



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

AREA BIOLOGICA
TITULACIÓN DE MÉDICO

Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis en la Clínica “DIALTICA” de la ciudad de Loja durante el periodo agosto 2011 – enero 2012.

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.

AUTOR: Pacheco Nagua, Juan Carlos.

DIRECTOR: Castillo Córdova, Paul Humberto, Dr.

LOJA-ECUADOR

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACION

Doctor.

Paúl Humberto Castillo Córdova.

DOCENTE DE LA TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación: **“Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis en la Clínica “DIALTICA” de la ciudad de Loja durante el periodo agosto 2011 – enero 2012”**, realizado por Juan Carlos Pacheco Nagua ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 13 de mayo del 2013

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Juan Carlos Pacheco Nagua, declaro ser autor del presente trabajo de fin de titulación: **“Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis en la Clínica “DIALTICA” de la ciudad de Loja durante el periodo agosto 2011 – enero 2012”**, de la Titulación de Médico, siendo el Dr. Paul Castillo director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos de tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f.....

Autor: Juan Carlos Pacheco Nagua.

Cédula: 1104277023-3

DEDICATORIA

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

A mi esposa Paola Ivanova y mis hijos Juan Andrés y Santiago Israel, que son el pilar fundamental de mi vida y mi fuerza para seguir adelante, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional frente a las adversidades.

A mis padres Marino Carlos y Gloria María por ser siempre mi fuente de apoyo y mi pilar fundamental durante todo este tiempo de mi carrera, a mis hermanos por estar ahí cuando más los necesité.

A todas aquellas personas que fueron partícipes de mi vida universitaria y que se convirtieron en parte de mi crecimiento como profesional, a todas ellas muchas gracias por todo.

Juan Carlos Pacheco Nagua

AGRADECIMIENTO

Las cosas que verdaderamente llenan el alma y el espíritu humano son aquellas conseguidas con esfuerzo y dedicación, las cuales no han tenido un camino corto y fácil sino las de camino largo y difícil, a si ha sido la consecución de la presente tesis un camino arduo y duro pero al final gratificante.

En primer lugar quiero dar gracias a Dios, por regalarme la vida y permitirme crecer en el seno de una familia maravillosa.

A mi director de trabajo de fin de titulación, el Dr. Paúl Castillo por su valioso apoyo, paciencia y amabilidad.

Reciban también mi más sincero agradecimiento todo el personal de la Clínica "DIALTICA", por su apoyo, en especial, a la Dra. Janeth Coello, por la apertura y ayuda incondicional para la obtención de tan valiosa información. A la Dra. Sandra Paucar por tan valiosa ayuda en la presente tesis.

Mi gratitud a la Universidad Técnica Particular de Loja a través de la Titulación de Médico, que me abrió sus puertas y permitió mi formación académica y espiritual.

A todos mis maestros que me impartieron sus conocimientos para hacer de mí, un mejor profesional, y a todos mis compañeros y amigos durante estos años académicos por cada una de sus palabras de apoyo.

Juan Carlos Pacheco Nagua

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDOS	Páginas
CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACION.....	ii
DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
INDICE DE FIGURAS.....	viii
INDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	6
1. MARCO INSTITUCIONAL.....	7
1.1. Historia.....	8
1.2. Visión.....	8
1.3. Misión.....	8
1.4. Objetivos de DIALTICA Unidad Renal.....	8
1.5. Política de Calidad.....	9
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	10
2.1. Capitulo Uno: La Insuficiencia Renal Crónica y los Tratamientos Sustitutivos de la Función Renal.....	11
2.1.1. Generalidades.....	11
2.1.2. Estadios Evolutivos de la Enfermedad Renal Crónica.....	12
2.1.3. Etiología de la Insuficiencia Renal Crónica.....	13
2.1.4. Manejo del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal.....	14
2.1.4.1. Hemodiálisis.....	14
2.1.4.2. Diálisis Peritoneal.....	16
2.1.4.3. Trasplante Renal.....	17
2.2. Capitulo Dos: Calidad de Vida e Insuficiencia Renal Crónica.....	18
2.2.1. Calidad de Vida.....	18
2.2.2. Respuestas Psicológicas ante el Tratamiento Dialítico.....	19
2.2.3. Impacto de la IRC y sus tratamientos en el Estilo de Vida de los Pacientes.....	21
3. METODOLOGIA.....	25
3.1. Tipo de Estudio.....	26
3.2. Área de Estudio.....	26
3.3. Operacionalización de las variables.....	27
3.4. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	27
3.5. Procedimiento de Recolección de Datos.....	28
3.6. Plan de Tabulación de Análisis.....	29
4. RESULTADOS.....	30
4.1. Resultado N° 1 Variables Socio - Demográficas.....	31
4.2. Resultado N° 2 Aspectos Generales de la Enfermedad Renal.....	40

