que se realizan diálisis peritoneal y hemodiálisis al momento de manera periódica en el Hospital Carlos Andrade Marín. Este trabajo se realizará con 104 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en el periodo junio – septiembre del 2013

3.3.1. Población

La población está compuesta por 143 pacientes, 58 en tratamiento con hemodiálisis y 85 en Diálisis Peritoneal Ambulatoria. De los cuales 39 pacientes no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión por lo que no fueron tomados en cuenta en nuestra investigación.

Llegando a tener la siguiente muestra

MODALIDAD DIÁLISIS	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
HEMODIALISIS	43	41%
DIALISIS PERITONEAL	61	59%
TOTAL	104	100%

3.3.2. Muestreo:

Criterios de inclusión para el grupo 1

- Pacientes diagnosticados de Enfermedad renal crónica terminal con tratamiento de hemodiálisis.
- Pacientes conscientes de su enfermedad actual.

Criterios de exclusión grupo 1

- Pacientes con otra patología no asociada a sistema renal que sea imposibilitante.
- Pacientes con afectación de su estado de conciencia
- Personas que tengan alguna patología imposibilitante o congénita por ejemplo algún tipo de afectación a otro órgano o sistema del cuerpo que no tenga relación con la patología renal que pueda causar otras alteraciones en el estado de salud del paciente.
- Pacientes con más de 65 años de edad y menos de 18

Criterios de inclusión grupo 2

- Pacientes diagnosticados de Enfermedad renal crónica terminal con tratamiento de diálisis peritoneal.
- Pacientes conscientes de su enfermedad actual

Criterios de exclusión para grupo 2

- Pacientes con otra patología no asociada a sistema renal que sea imposibilitante
- Pacientes con afectación de su estado de conciencia
- Personas que tengan alguna patología imposibilitante o congénita por ejemplo algún tipo de afectación a otro órgano o sistema del cuerpo que no tenga relación con la patología renal que pueda causar otras alteraciones en el estado de salud del paciente.
- Pacientes con más de 65 años de edad y menos de 18.

3.4. Técnicas y Recolección de Datos

La técnica que utilizó este estudio es la entrevista, la misma que fue sistemática y que apeló a instrumentos para la recopilación de los datos sobre los hechos abordados como objeto de la investigación

Procedimiento y supervisión del estudio

Se realizó a través de los siguientes indicadores:

- Cobertura: este estudio presenta una cobertura del 100%, ya que incluye a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

3.5. Instrumentos para el análisis y presentación de datos

La herramienta que se utilizó para medir la calidad de vida fue el KDQOL-SF, integrada por un módulo genérico que incluye el SF-36 en su totalidad, instrumento del estado de salud empleado en pacientes dializados y que proporciona información basada en la valoración clínica convencional, y por un módulo que considera aspectos específicos de la enfermedad (KDQOL). El KDQOL-SF se ha usado y validado en grandes grupos de pacientes. De esta manera, la parte constituida por el SF-36 evalúa el estado físico y mental mediante las siguientes dimensiones: función física, limitación

causada por problemas físicos, limitación causada por factores emocionales, funcionamiento social, bienestar emocional, dolor, energía/ fatiga, y percepción de la salud general. Mientras que el módulo específico incluye 43 preguntas dirigidas a la enfermedad renal (síntomas, efectos de la enfermedad renal en su vida diaria, peso de la enfermedad renal), función cognoscitiva, estado laboral, función sexual, calidad de la interacción social, y sueño; también incluye medidas multidisciplinarias de apoyo social, apoyo del equipo de diálisis y satisfacción del paciente.

Los pacientes califican su salud en una escala de 0 a 10, que va desde lo “peor posible” hasta “mejor posible”; cada pregunta está precodificada numéricamente y luego es transformada en una escala de 0 a 100. Los valores máximos reflejan una mejor calidad de vida. Este instrumento comparte con otros la característica de medir la calidad de vida en escalas o dimensiones. Su versión final provee buenos resultados psicométricos.

Posteriormente los datos se ingresaron y analizaron en una hoja de datos de Excel versión 2010, los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

CLAVES PARA INTERPRETAR Y ANALIZAR LOS RESULTADOS

Antes de comenzar la interpretación y análisis de resultados debemos saber que:

1. Teniendo en cuenta el instructivo para la puntuación del cuestionario KDQOL se obtuvo el promedio o media de cada escala (Anexo 2. Tabla 2), englobando el total de pacientes de cada modalidad dialítica.
2. Cada escala recibe una calificación sobre 100 que corresponde al promedio, mismo que se divide en valores cualitativos de acuerdo a la calificación obtenida, que se colocara junto a cada tabla.
3. Se ha interpretado y analizado cada escala del cuestionario KDQOL pero para responder nuestros objetivos hemos agrupado diferentes escalas que hablan en conjunto de un punto específico de la calidad de vida de los pacientes. Llegando a las conclusiones de acuerdo a la siguiente tabla:

VARIABLES	ESCALA	GRÁFICO
PERCEPCION DE LA SALUD	Salud general	2
	Bienestar emocional	8
RELACION SOCIAL	Calidad relación social	12
AUTONOMIA INDIVIDUAL	Función Física	3
APOYO SOCIAL	Apoyo social	17
DESEMPEÑO LABORAL	Rol físico	4
	Rol emocional	5
	Situación laboral	18
SINTOMATOLOGIA Y MOLESTIAS	Efectos de la enfermedad	14
	Percepción de síntomas	13
	Función sexual	15

CAPITULO IV

4. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

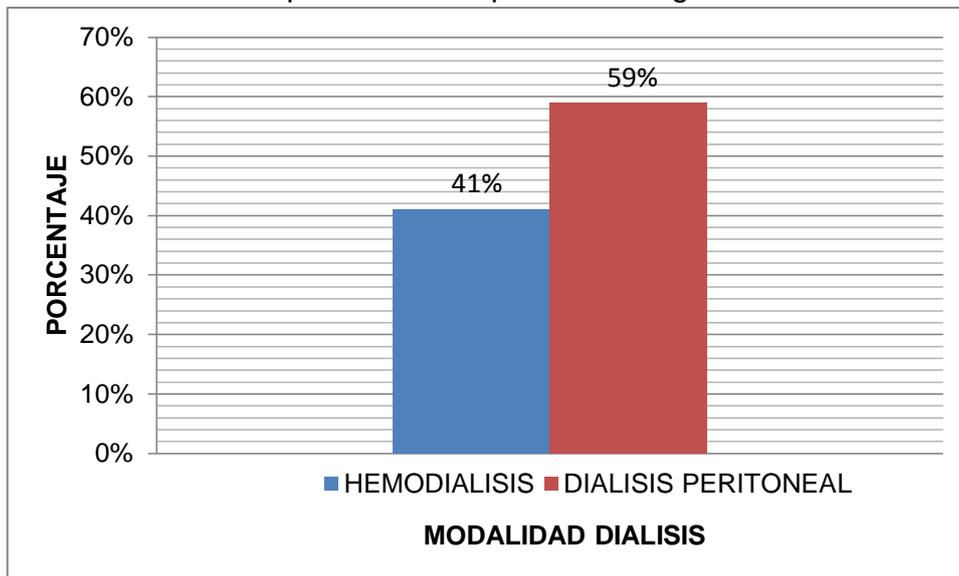
4.1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES SEGÚN MODALIDAD DE DIÁLISIS

Tabla 1.- Distribución porcentual de pacientes según modalidad de diálisis

MODALIDAD DIÁLISIS	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
HEMODIALISIS	43	41%
DIALISIS PERITONEAL	61	59%
TOTAL	104	100%

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 1.- Distribución porcentual de pacientes según modalidad de diálisis



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Este estudio se realizó con 104 pacientes de los cuales correspondían 41% a hemodiálisis (43 pacientes), y 59% a diálisis peritoneal ambulatoria (61 pacientes).

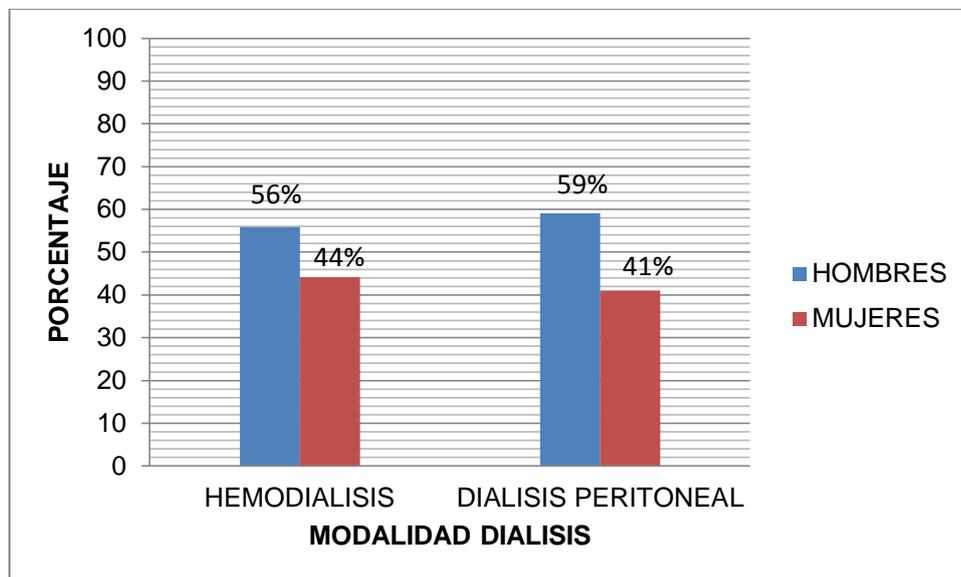
4.2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES SEGÚN SEXO

Tabla 2.- Distribución porcentual de pacientes según modalidad de diálisis y sexo

PCTS POR SEXO	HEMODIALISIS	% HEMODIALISIS	DIALISIS PERITONEAL	%DIALISIS PERITONEAL
HOMBRES	24	56	36	59
MUJERES	19	44	25	41
TOTAL	43	100	61	100

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 2.- Distribución porcentual de pacientes según modalidad de diálisis y sexo



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Respecto al sexo en nuestro grupo de estudio, se puede apreciar que en Hemodiálisis hubo 56% hombres y 44% mujeres, y en Diálisis Peritoneal Ambulatoria hubo 59% hombres y 41% mujeres.

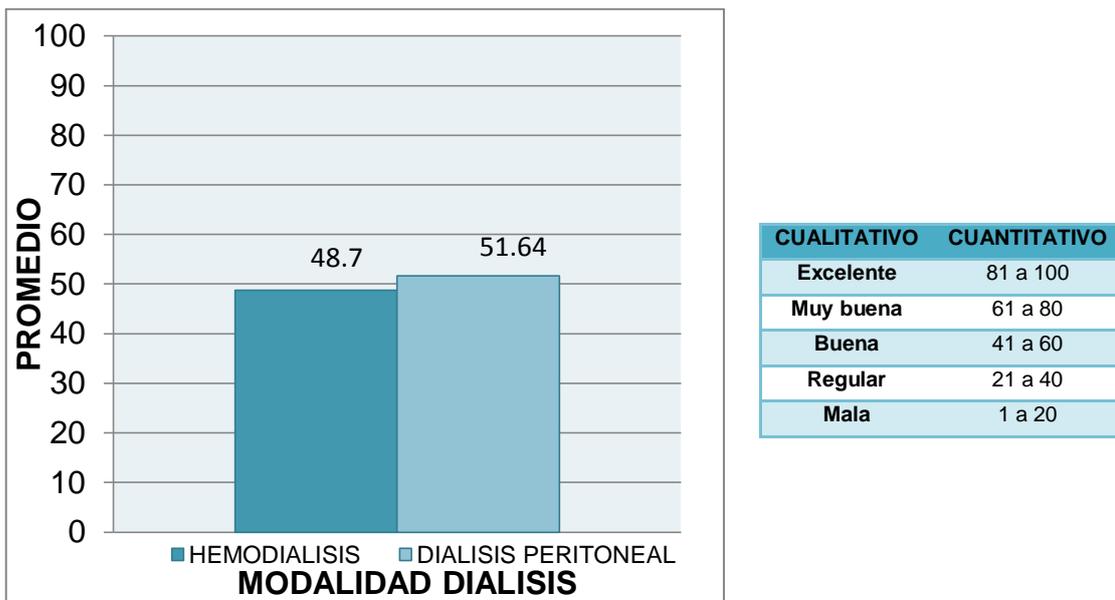
4.3. PROMEDIO SALUD EN GENERAL

Tabla 3.- Salud general

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	48,72
DIALISIS PERITONEAL	51,64

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Grafico 3.- Salud General



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El promedio de salud general se refiere a la percepción del paciente acerca de su estado de salud, de acuerdo a la tabla de calificación ambos grupos perciben su salud como buena. Debemos tener en cuenta que esta percepción es subjetiva y está modulada por su propia personalidad y por las características del entorno físico y social en el que vive el paciente.

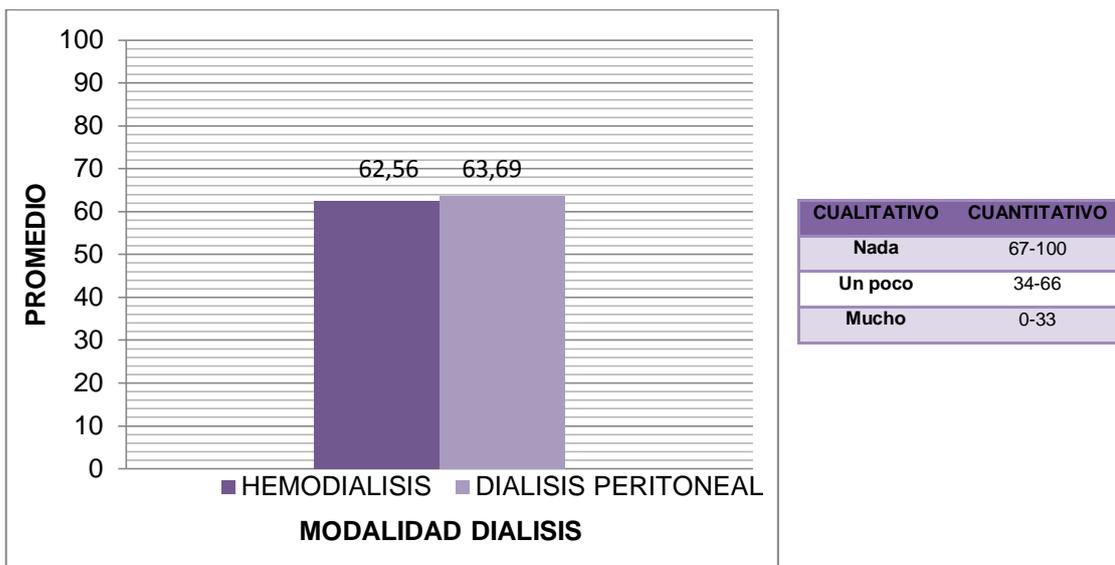
4.4. PROMEDIO FUNCIÓN FÍSICA

Tabla 4.- Función Física

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	62,56
DIALISIS PERITONEAL	63,69

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 4.- Función Física



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La función física se refiere a su salud actual le limita a realizar actividades o cosas como caminar o realizar algún tipo de esfuerzo. Los pacientes en ambas modalidades dialíticas refieren un poco de limitación al realizar estas actividades en especial esfuerzos intensos como caminar largas distancias o levantar objetos pesados.

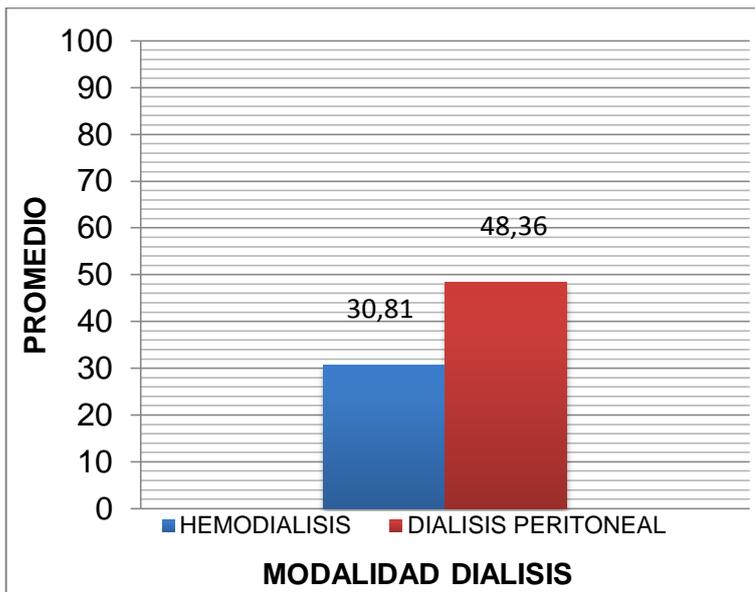
4.5. PROMEDIO ROL FISICO

Tabla 5.- Rol Físico

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	30,81
DIALISIS PERITONEAL	48,36

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Grafico 5.- Rol Físico



CUALITATIVO	CUANTITATIVO
Nada	67-100
Un poco	34-66
Mucho	0-33

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El rol físico corresponde a que tanto ha tenido que dejar de hacer o a presentado dificultad en realizar sus actividades diarias ya sea por tiempo o por dificultad física en las últimas 4 semanas. El promedio de DPA refleja un poco de dificultad al realizar sus actividades, mientras que pacientes en HD presentan mucha dificultad. Ya que la sesión DPA la realizan solo por las noches al momento de ir a dormir así que no interfiere en las horas de trabajo, y aunque la HD es pasando un día muchas veces pueden restar tiempo en su día normal además de que un paciente hemodializado luego del procedimiento suele sentir molestias físicas lo que muchas veces llega a utilizar todo el día para recuperarse por completo.

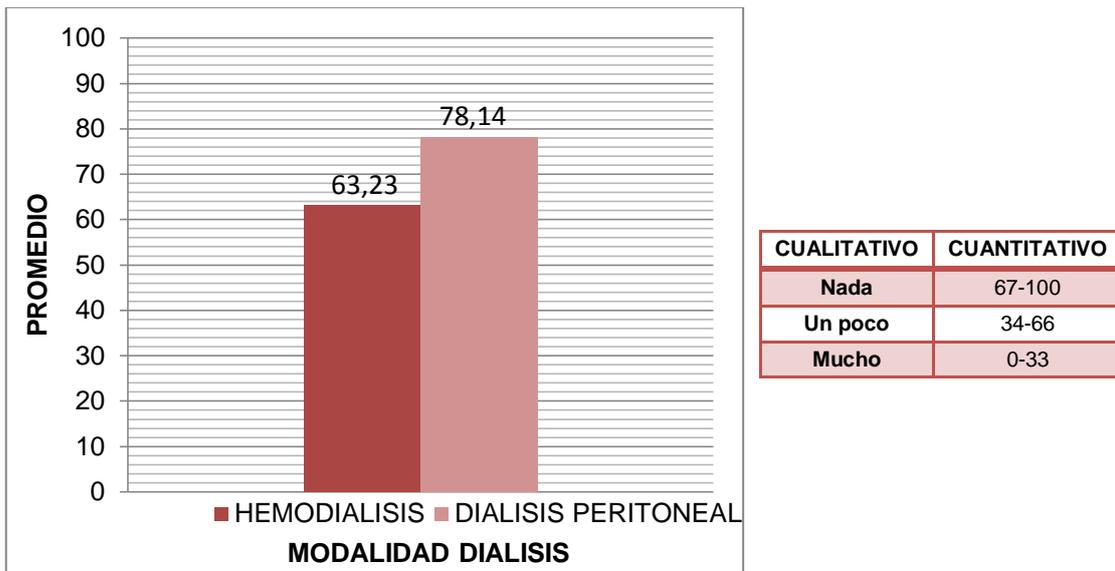
4.6. PROMEDIO ROL EMOCIONAL

Tabla 6.- Rol Emocional

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	63,23
DIALISIS PERITONEAL	78,14

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 6.- Rol Emocional



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Rol emocional corresponde a que tanto interfiere su estado emocional en su vida cotidiana, en la DPA vemos que el rol emocional no interfiere en la realización de sus actividades cotidianas, en cambio en la HD hay un poco de interferencia en la misma. Partiendo del concepto que las personas relacionan centro de salud con enfermedad. El paciente sometido a hemodiálisis está en un constante contacto con centros y personal de salud lo que hace más evidente su enfermedad haciendo de esta manera más difícil su adaptación emocional que los pacientes en DPA ya que el tipo de tratamiento de ellos se realiza en su hogar rodeados de personas que lo apoyan, haciéndolo parte de su rutina.

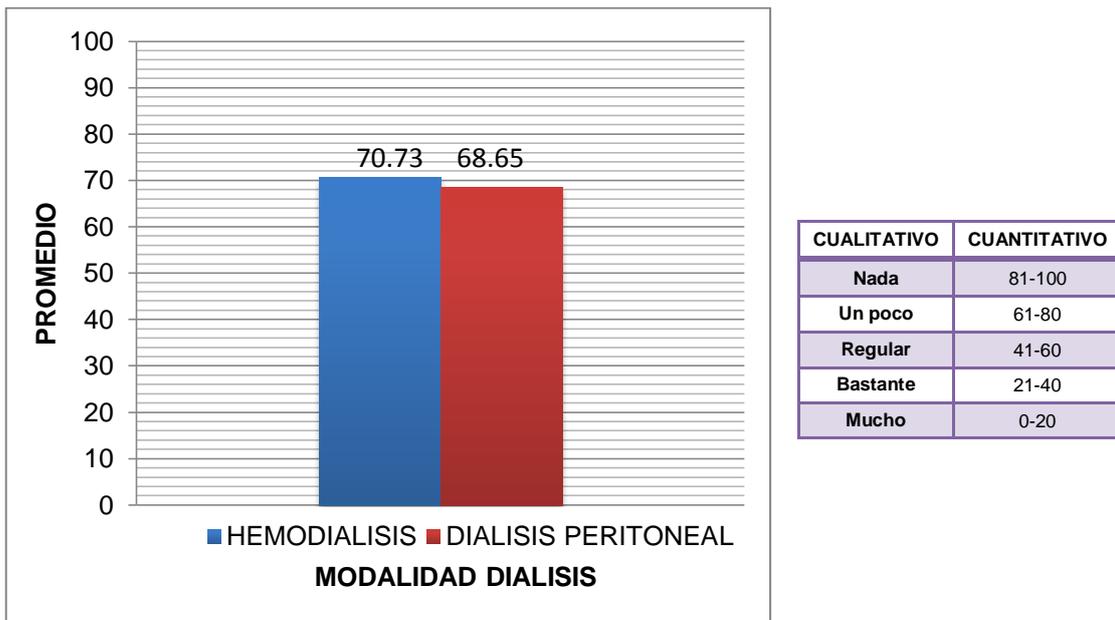
4.7. PROMEDIO FUNCIÓN SOCIAL

Tabla 7.- Función Social

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	70,73
DIALISIS PERITONEAL	68,65

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 7.- Función Social



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La función social se refiere al si la salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con familia, amigos, vecinos en las últimas cuatro semanas. Notamos que ambos grupos de diálisis los pacientes refieren un poco de dificultad al realizar sus actividades sociales.