4.3. Resultado N° 3 Aspectos Específicos de la Enfermedad Renal.....	47
DISCUSIÓN.....	60
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

RESULTADO N°1: Variables Socio - Demográficas.....	
• Figura N°1: Distribución de la población encuestada por sexo.....	31
• Figura N°2: Distribución de la población encuestada por edad.....	32
• Figura N°3: Tiempo de tratamiento Dialítico (meses).....	33
• Figura N°4: Nivel de Formación Académica.....	34
• Figura N°5: Estado Civil.....	36
• Figura N°6: Personas con las cuales conviven los pacientes.....	37
• Figura N°7: Ocupación o Actividad.....	38
• Figura N°8: Seguro Médico.....	39
• Figura N°9: Ingresos Económicos Mensuales.....	40
RESULTADO N°2: Aspectos Generales de la Enfermedad Renal.....	
• Figura N°1: Función Física.....	40
• Figura N°2: Rol Físico.....	41
• Figura N°3: Dolor.....	42
• Figura N°4: Percepción General de Salud.....	43
• Figura N°5: Bienestar Emocional.....	44
• Figura N°6: Función Emocional.....	45
• Figura N°7: Función Social.....	46
• Figura N°8: Energía y Fatiga.....	46
RESULTADO N°3: Aspectos Específicos de la Enfermedad Renal.....	
• Figura N°1: Acerca de los síntomas y problemas que conlleva la Enfermedad Renal.....	47
• Figura N°2: Efectos de la Enfermedad Renal.....	48
• Figura N°3: Carga de la Enfermedad.....	49
• Figura N°4: Estado Laboral.....	50
• Figura N°5: Función Cognitiva.....	51
• Figura N°6: Interacción Social.....	52
• Figura N°7: Función Sexual.....	53
• Figura N°8: Calidad del Sueño.....	54
• Figura N°9: Apoyo y Soporte Social.....	55
• Figura N°10: Estimulo del Equipo de Diálisis.....	56
• Figura N°11: Satisfacción del Paciente.....	57
• Figura N°12: Causas de la Enfermedad Renal.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

RESULTADO N°1: Variables Socio - Demográficas.....	31
• Tabla N°1: Distribución de la población encuestada por sexo.....	31
• Tabla N°2: Correlación entre Sexo y Calidad de Vida en paciente con IRC.....	31
• Tabla N°3: Distribución de la población encuestada por edad.....	32
• Tabla N°4: Tiempo de tratamiento Dialítico (meses).....	33
• Tabla N°5: Correlación entre el tiempo de tratamiento hemodialítico y Calidad de Vida en paciente con IRC.....	33
• Tabla N°6: Nivel de Formación Académica.....	34
• Tabla N°7: Correlación entre Escolaridad y Calidad de Vida en pacientes con IRC.....	35
• Tabla N°8: Estado Civil.....	35
• Tabla N°9: Correlación entre Estado Civil y Calidad de Vida en pacientes con IRC.....	36
• Tabla N°10: Personas con las cuales conviven los pacientes.....	37
• Tabla N°11: Correlación entre Convivencia y Calidad de Vida en pacientes con IRC.....	37
• Tabla N°12: Ocupación o Actividad.....	38
• Tabla N°13: Seguro Médico.....	39
• Tabla N°14: Ingresos Económicos Mensuales.....	39
RESULTADO N°2: Aspectos Generales de la Enfermedad Renal.....	40
• Tabla N°1: Función Física.....	40
• Tabla N°2: Rol Físico.....	41
• Tabla N°3: Dolor.....	42
• Tabla N°4: Percepción General de Salud.....	42
• Tabla N°5: Bienestar Emocional.....	43
• Tabla N°6: Función Emocional.....	44
• Tabla N°7: Función Social.....	45
• Tabla N°8: Energía y Fatiga.....	46
RESULTADO N°3: Aspectos Específicos de la Enfermedad Renal.....	47
• Tabla N°1: Acerca de los síntomas y problemas que conlleva la Enfermedad Renal.....	47
• Tabla N°2: Efectos de la Enfermedad Renal.....	48
• Tabla N°3: Carga de la Enfermedad.....	49
• Tabla N°4: Estado Laboral.....	49
• Tabla N°5: Función Cognitiva.....	50
• Tabla N°6: Interacción Social.....	51
• Tabla N°7: Función Sexual.....	52
• Tabla N°8: Calidad del Sueño.....	53
• Tabla N°9: Apoyo y Soporte Social.....	54
• Tabla N°10: Estimulo del Equipo de Diálisis.....	56