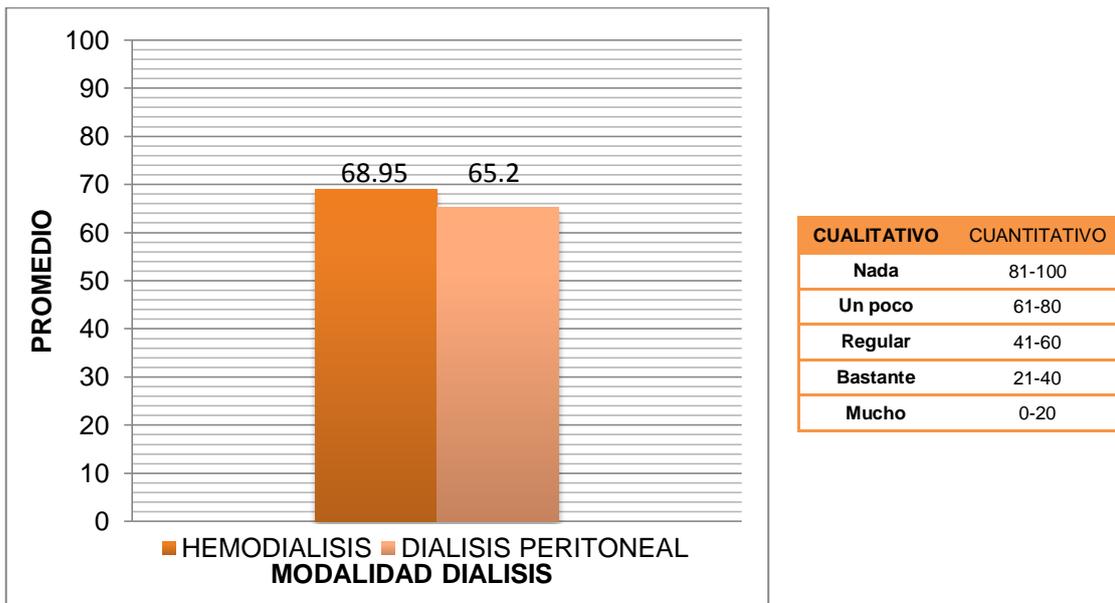
4.8. PROMEDIO DOLOR

Tabla 8.- Dolor

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	68,95
DIALISIS PERITONEAL	65,2

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 8.- Dolor



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En la escala de dolor, se cuestiona si en las últimas cuatro semanas ha presentado dolor; y si esto ha limitado su desenvolvimiento normal. Lo que se puede observar es que en ambas modalidades de diálisis el dolor ha dificultado solo un poco su desenvolvimiento.

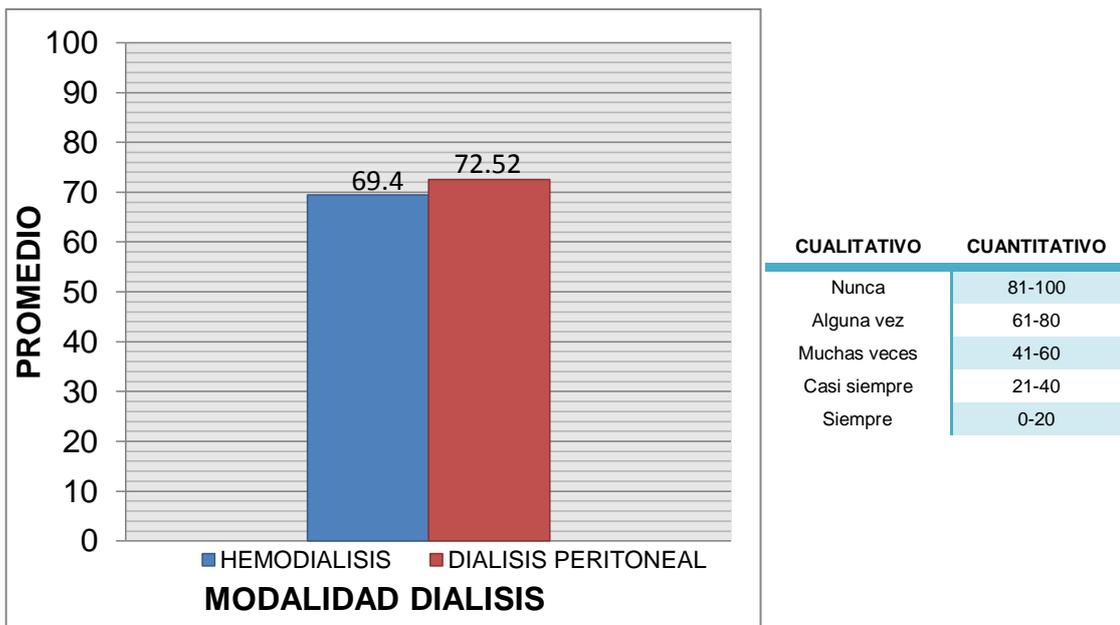
4.9. PROMEDIO BIENESTAR EMOCIONAL

Tabla 9.- Bienestar Emocional

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	69,4
DIALISIS PERITONEAL	72,52

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 9.- Bienestar emocional



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El bienestar emocional se refiere a que si ha tenido problemas emocionales en las últimas 4 semanas como nerviosismo, desanimado o tristeza. Como hemos estado viendo en gráficas anteriores no existe una diferencia marcada en lo correspondiente al ámbito emocional ambos grupos refieren que solo alguna vez han presentado este tipo de situaciones

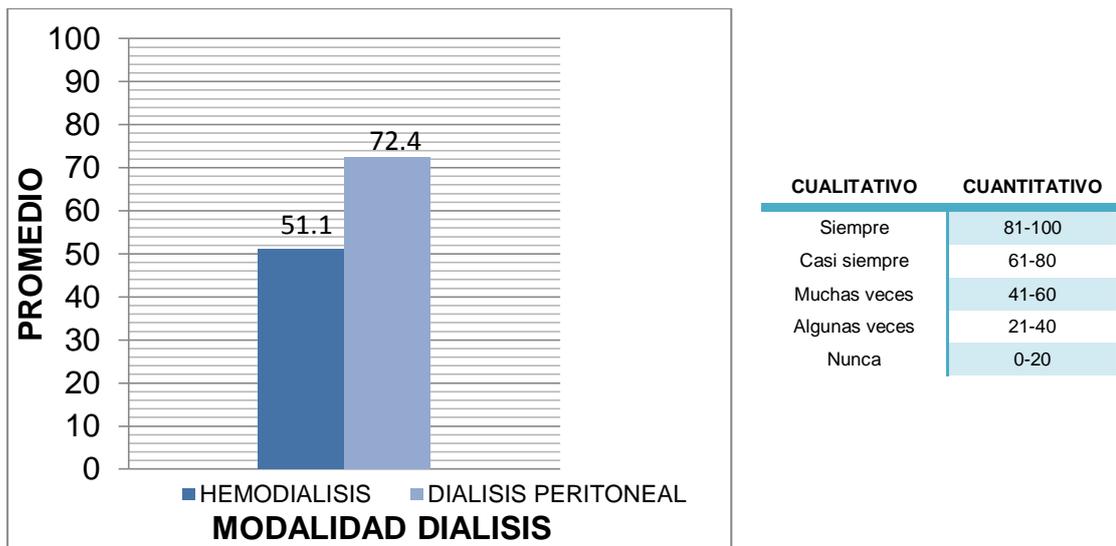
4.10. PROMEDIO VITALIDAD

Tabla 10.- Vitalidad

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	51,13
DIALISIS PERITONEAL	72,48

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 10.- Vitalidad



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En la vitalidad se valoró el estar lleno de vitalidad, tener mucha energía, o el no estar agotado o cansado en las últimas cuatro semanas, a lo cual el grupo de DPA refiere que casi siempre ha estado lleno de vitalidad, pero los pacientes de HD lo han presentado muchas veces.

La terapia sustitutiva con HD causa mayor impacto a la homeostasis del paciente, obligando al cuerpo a trabajar a un diferente ritmo en cada sesión, sufriendo cambios a los que el cuerpo no está preparado, pudiendo esto llegar a agotar al paciente y menguar la vitalidad al menos hasta que sus condiciones se restablezcan.

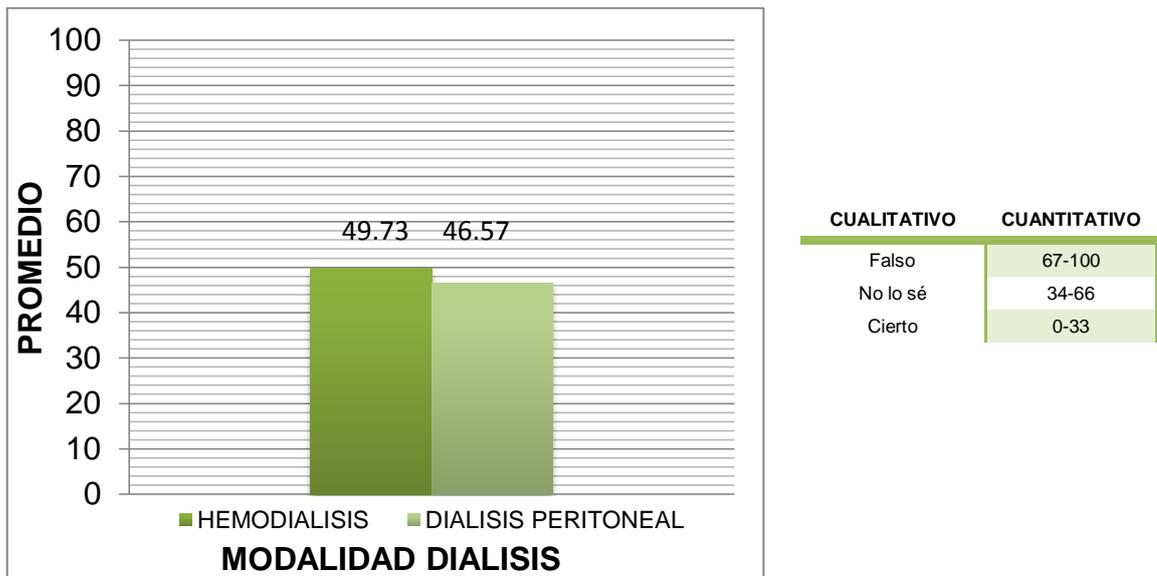
4.11. PROMEDIO CARGA DE LA ENFERMEDAD RENAL

Tabla 11.- Carga de la enfermedad

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	49,73
DIALISIS PERITONEAL	46,57

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 11.- Carga de la enfermedad



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Esta escala habla acerca de que si la enfermedad es una carga en la vida del paciente ya que ocupa tiempo, interfiere en su vida, se sienten frustrados y una carga familiar. Vemos que la calificación en ambos grupos denota que los pacientes no saben definir el peso de la carga de su enfermedad.