• Tabla N°11: Satisfacción del Paciente.....	56
• Tabla N°12: Causas de la Enfermedad Renal.....	57
• Tabla N°13: Correlacion entre Causas de la Enfermedad Renal y Calidad de Vida en paciente con IRC.....	58

RESUMEN

Se comparó la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en 40 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis en la Clínica DIALTICA, teniendo en cuenta la edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, tiempo de tratamiento, patologías asociadas y su influencia en el diario vivir. Los instrumentos utilizados fueron una ficha sociodemográfica, la prueba de calidad de vida Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL – SFTM), mediante la cual se obtuvo que los aspectos principales como: Salud Física (67,5%), Salud Mental y Emocional (72,5%), Apoyo Social (87,5%) y satisfacción con la atención y apoyo del Equipo Médico del (74,5%) representan los parámetros con mayor puntaje; y, Función Cognitiva (7,5%), Carga de la Enfermedad (45%), Función Sexual (45%) son los parámetros con las puntuaciones más bajas, con estos resultados se determina que este grupo de pacientes poseen una buena calidad de vida, además nos ayuda a plantear directrices sobre un cuidado más planificado, integral y enfocado en la problemática del paciente para mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Insuficiencia Renal Crónica, Calidad de Vida, hemodiálisis.

ABSTRACT

In this research work was compared the quality of life and the coping in strategies in 40 patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis in the Clinical DIALTICA, taking account the age, sex, their studies, marital status, professions, treatment's time, associated pathologies and their influence in the daily life. The instruments employed in this investigation were a sociodemographic record, the quality's proof of life of Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL – SFTM), where by this record was obtained these main aspects such as: physical health (67,5%), mental and emotional health (72,5%), social help (87,5%) and satisfaction with the attention and help from the Medical team (74,5%) represent the parameter with high score; and cognitive function (7,5%), illness burden (45%), sexual function (45%) these are the parameter with the lowest scores, with these results was determined that this group of patients has a good quality of life; furthermore, this research work helps us to propone guidelines for a planned, integrated and focused on the problems of the patient to improve their quality of life care.

KEYWORDS: Chronic renal failure, quality of life, hemodialysis.

INTRODUCCIÓN

Recientemente, uno de los problemas de salud pública más reconocidos es la enfermedad renal crónica (ERC), que se considera como una "epidemia", tomando en cuenta la aplicación y el modelo conceptual establecido por las Guías de la National Kidney Foundation – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI/NKF 3). La clasificación de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) viene definida por la presencia de daño renal (hematuria, proteinuria, alteraciones en las pruebas de imagen) o por un filtrado glomerular (FG) menor a 60 ml/min durante tres o más meses, y se estratifica en cinco estadios; cuya finalidad es identificar a los pacientes con ERC desde sus estadios más precoces, instaurar medidas para frenar su progresión, reducir la morbilidad y, finalmente, preparar a los pacientes para diálisis. Esta clasificación se considera que es aplicable a toda la población (Heras Benito, 2010).

Más allá de las condiciones físicas asociadas, las características psicológicas de las personas con Insuficiencia Renal Crónica han resultado intrigantes para los profesionales de la nefrología e incluso para los familiares de los propios enfermos. Con frecuencia, se escuchan expresiones con calificaciones negativas de su comportamiento, tales como: *“se comporta como un niño”*, *“se ha vuelto egoísta”*, *“siempre está exigiendo”*, *“piensa que nadie le comprende”*, *“parece que sólo existe su enfermedad”*, o por el contrario expresiones positivas, indicadoras de adaptación y ajuste a su situación: *“a pesar de su enfermedad sigue trabajando”*, *“no permite que digamos que es un enfermo”* o *“da ánimos a los demás”*. Sin duda, cada persona responde de un modo diferente ante esta situación, con percepciones muy diferentes a las de los profesionales sanitarios o de los miembros de la familia, quienes, con frecuencia, valoran que el impacto de la enfermedad es menor que el descrito por el paciente (Álvarez-Ude, 2001).

En estos últimos años, los avances en medicina han hecho que aumente la longevidad y con ello las personas con enfermedades crónicas. Por eso se ha prestado atención a la Calidad de Vida (CV) relacionada con la Salud. Este concepto incorpora a la ciencia la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados de salud. Es por eso que el objetivo fundamental en el tratamiento de los pacientes sometidos a diálisis debe ir orientado a conseguir una calidad de vida óptima y no solo a conseguir una estabilidad en los criterios clínicos (Alcario, 2010).