La enfermedad renal crónica para los pacientes representa un cambio sustancial en su estilo de vida; la ERCT afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente.

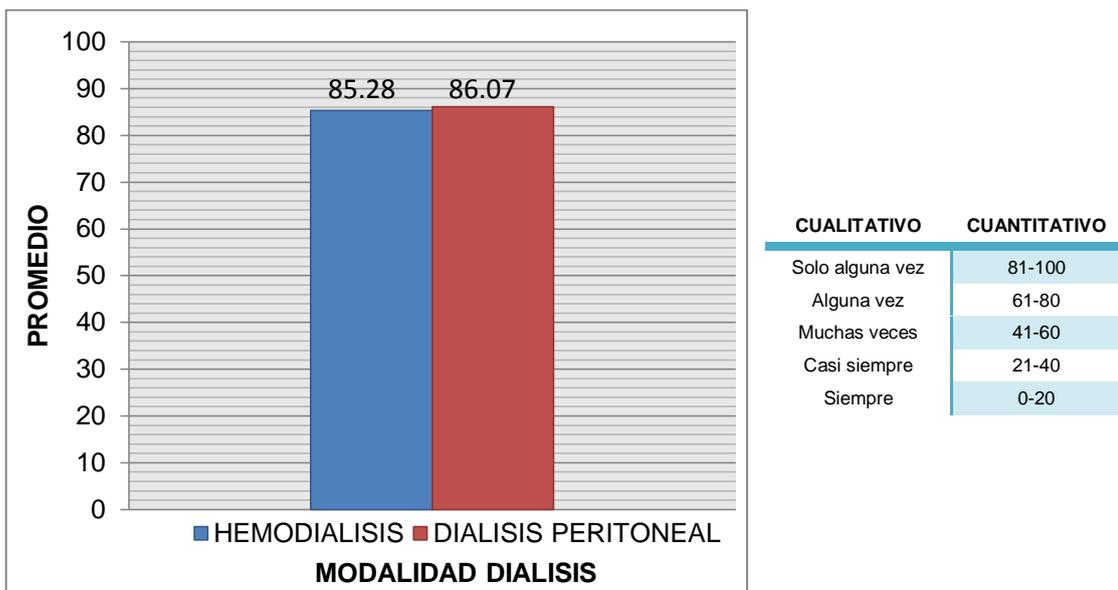
4.12. PROMEDIO FUNCIÓN COGNITIVA

Tabla 12.- Función Cognitiva

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	85,28
DIALISIS PERITONEAL	86,07

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 12.- Función cognitiva



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

La función cognitiva trata acerca de alteraciones cognitivas. Se puede observar que en ambas modalidades de diálisis los pacientes solo alguna vez sufrieron de problemas como desorientación, dificultad para pensar o reacción lenta a lo que se le preguntaba.

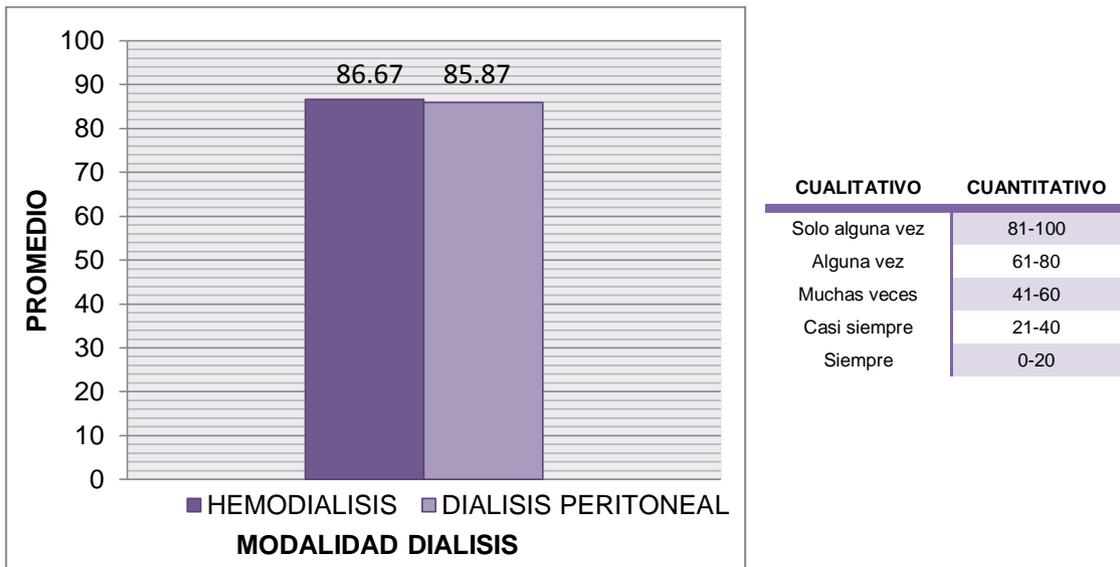
4.13. PROMEDIO CALIDAD DE LA RELACIÓN SOCIAL

Tabla 13.- Calidad de la Relación Social

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	86,67
DIALISIS PERITONEAL	85,87

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 13.- Calidad de la Relación Social



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La calidad de relación social se puede notar que la interacción social de los pacientes con ambas terapias no se ha visto influenciado por la modalidad de diálisis. El promedio se relaciona con el rango de solo alguna vez se han sentido aislados, o han estado irritables con la gente que los rodean.

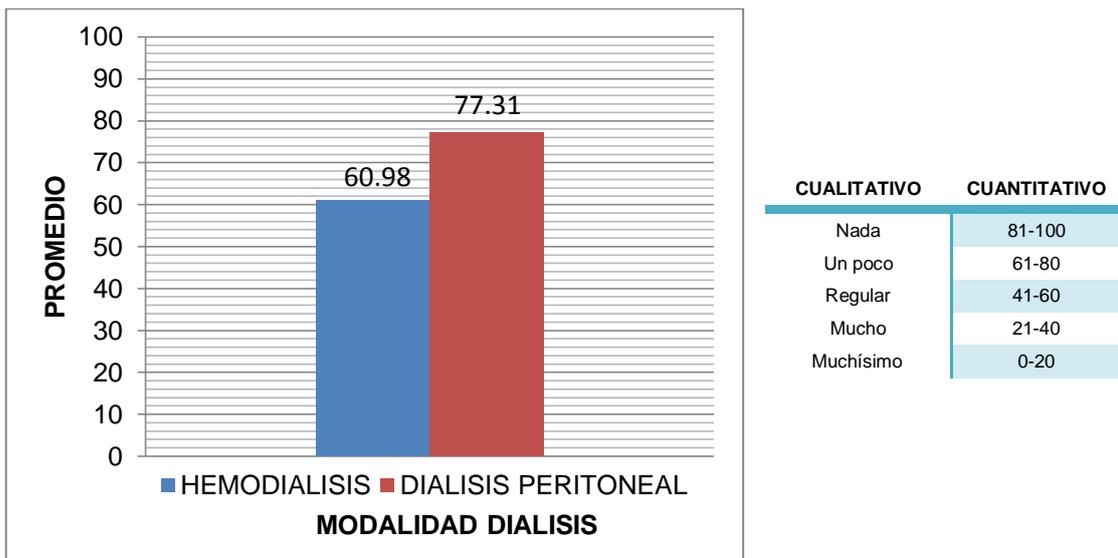
4.14. PROMEDIO PERCEPCION DE SINTOMAS

Tabla 14.- Percepción de Síntomas

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	60,98
DIALISIS PERITONEAL	77,31

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 14.- Percepción de Síntomas



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

La escala percepción de síntomas se observa que en el grupo de DPA se ven menos afectados por los síntomas (dolor muscular, dolor en el pecho, calambres, prurito, sequedad de la piel, disnea, lipotimia, anorexia, astenia, entumecimiento manos y pies, molestias digestivas), que los pacientes en HD. Debemos recordar que la sintomatología de un paciente renal depende básicamente de la acumulación de líquidos y productos de desecho en el organismo además del impacto que tiene el tratamiento de sustitución renal. La DP al ser un proceso de terapia continua (eliminando a diario líquido y desechos) y como es el que más se asemeja a la función renal normal del cuerpo es la terapia que produce menos alteraciones en la homeostasis.

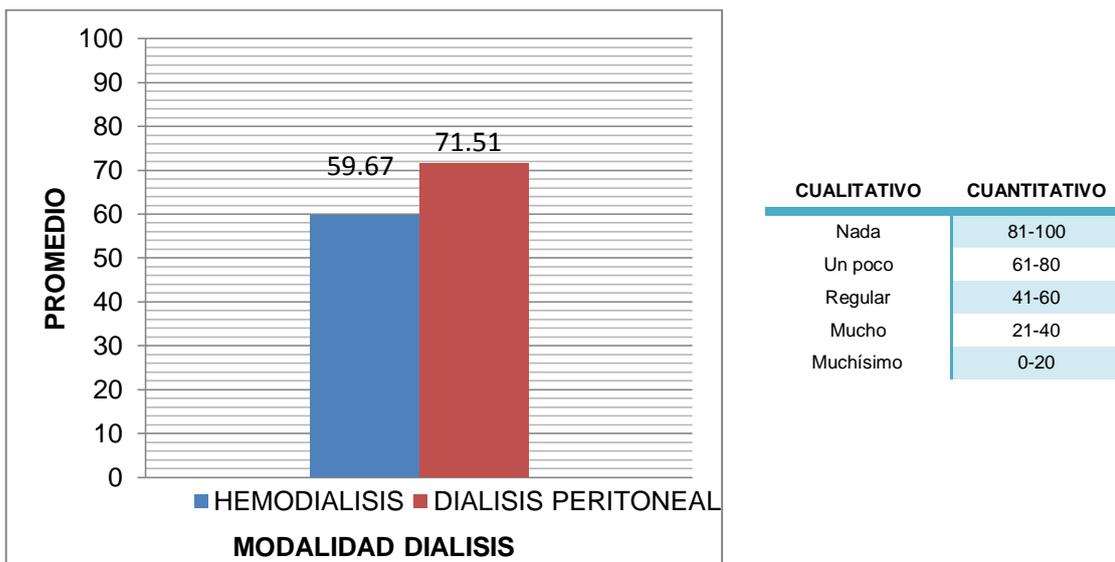
4.15. PROMEDIO EFECTOS DE LA ENFERMEDAD RENAL

Tabla 15.- Efectos de la enfermedad renal

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	59,67
DIALISIS PERITONEAL	71,51

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 15.- Efectos de la enfermedad renal



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las personas que necesitan terapia de sustitución renal están obligadas a hacer cambios en su vida por ejemplo: en su dieta, limitación para viajar, tener que depender de personal médico, capacidad de trabajar en casa, etc. Se vio que los pacientes con DPA gracias a su modalidad le ofrece menos restricciones en su vida; al ser un tratamiento continuo, requiere menos limitación en la ingesta de líquidos y de la dieta ya que diariamente se eliminan los excesos. Además es un tratamiento que el mismo paciente se lo realiza y la máquina de diálisis se la puede trasladar en el caso de ser necesario. Contrario a lo que ocurre en HD los cuales están siempre ligados a un centro de salud y dependen de personal especializado para el tratamiento. Por eso es que vemos que los pacientes en DPA refieren muy pocos efectos sobre su vida.

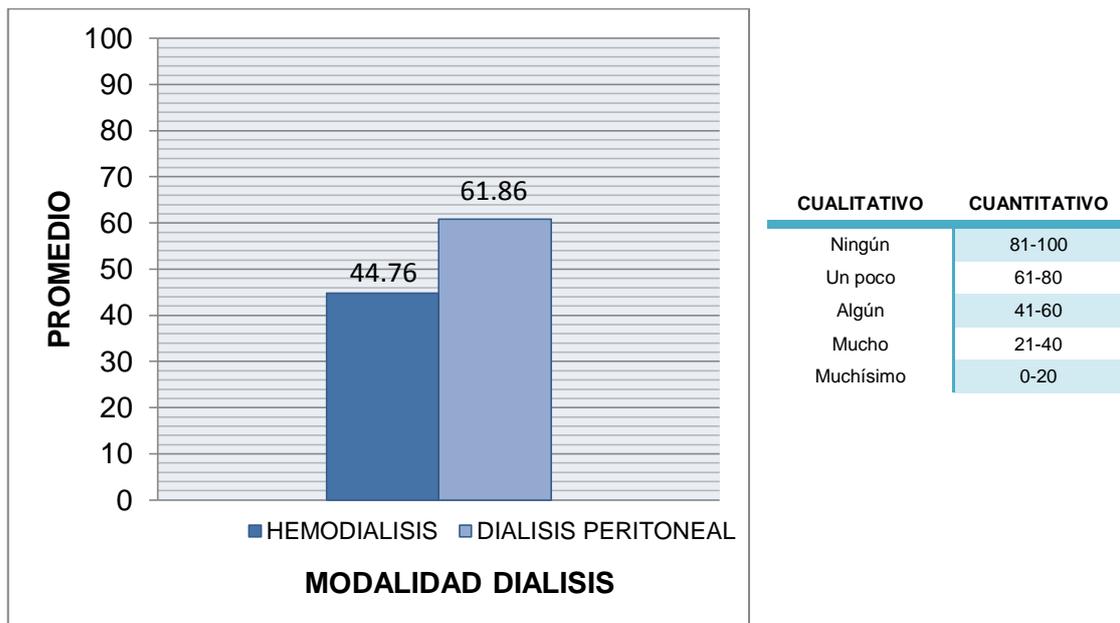
4.16. PROMEDIO FUNCIÓN SEXUAL

Tabla 16.- Función sexual

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	44,76
DIALISIS PERITONEAL	61,86

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 16.- Función sexual



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En escala de función sexual vemos que los pacientes con DPA tienen una vida sexual de mejor desempeño que los de HD ya que refieren un poco y algún grado de dificultad respectivamente. La función sexual de cualquier persona depende de muchos factores entre ellos los psicológicos, emocional y físico.

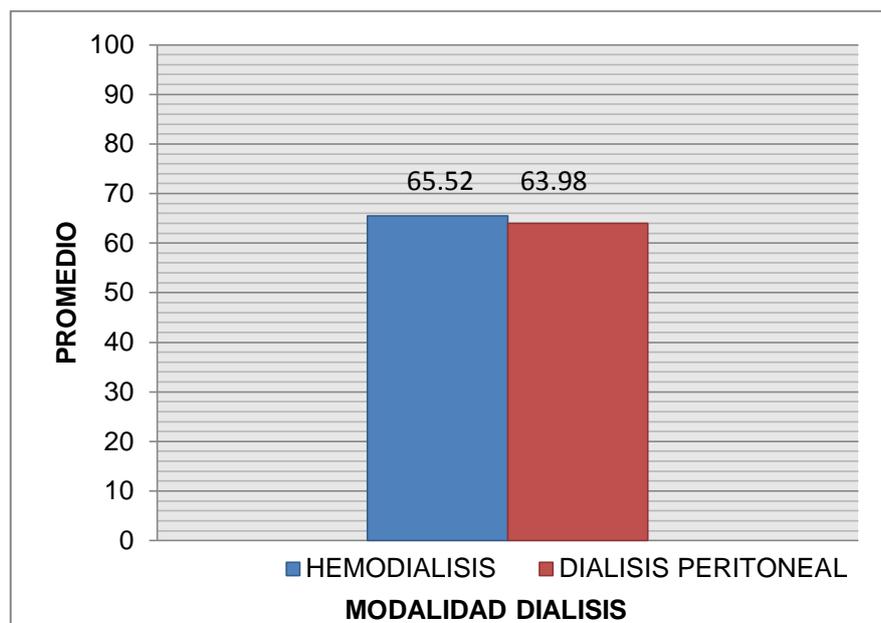
4.17. PROMEDIO SUEÑO

Tabla 17.- Sueño

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	65,52
DIALISIS PERITONEAL	63,98

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 17.- Sueño



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En la escala de sueño se observa una mejor tendencia en los pacientes que se realizan hemodiálisis, aunque no es una diferencia marcada esto podría deberse a que en paciente con DPA puede tener algún tipo de molestia al tener que estar conectado toda la noche a una máquina y mantener una posición que permita un buen funcionamiento del sistema, impidiendo de alguna manera tener un buen descanso, pero vemos que la diferencia es mínima.

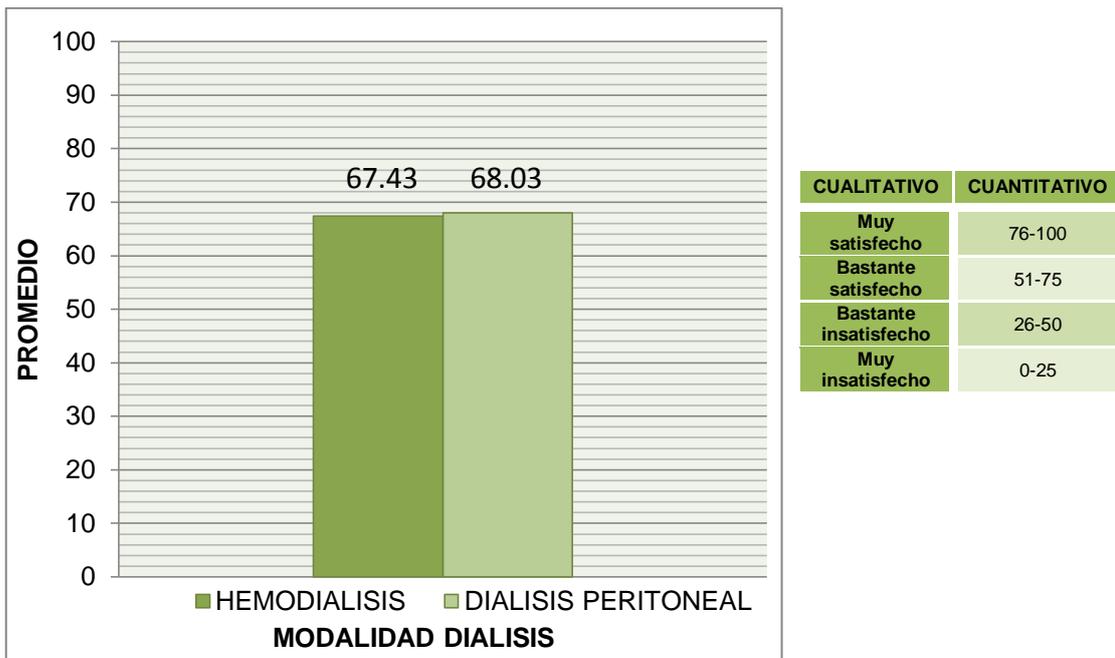
4.18. PROMEDIO APOYO SOCIAL

Tabla 18.- Apoyo social

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	67,43
DIALISIS PERITONEAL	68,03

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 18.- Apoyo social



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En lo referente al apoyo social vemos que los grupos de estudio dan una calificación similar, estando ambos grupos relativamente satisfechos con el tiempo y el apoyo de sus familiares y amigos.

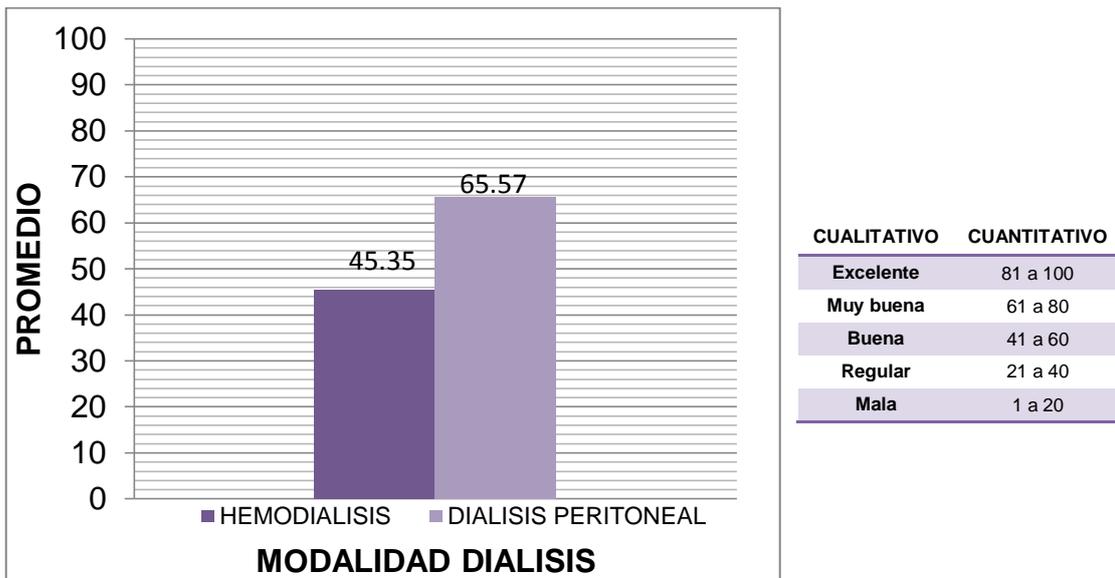
4.19. PROMEDIO SITUACION LABORAL

Tabla 19.- Situación laboral

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	45,35
DIALISIS PERITONEAL	65,57

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 19.- Situación laboral



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En el caso de la situación laboral se refiere a que si su situación de salud le ha impedido realizar trabajo remunerado en el último mes, según las repuestas de los entrevistados vemos que ha existido un menor impedimento en los pacientes con DPA, para mantener un trabajo remunerado, podemos atribuir esto a que los pacientes con HD deben someterse a su tratamiento tres veces por semana y de 3 a 4 horas diarias, además deben ajustarse al horario de disponibilidad del centro de diálisis, se debe incluir el tiempo del traslado hacia el centro y el tiempo de recuperación post diálisis, razón por la cual muchos pacientes abandonan su empleo.