Muchas veces hemos podido observar que pacientes con idénticos parámetros fisiológicos y bioquímicos tienen una climatología diferente en cuanto a capacidad funcional y bienestar

emocional se refiere. Además existe una estrecha relación entre estado de salud percibido y mortalidad. Antes de la década de los 80 los estudios acerca de la insuficiencia renal crónica (IRC) y la calidad de vida de estos pacientes eran poco estudiadas. A partir de los 90 se observa una mayor preocupación por este concepto. Actualmente, los trabajos de investigación científica utilizan el término Calidad de Vida relacionado con la Salud como modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. La medición del concepto se ha utilizado para distinguir diferencias entre pacientes o grupos de pacientes, para predecir resultados en ellos y para evaluar las intervenciones terapéuticas (Alcario, 2010).

En la dimensión psicológica, las problemáticas más comunes que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con insuficiencia renal son: el estrés, la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro (Christensen, 2002), todo lo cual se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes (Gil, 2003). Otras reacciones frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal en tratamiento son la hostilidad y la ira, dirigidas hacia el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Rifkin, 2005). En este sentido, el tratamiento de hemodiálisis y la enfermedad misma pueden convertirse para el paciente y su familia en una experiencia altamente estresante no solo por las características inherentes al tratamiento mismo, sino también por las limitaciones que representa, lo cual constituye un evento que ocasiona un importante desajuste adaptativo en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el individuo (Weisinger, 1998). Las investigaciones realizadas han demostrado, ciertamente, que tanto la insuficiencia renal como la diálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente en los aspectos emocionales, cognitivos, físicos y sociales, lo que altera de manera notable su calidad de vida (Cidoncha, 2003).

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a su salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas. Esto incluye, entre otras, las funciones física, psicológica y social, así como la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional (Álvarez-Ude, 2001). Por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica (Gómez-Vela, 2002).

Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, esta debe evaluarse a través de distintas áreas. (Sanabria, 2003). Se recomienda abordar los dominios físico, psicológico y social. En el dominio físico se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en el dominio psicológico se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en el tercer dominio se evalúan las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros. Esta valoración de la calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos objetivos y subjetivos, con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo (Velarde, 2002).

Desde esta perspectiva, el concepto enfatiza en el bienestar y satisfacción del paciente, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en los pacientes con enfermedades crónicas, quienes deben vivir con una condición médica permanente (Gómez-Vela, 2002), y deben aprender a convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida (Valderrabano F., 2001).

El presente trabajo fue diseñado teniendo en cuenta la importancia y la contribución de los estudios sobre CV en la vida cotidiana de las personas con IRC, y los pocos estudios que abordan este tema.

Medir la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica es muy importante porque revela el impacto de la enfermedad en las actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento eficaz.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis en la Clínica “DIALTICA” mediante la aplicación de la encuesta Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL – SFTM) y métodos estadísticos durante el periodo Agosto 2011 – Enero 2012.

Objetivos Específicos:

- Determinar la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis en la Clínica “DIALTICA” determinados por las dimensiones que cubre el cuestionario Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SFTM).
- Determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica según el tiempo de diálisis a los que han sido sometidos.
- Identificar en este grupo de pacientes la presencia de antecedentes mórbidos como Diabetes, Hipertensión Arterial entre otras patologías y cómo influye estas patologías en la percepción de calidad de vida del paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

MARCO INSTITUCIONAL

1.1. Historia.

Diáltica Unidad Renal, es una entidad privada, que se abrió el 1 de septiembre del 2005, con la finalidad de brindar atención a pacientes que requieren terapia sustitutiva extracorpórea. En la actualidad cuenta con los permisos de funcionamiento correspondientes otorgados por parte de la Jefatura de Salud, con el Ilustre Municipio de Loja y del Cuerpo de Bomberos de Loja. Además cuenta con convenios con el IESS y con el Hospital Militar de la ciudad de Loja; tiene sus instalaciones en la cabecera cantonal de la Provincia de Loja, pertenece a la Parroquia Sucre, se encuentra ubicada en la Av. Pío Jaramillo Alvarado y Thomas Alba Edison.

Esta Unidad Renal ofrece este servicio para pacientes que requieren la terapia en forma crónica y emergente, bajo la acción y supervisión de un equipo profesional debidamente capacitado y que actúa bajo normas científicas y establecidas, de acuerdo a los grandes lineamientos de salud establecidos por el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

1.2. Visión.

Diáltica Unidad Renal de la Ciudad de Loja es una organización modelo, basada en la ciencia y tecnología, con una estructura física adecuada y con recursos humanos capacitados para dar atención con calidad y calidez a los usuarios.