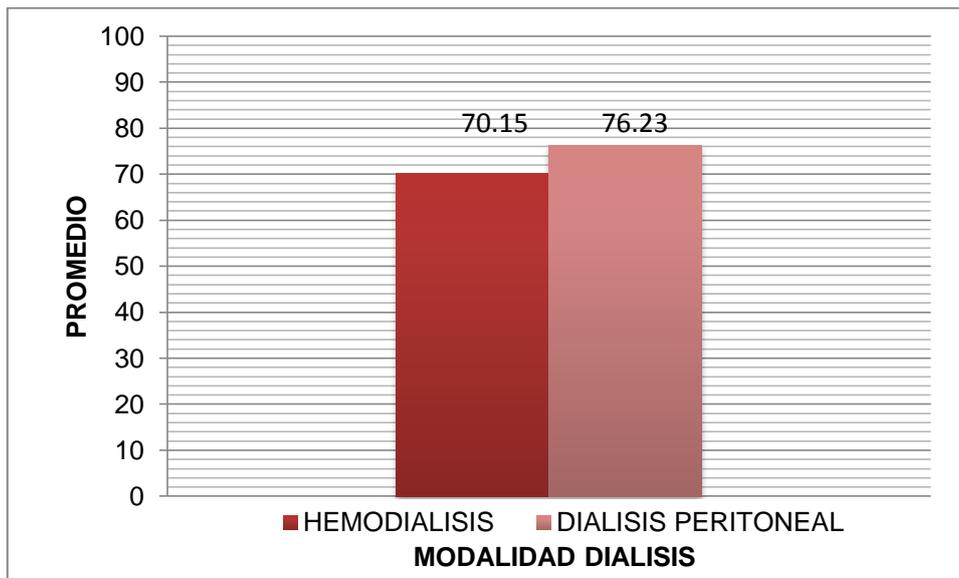
4.20. PROMEDIO SATISFACCION DEL PACIENTE

Tabla 20.- Satisfacción del paciente

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	70,15
DIALISIS PERITONEAL	76,23

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 20.- Satisfacción del paciente



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Ambos grupos de estudio dan una calificación sobre 70 al nivel de satisfacción que tiene acerca de la atención que recibe por el personal de salud, siendo de esta manera que la atención recibida en el Hospital Carlos Andrade Marín es buena

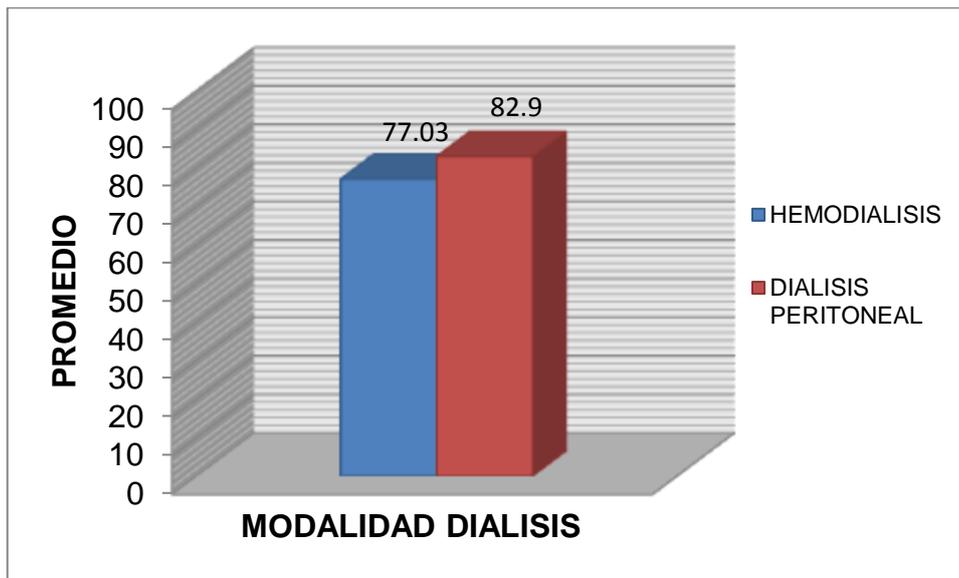
4.21. PROMEDIO ACTITUD DEL PERSONAL DE DIALISIS

Tabla 21.- Actitud del personal de diálisis

MODALIDAD DIALISIS	PROMEDIO
HEMODIALISIS	77,03
DIALISIS PERITONEAL	82,9

Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

Gráfico 21.- Actitud del personal de diálisis



Fuente: Cuestionario KDQOL-HCAM Elaborado por: J Ocaña y D Montero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Ambos grupos le han dado una buena calificación al trato y el apoyo que recibe del personal de diálisis, observa que en la mayoría de encuestas los pacientes están bastante satisfechos por el apoyo y el trato que recibe del personal.

CAPITULO V

5. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados de la investigación se acepta la hipótesis, ya que los pacientes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria (DPA) no presentan tantos inconvenientes en su salud física, ni en su entorno laboral. Dado que estos pacientes han presentado menor dificultad en su desempeño, la mayoría de ellos ha podido realizar un trabajo remunerado sin que su terapia sea un impedimento. Además la DPA es la técnica en la que ha referido menos sintomatología y molestias como limitación en la ingesta de líquidos, la dieta, su capacidad para viajar, capacidad para trabajar, o en su vida sexual

5.1. CONCLUSIONES

- En ambos grupos de estudio se evidencia que los pacientes perciben su salud como buena, sin haber una diferencia clara entre uno y otro, llegando a la conclusión que en nuestro grupo de pacientes la modalidad de diálisis no influye directamente con la percepción de su salud sino que está modulada por su propia personalidad y por las características de su entorno físico y social; ya que la percepción de salud es subjetiva en cada individuo.
- En la relación social de pacientes sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal ambulatoria encontramos que no se muestra diferencia, calificando como buena a la relación con amigos, familiares, vecinos, etc. Los mismos que no se sienten aislados o rechazado y se llevan bien con la gente que los rodea.
- Los pacientes de ambas modalidades de diálisis presentan una buena autonomía individual pudiendo realizar actividades básicas como bañarse, vestirse, agacharse, o caminar distancias cortas, y presentan limitación únicamente para realizar esfuerzos intensos y moderados.
- El apoyo social de los pacientes en estudio ha sido calificado como bastante satisfactorio, siendo esto un factor importante para poder sobrellevar esta enfermedad.
- Los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria han presentado menor dificultad en su desempeño laboral a causa de su bienestar físico, psicológico y social. Como vemos en la tabla 17 la situación laboral de los pacientes en DPA es mejor, la mayoría de pacientes a podido realizar un trabajo remunerado sin que su terapia sea un impedimento.
- La diálisis peritoneal ambulatoria en comparación con la hemodiálisis es la técnica en la que han referido menos sintomatología y molestias como limitación en la ingesta de líquidos, la dieta, su capacidad para viajar, capacidad para trabajar, o en su vida sexual.

- Se puede decir que la diferencia entre la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria está condicionada por su personalidad, su entorno y el apoyo social, además de su bienestar físico, la sintomatología y molestias que presente para desarrollar su vida con normalidad o lo más acercada a ella. Por lo que la diálisis peritoneal ambulatoria estimamos brinda una mejor calidad de vida a los pacientes ya que no interfiere en las horas de trabajo así como en su desempeño, adicionalmente los pacientes en esta modalidad de diálisis tiene menor sintomatología debido al menor impacto hemodinámico reduciendo las ausencias laborales.

5.2. RECOMENDACIONES

- Charlas en donde se explicara que si bien su enfermedad no tiene un tratamiento curativo, con los tratamientos sustitutivos que les brinda la medicina pueden tener una buena calidad de vida. Teniendo presente que el impacto de una misma situación puede tener un efecto diferente en cada uno, para unificar en cierta forma este componente debemos valernos de la información a los pacientes.
- Formar un club de pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a terapias sustitutivas, un lugar en donde se van a poder reunir, compartir sus vivencias, se les incentive a realizar actividad física continua y así se sientan con capacidad para desenvolverse con normalidad en su vida cotidiana. Porque quien mejor que otros pacientes con su misma condición para brindarle apoyo y comprensión.
- Se recomienda a los pacientes en tratamiento que tengan empleo o que necesiten tiempo, y capacidad de movilidad como por ejemplo para viajes recurran a la diálisis peritoneal ambulatoria ya que hemos visto que presenta más libertad para realizar estas actividades, Además de que ha demostrado producir menos sintomatología y molestias para realizar labores cotidianas.

5.3. BIBLIOGRAFIA

1. Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, y Kurt J. Isselbacher, 2005. Harrison Principios de medicina interna 16 Edición vol. 2, España, Editorial: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.
2. José Luis Terue, Jaime Torrente, Milagros Fernández Lucas, Roberto Marcén, Emilio González Parra, Sofía Zarraga, Gorka García. (2009). Valoración de la Función Renal e Indicaciones para el inicio de diálisis Guías S.E.N, Nefrología 2009; 29(Sup. 1):38-43.
3. César Ramón Rodríguez (2008) ¿Cuál es el momento idóneo para el comienzo del tratamiento sustitutivo? alternativas de tratamiento en la insuficiencia renal crónica. Pág. 1-4
4. Laura Schwartzmann (2003), Calidad De Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales, Revista Scielo Ciencia y enfermería, v.9 n.2 Concepción dic. 2003
5. Alfonso Urzúa M (2010) Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales, Rev. Med Chile 2010; 138: 358-365
6. Roberto Alcázar Arroyo, L. Orte, E. González Parra, J. L. Górriz, J. F. Navarro, A. L. Martín De Francisco, M. ^a I. Egocheaga, F. Álvarez Guisasola Feb. 2010 Documento de Consenso Sen-Semfyc sobre la Enfermedad Renal Crónica Nefrología 2008; 28(3):273-282
7. Avilés, Pancho, evaluación nutricional en pacientes con hiperparatiroidismo secundario en tratamiento hemodialítico de la unidad Baxter quito 2004 tesis doctoral en nutrición y dietética Escuela Superior Politécnica de Chimborazo facultad de salud pública Riobamba ESPOCH 2006
8. Ayala .G 2009 La Insuficiencia Renal es una enfermedad al acecho diario. com 2009 – diciembre

9. U.S. Renal Data System. USRDS 2003 Annual data Report: Atlas of end-stage renal disease in the Unites States. Bethesda, MD, National Institutes of Health, 2003, pp 1-560
10. Arrieta J, Gutiérrez G, Moreno I, Sierra T, Carmen V, Olmos A, Linares P, Gonzalez R., et al.(2005) Informe de situación de diálisis y trasplante 2005. <http://www.senefro.org/module>
11. Hinojosa Emilio, Evaluación De La Calidad De Vida En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Es salud Arequipa 2006
12. Mera Santander Marcela Lorena, 2007 “Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006” Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina
13. Chile, MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica DIÁLISIS PERITONEAL. SANTIAGO: Minsal, 2010.
14. Delgado González Alejandra. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a Diabetes Mellitus, Michoacán 2009
15. Cala HR, Borrero RJ. 2006 Métodos Dialíticos. En: Edit. CIB Nefrología Fundamentos de medicina. Tercera edición. Medellín Colombia; cap. 13.
16. Bremmer B. M., Coe F. L., Rector, Floyd C. 2008 Nefrología. Biblioteca Básica de Medicina. Edit. Panamericana. Pág. 289-94,
17. Roessler E. Insuficiencia Renal Crónica [serie en línea] 1999. Disponible en URL: <http://www.lafacu.com>.
18. Montoya M. Patologías asociadas a la hemodiálisis. Siic salud 2001
19. Rodríguez B. A., Hernández H. G., Álvarez de L. Sánchez MA, Soriano C. S., Berdud G. I., Holgado S. R, Martin M. A. Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Revista Medicine. Programa de Formación Continuada en Medicina Asistencial 1997 Nov; 7(65): 3011-24 y 3025-39.

20. Pérez, C. Hemodiálisis, complicaciones más frecuentes. Nefrología 2001 Octubre.
21. Sánchez-García Alicia, María del Carmen Zavala-Méndez, Alejandrina Pérez-Pérez Licenciatura de Enfermería, Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2012; 20 (3): 131-137
22. Dra. Aida Venado Estrada, Dr. José Andrés Moreno López, MPSS Marian Rodríguez Alvarado, Dr. Malaquías López Cervantes. Insuficiencia Renal Crónica Unidad De Proyectos Especiales Universidad Nacional Autónoma De México 2010. Pág. 4-5
23. Dra. Ángela Magaz Iago Efectos Psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica: Diferencias en función de los Tratamientos Médicos, Universidad de Deusto, Bilbao 2003 pág. 146-147
24. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Disease 2002; 39 (2 Suppl (1)):S1-266.
25. Stevens LA, Coresh J, Greene T, Levey AS. Assessing kidney function--measured and estimated glomerular filtration rate. N Engl J Med 2006; 354(23):2473-2483.
26. Gracia-García S, Montanes-Bermudez R, Morales-García LJ et al. Current use of equations for estimating glomerular filtration rate in Spanish laboratories. Nefrología 2012; 32(4):508-516.
27. Eknoyan G et al, Hostetter T, Bakris GL et al. Proteinuria and other markers of chronic kidney disease: a position statement of the national kidney foundation (NKF) and the national institute of diabetes and digestive and kidney diseases (NIDDK). Am J Kidney Dis 2003; 42(4):617-622.
28. Byham-Gray L, Wiesen K. A Clinical Guide to Nutrition Care in Kidney Disease. Renal. Dietitians Dietetic Practice Group of the American

Dietetic Association and the Council on Renal. Nutrition of the National Kidney Foundation. American Dietetic Association; 2002.

29. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-Hospital del Mar) Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios C/Doctor Aiguàder, 88 E-08003 Barcelona Fax (+34) 93 316 0797 www.imim.es 2009 Disponible URL: <http://www.bibliopro.org/buscador/162/enfermedad-del-rinon-y-calidad-de-vida>.

ANEXOS

ANEXO 1.



Foto 1. Entrada Principal Hospital Carlos Andrade Marín



Foto 2. Área de Diálisis Peritoneal HCAM



Foto 3. Consulta Diálisis Peritoneal



Foto 4. Dr. Oscar Burbano coordinador diálisis peritoneal HCAM



Foto 5. Aplicación del cuestionario KDQOL a pacientes en Diálisis Peritoneal



Foto 6. Materiales para Diálisis Peritoneal



Foto 7. Unidad de Hemodiálisis HCAM



Foto 8. Dra. Pilar Sánchez coordinadora de la unidad de hemodiálisis HCAM



Foto 9. Pacientes en sesión de Hemodiálisis HCAM

ANEXO 2

PUNTUACION DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ENFERMEDADES RENALES (KDQOL-SF)

Puntuación e interpretación del KDQoL-SF

Se utilizan diferentes escalas de respuesta a lo largo del cuestionario de entre 2 y 7 opciones de respuesta.

Los valores numéricos para las respuestas a algunos de los ítems del KDQOL-SF están precodificados de tal manera que un número más alto representa un mejor estado de salud.

Por ejemplo, la respuesta 'Nunca' para el ítem 10 se codifica con un '5'. En otros casos, sin embargo, puede ser al revés. En estos casos será el número más bajo que representa el mejor estado de salud. Por ejemplo, en el ítem 6, la respuesta 'Nunca' representa el mejor estado de salud y tiene un valor precodificado de '1'.

El procedimiento de puntuación para el KDQOL-SF en primera instancia transforma los números precodificados crudos a una escala de **0 – 100** en la cual las puntuaciones transformadas más altas siempre reflejan un mejor estado de salud. Se coloca cada ítem en un rango de 0 – 100 de tal manera que la puntuación más baja es siempre 0 y la puntuación más alta es siempre 100. Las puntuaciones representan el porcentaje de la puntuación máxima posible.

En la **tabla 1** se proporciona la recodificación necesaria para la mayoría de los ítems del KDQOL-SF. Tres de los ítems del instrumento requieren instrucciones adicionales y no están incluidos en la tabla.

En el caso de los ítems 17 y 22 es necesario multiplicar las respuestas a estos ítems por 10 para que estén en una escala de 0 – 100. El ítem 23 tiene un rango de valores precodificados de 1 – 7. Para recodificar este ítem se tiene que restar 1 (mínimo posible) del valor precodificado

obtenido por el paciente, después dividir el resultado por 6 (la diferencia entre la puntuación máxima y mínima posible) y después multiplicar el resultado por 100.

El segundo y último paso en el proceso de puntuación consiste en calcular la media de todos los ítems para obtener la puntuación de cada escala del KDQOL-SF.

En la **tabla 2** se detallan los ítems que forman cada escala. Al calcular la puntuación para cada escala, no se tiene en cuenta los ítems a los cuales no se ha respondido (datos ausentes). Por tanto, las puntuaciones por escala representan la media de los ítems que el paciente sí contestó.

Tabla 1. Paso 1 - Recodificación de los ítems del KDQOL-SF

Número del ítem	Categoría de respuesta original	Valor recodificado
4 a-d. 5 a-c. 21	1----->	0
	2----->	100
3 a-i	1----->	0
	2----->	50
	3----->	100
19 a-b	1----->	0
	2----->	33.33
	3----->	66.66
	4----->	100
10, 11 a, c, 12 a-d	1----->	0
	2----->	25
	3----->	50
	4----->	75
	5----->	100
9 b. c. f. d. i. 13 e. 18 b	1----->	0
	2----->	20
	3----->	40
	4----->	60
	5----->	80
	6----->	100
20	1----->	100
	2----->	0
1-2, 6, 8, 11 b, d, 14 a-m, 15 a-b, 16 a-b, 24 a-b	1----->	100
	2----->	75
	3----->	50
	4----->	25
	5----->	0

7, 9 a, d, e, h, 13 a-d, f, 18 a, c	1----->	100
	2----->	80
	3----->	60
	4----->	40
	5----->	20
	6----->	0

Tabla 2. Paso 2 – Cálculo de la media de las escalas individuales del KDQOL-SF

Escala	Número de ítems	Después de la recodificación se promedia los siguientes ítems
Escalas específicas para enfermedades renales		
Listado de síntomas/problemas	12	14 a-k, l (m)*
Efectos de la enfermedad renal	8	15 a-h
Carga de la enfermedad renal	4	12 a-d
Situación laboral	2	20, 21
Función cognitiva	3	13 b, d, f
Calidad de las relaciones sociales	3	13 a, c, e
Función sexual	2	16 a, b
Sueño	4	17, 18 a-c
Apoyo social	2	19 a, b
Actitud del personal de diálisis	2	24 a, b
Satisfacción del paciente	1	23
Ítems del SF-36		
Función física	10	3 a-j
Rol físico	4	4 a-d
Dolor	2	7, 8
Salud general	5	1, 11 a-d
Bienestar emocional	5	9 b, c, d, f, h
Rol emocional	3	5 a-c
Función social	2	6, 10
Vitalidad	4	9 a, e, g, i

Nota: El ítem sobre cambios en el estado de salud del SF-36 y el ítem de 0 – 10 sobre salud general se puntúan como ítems únicos (es decir, no forman parte de ninguna de las escalas)

* 14 l es respondido por los pacientes en hemodiálisis; 14 m por los que están en diálisis peritoneal



Número identificador:

Fecha de hoy:

____ / ____ / **20**
Día Mes Año

Fecha de su nacimiento:

____ / ____ / ____
Día Mes Año

**ENFERMEDAD DEL RIÑÓN Y
CALIDAD DE VIDA (KDQOL-SF)**

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO

1. Las preguntas que siguen refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Esta información permitirá saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de realizar sus actividades habituales.
2. Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.
3. Por favor, conteste cada pregunta rodeando con un círculo el número correspondiente o rellenando la respuesta tal como se indique.

Ejemplo:

Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto dolor de espalda ha tenido?

(Marque un solo número)

- | | |
|---------------|-------------------------------------|
| Nada..... | <input type="checkbox"/> |
| Muy poco..... | <input type="checkbox"/> |
| Poco..... | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Moderado..... | <input type="checkbox"/> |
| Mucho | <input type="checkbox"/> |

4. Este cuestionario está hecho para poder ver los efectos de la enfermedad del riñón sobre su vida. Algunas preguntas se refieren a las limitaciones que tiene y otras se refieren a su bienestar.
5. Puede que algunas preguntas se parezcan a otras, pero todas son distintas. Responda lo más sinceramente que pueda, por favor. Si no está seguro/a de cómo responder una pregunta, dé la mejor respuesta que pueda, por favor. Así nos podremos hacer una buena idea sobre las diferentes experiencias de los pacientes con enfermedad del riñón.

MUCHAS GRACIAS POR RELLENAR EL CUESTIONARIO



SU SALUD

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

(Marque una sola casilla)

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

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

(Marque una sola casilla)

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

Las preguntas 1-11 pertenecen a la Encuesta de Salud SF-36 en Español del Proyecto IQOLA, reproducida con el permiso del Centro Médico de New England Medical Center. Todos los derechos reservados.



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

(Marque una sola casilla por pregunta)

- | | Sí, me limita
<u>mucho</u> | Sí, me limita
<u>un poco</u> | No, no me
<u>limita nada</u> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| c. Coger o llevar la bolsa de la compra | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| d. Subir varios pisos por la escalera | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| e. Subir un solo piso por la escalera | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| f. Agacharse o arrodillarse | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| g. Caminar un kilómetro o más | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros) | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros) | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| j. Bañarse o vestirse por sí mismo | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |



2968809

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

(Marque una sola casilla por pregunta)

- | | Sí | No |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

(Marque una sola casilla por pregunta)

- | | Sí | No |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



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?

(Marque una sola casilla)

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

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

(Marque una sola casilla)

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

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)?

(Marque una sola casilla)

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



2968809

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante las **4 últimas semanas** ¿cuánto tiempo...

(Marque una sola casilla por pregunta)

	<u>Siempre</u>	<u>Casi siempre</u>	<u>Muchas veces</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Sólo alguna vez</u>	<u>Nunca</u>
a. se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/>					
b. estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>					
c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>					
d. se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
e. tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
f. se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>					
g. se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>					
h. se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>					
i. se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>					



2968809

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)?

(Marque una sola casilla)

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

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases.

(Marque una sola casilla por pregunta)

- | | Totalmente
<u>cierta</u> | Bastante
<u>cierta</u> | <u>No lo sé</u> | Bastante
<u>falsa</u> | Totalmente
<u>falsa</u> |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. Estoy tan sano como cualquiera | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. Creo que mi salud va a empeorar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. Mi salud es excelente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |



2968809

SU ENFERMEDAD DEL RIÑÓN

12. ¿En qué medida considera **CIERTAS** o **FALSAS** en su caso cada una de las siguientes afirmaciones?

(Marque una sola casilla por pregunta)

	Totalmente <i>cierta</i>	Bastante <i>cierta</i>	No lo sé	Bastante <i>falsa</i>	Totalmente <i>falsa</i>
a. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Me siento una carga para la familia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



2968809

13. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. Dé a cada pregunta la respuesta que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante las **4 últimas semanas**, ¿cuánto tiempo...

(Marque una sola casilla por pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. se aisló, o se apartó de la gente que le rodeaba?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. reaccionó lentamente a las cosas que se decían o hacían?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. estuvo irritable con los que le rodeaban?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. tuvo dificultades para concentrarse o pensar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. se llevó bien con los demás?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. se sintió desorientado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6



2968809

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?

(Marque una sola casilla por pregunta)

	<u>Nada</u>	<u>Un poco</u>	<u>Regular</u>	<u>Mucho</u>	<u>Muchísimo</u>
a. ¿Dolores musculares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. ¿Picores en la piel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. ¿Sequedad de piel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. ¿Falta de aire?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. ¿Desmayos o mareo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. ¿Falta de apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. ¿Agotado/a, sin fuerzas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k. ¿Náuseas o molestias del estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l. <u>Sólo para pacientes en hemodiálisis:</u> ¿Problemas con la fistula?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m. <u>Sólo para pacientes en diálisis peritoneal:</u> ¿Problemas con el catéter?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



2968809

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

15. Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas?

(Marque una sola casilla por pregunta)

Nada Un poco Regular Mucho Muchísimo

a. ¿Limitación de líquidos? 1 2 3 4 5

b. ¿Limitaciones de dieta? 1 2 3 4 5

c. ¿Su capacidad para trabajar en casa? 1 2 3 4 5

d. ¿Su capacidad para viajar? 1 2 3 4 5

e. ¿Depender de médicos y otro personal sanitario? 1 2 3 4 5

f. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad de riñón? 1 2 3 4 5

g. ¿Su vida sexual? 1 2 3 4 5

h. ¿Su aspecto físico? 1 2 3 4 5



Las dos siguientes preguntas son personales y se refieren a su vida sexual. Sus respuestas son importantes para comprender los efectos de la enfermedad del riñón en la vida de las personas.

16. ¿Hasta qué punto supusieron un problema cada una de las siguientes cosas, durante las 4 últimas semanas?

(Marque una sola casilla por pregunta)

	Ningún problema	Muy poco problema	Algún problema	Mucho problema	Muchísimo problema
a. Disfrutar de su actividad sexual	<input type="checkbox"/>				
b. Excitarse sexualmente	<input type="checkbox"/>				

En la siguiente pregunta valore cómo duerme usted en una escala que va de 0 a 10, por favor. El 0 representa que duerme "Muy mal" y el 10 representa que duerme "Muy bien."

Si cree que usted duerme justo entre "Muy mal" y "Muy bien," rodee con un círculo el número 5, por favor. Si cree que duerme un poco mejor que el nivel 5, rodee el número 6. Si cree que duerme un poco peor, rodee el 4 (y así sucesivamente).

17. En una escala que va de 0 a 10, valore cómo duerme usted en general.

(Marque una sola casilla)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
↑										↑
Muy mal										Muy bien



2968809

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo...

(Marque una sola casilla por pregunta)

	<u>Nunca</u>	<u>Sólo alguna vez</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Muchas veces</u>	<u>Casi siempre</u>	<u>Siempre</u>
a. ¿Se despertó por la noche y le costó volverse a dormir?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. ¿Durmió todo lo que necesitaba?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. ¿Le costó mantenerse despierto durante el día?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

19. En relación con su familia y sus amigos, valore su nivel de satisfacción con...

(Marque una sola casilla por pregunta)

	<u>Muy insatisfecho</u>	<u>Bestante insatisfecho</u>	<u>Bestante satisfecho</u>	<u>Muy satisfecho</u>
a. El tiempo que tiene para estar con su familia y sus amigos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. El apoyo que le dan su familia y sus amigos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



2968809

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿realizó un trabajo remunerado?

(Marque una sola casilla)

Sí 1

No 2

21. ¿Su salud le ha impedido realizar un trabajo remunerado?

(Marque una sola casilla)

Sí 1

No 2

22. En general, ¿cómo diría que es su salud?

(Marque una sola casilla)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↑					↑					↑
La PEOR salud posible (tan mala o peor que estar muerto)					A MEDIAS entre la peor posible y la perfecta					La MEJOR salud posible



SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS RECIBIDOS

23. Piense en la atención que recibe en la diálisis. Valore, según su grado de satisfacción, la amabilidad y el interés que muestran hacia usted como persona.

(Marque una sola casilla)

- Muy malos 1
- Malos 2
- Regulares 3
- Buenos 4
- Muy buenos 5
- Excelentes 6
- Los mejores 7

24. ¿En qué medida considera **CIERTAS** o **FALSAS** en su caso cada una de las siguientes afirmaciones?

(Marque una sola casilla por pregunta)

- | | Totalmente
<i>cierta</i> | Bastante
<i>cierta</i> | <i>No lo sé</i> | Bastante
<i>falsa</i> | Totalmente
<i>falsa</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. El personal de diálisis me anima a ser todo lo independiente posible | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. El personal de diálisis me apoya para hacer frente a mi enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 4.



Sublicencia en BiblioPRO

Se le ha otorgado la sublicencia de *Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida*

Estado de la sublicencia: Otorgada el 16 de junio de 2013 a las 12:10

Válida hasta: 15 de diciembre de 2013 a las 23:59

Información sobre el pago

- **Precio de la sublicencia:**
- **Base imponible:** 0 €
- **IVA:** 21% (0 €)
- **Total:** 0 €
- **Número de la factura:**
- **Fecha de la factura:** No emitida
- **Número de albarán interno:** 2013-10-16-SUBL-162-2988
- **IBAN:**
- **SWIFT:**

Información sobre la sublicencia

- **Nombre:** Daniel Montero Farías
- **Email:** puchin_da13@hotmail.es
- **País:** Ecuador
- **Fecha de solicitud:** 16 de junio de 2013 a las 07:36
- **Número de administraciones:** 102
- **Financiación mayoritaria por una entidad:** Académica
- **Entidad desde la que solicita la sublicencia:** Universidad Nacional de Chimborazo
- **Promotor del proyecto:** Daniel Montero y Jenny Ocaña

Información sobre el estudio

- **Nombre:** Calidad de vida en pacientes enfermos renales crónicos sometidos a hemodiálisis vs diálisis peritoneal ambulatoria
- **Uso:** Evaluación (transversal) de la salud de la población general o de grupos específicos de población
- **Objetivo:** Determinar qué tipo de tratamiento dialítico causa menos impacto sobre la calidad de vida de los pacientes
- **Período:** 2013-07-25 - 2013-12-15
- **Diseño:** Transversal

- **Población:** pacientes enfermos renales sometidos a tratamiento de sustitución renal
- **Modo de administración:** Por entrevistador
- **Soporte técnico:** Papel impreso

Datos de facturación

- **Razón social:** No indicado
- **CIF:** No indicado
- **Dirección:** No indicado
- **Código postal:** No indicado
- **Población:** No indicado
- **País:** No indicado
- **Teléfono:** No indicado
- **Correo electrónico:** No indicado

Condiciones de la sublicencia

El LICENCIANTE, la Fundación IMIM (NIF G60072253), en adelante IMIM, con domicilio legal en el Edificio PRBB, en la Calle Aigüader número 88, 08003 de Barcelona, España concede esta SUBLICENCIA de uso del CUESTIONARIO indicado, manifestando tener esta potestad según el acuerdo firmado con los titulares de los derechos de autor del cuestionario. La solicitud de esta sublicencia por parte del solicitante, en adelante el LICENCIATARIO, implica su total aceptación de los términos y condiciones indicadas como “Avisos Legales” en la página Web de BiblioPro “www.bibliopro.org” así como de los PACTOS indicados a continuación, a partir de la fecha de aceptación del presente Acuerdo por parte del LICENCIATARIO.

PACTOS

1. DEFINICIONES

MATERIALES: Se refiere a la documentación adicional al cuestionario, éste incluido, que pueda servir para la correcta utilización del instrumento, como el manual de uso o las normas de puntuación, y sobre los cuáles los titulares de derechos del cuestionario sean autores.

COPIAS APROBADAS: Las reproducciones del cuestionario que se realicen para su uso según los PACTOS aquí establecidos, deberán guardar el formato en el que se ha obtenido el CUESTIONARIO a través de la página de BiblioPro, y, en todo caso, deberá mantener la información relativa a los derechos de propiedad así como a la fuente por la que se ha conseguido el cuestionario.

SUBLICENCIA: Licencia no-exclusiva, no-transferible, no-sublicenciable, otorgada por IMIM al LICENCIATARIO y en nombre de los titulares de derechos de autor del cuestionario para permitir su uso, según las

condiciones y pactos indicados en este documento y únicamente para la persona física o jurídica, plazo y uso indicados por el LICENCIATARIO en el momento de realizar la solicitud por vía telemática.

LICENCIATARIO: Persona física o jurídica cuyos datos han sido registrados por vía telemática como el solicitante de la presente sublicencia y que no podrán ser modificados para subrogar los pactos que aquí se establecen a favor de otra persona física o jurídica.

2. SUBLICENCIA

Mediante esta sublicencia, IMIM otorga al LICENCIATARIO el derecho de reproducción del CUESTIONARIO así como el uso de sus COPIAS APROBADAS únicamente para el uso indicado por el LICENCIATARIO en el momento de su solicitud.

El LICENCIATARIO no obtiene ningún otro derecho que el especificado en este PACTO 2. En particular, el LICENCIATARIO no obtiene derechos de propiedad intelectual ni autoría, y no puede digitalizar, distribuir, comercializar ni modificar los

MATERIALES sin el expreso acuerdo de sus titulares.

IMIM y los TITULARES DE DERECHOS DE AUTOR no otorgan ningún permiso para el uso de su/s nombre/s o logos en cualquier otra forma que la específicamente indicada en esta SUBLICENCIA.

El LICENCIATARIO no asignará los derechos de esta SUBLICENCIA a ninguna otra entidad o persona física o jurídica que la expresamente indicada en el momento de la solicitud de la sublicencia.

3. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

El LICENCIATARIO se compromete a tomar todas las medidas razonables necesarias para proteger la propiedad intelectual del CUESTIONARIO, no pudiendo alterar ni utilizar los ítems, palabras; ni traducir o modificar su contenido; reproducir, ni transmitir el contenido de esta documentación, a no ser que esté expresamente previsto en el presente documento.

El LICENCIATARIO se asegurará de que todas las copias del CUESTIONARIO incluyan la información relativa a los derechos de propiedad intelectual.

La presente SUBLICENCIA se someterá a las leyes de España y todas las demandas derivadas del presente acuerdo serán presentadas en el Tribunal correspondiente de la ciudad de Barcelona, renunciando expresamente las partes a cualquier otra jurisdicción que pudiese corresponderles.

La presente SUBLICENCIA entra en vigor en el momento de su expedición por vía telemática por parte de IMIM, habiendo expresado su acuerdo explícito el LICENCIATARIO al solicitarla por vía telemática, de acuerdo con las condiciones legales establecidas en el sitio Web de BiblioPro, y IMIM por el simple hecho de expedirla a través de los medios telemáticos de BiblioPro.