1.3. Misión.

Brindar servicios de salud de alta calidad, para satisfacer la demanda de la población de la Ciudad y Provincia de Loja, contando con tecnología de punta, recursos humanos capacitados y comprometidos que permita alcanzar los objetivos de Diáltica Unidad Renal.

1.4. Objetivos de DIALTICA Unidad Renal.

- Ofrecer una atención oportuna, eficaz, eficiente con calidad y calidez para la satisfacción de los usuarios.

- Establecer el manejo adecuado de los pacientes en Diálisis Unidad Renal mediante la utilización de un protocolo para precautelar la salud del paciente.
- Capacitar en forma permanente al personal médico y paramédico que labora en Diálisis Unidad Renal, a través de conferencias magistrales, para promover el desarrollo técnico y científico del personal.
- Mantener una buena relación entre usuarios internos, cultivando una amistad responsable y solidaria.
- Respetar las normas y reglamentos científicos, de acuerdo a los grandes lineamientos de salud establecidos por el Ministerios de Salud Pública.

1.5. Política de calidad.

Brindar servicios de tratamiento integral de Hemodiálisis con calidad y calidez, cumpliendo con todos los requerimientos legales y reglamentarios para cubrir las necesidades de nuestros pacientes, mejorando continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad, controlando y evaluando los avances de las actividades para cumplir nuestros objetivos.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Capítulo Uno: La Insuficiencia Renal Crónica y los tratamientos sustitutivos de la función renal.

2.1.1. Generalidades.

Existe en las sociedades modernas un aumento progresivo de pacientes portadores de insuficiencia renal crónica (IRC), de modo que la prevalencia de esta entidad es actualmente del 11 al 17% en los países desarrollados. Este incremento en la IRC es el resultado de la conjunción de diversos factores tales como el aumento en la sobrevida de los pacientes portadores de enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, el sedentarismo propio del estilo de vida moderno y el incremento en la expectativa de vida de la población general sumado a los cambios renales propios del envejecimiento. (Gorriz, 2009)

En el Ecuador las enfermedades más prevalentes y principales causas de mortalidad general según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del año 2010 son las enfermedades hipertensivas y diabetes mellitus respectivamente. La tasa de mortalidad de las enfermedades hipertensivas es de 4309 por cada 10000 habitantes que representa un 7,0% y la diabetes mellitus con 4017 por cada 10000 habitantes que representan un 6,5% teniendo mayor incidencia en la población masculina. La prevalencia de HTA en la población diabética es doble que en la población general, con una prevalencia aproximada de un 25% y un 50% en la DM1 y 2 respectivamente. La HTA es responsable de hasta un 75% de las complicaciones cardiovasculares y renales asociadas a la DM, además de contribuir a la lesión microangiopática renal, retiniana y neuropática.

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un importante problema de salud pública. La manifestación más avanzada de la ERC, la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y la consiguiente necesidad de tratamiento sustitutivo de la función renal mediante diálisis o trasplante renal, presenta una incidencia y una prevalencia crecientes en las últimas décadas. La visión epidemiológica de la ERC ha cambiado notablemente. Restringida inicialmente a patología de incidencia baja como las enfermedades renales clásicas, en la actualidad la ERC afecta a un porcentaje significativo de la población debido fundamentalmente a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes y la enfermedad vascular. (Sociedad Española de Nefrología, 2006)

La ERC se define como una disminución en la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o un aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$, o como la presencia de daño renal en ambos casos de forma persistente durante al menos 3 meses. El daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal por lo que el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, ya se establezca por un FG disminuido o por marcadores de daño renal, puede realizarse sin conocimiento de la causa. El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada. (Sociedad Española de Nefrología, 2006)

El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), se ha utilizado fundamentalmente para referirse a la situación subsidiaria de iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal y se corresponde en la clasificación actual con ERC estadio 5. (Sociedad Española de Nefrología, 2006)

2.1.2. Estadios evolutivos de la enfermedad renal crónica.

En el estadio 1, daño renal con FG normal o aumentado ($\text{FG } 90 \text{ ml/min/1,73m}^2$), la ERC se establece por la presencia de alguno de los datos de daño renal estos son los casos con microalbuminuria o proteinuria persistente con FG normal o aumentado o el hallazgo ecográfico de una enfermedad poliquística con FG normal o aumentado. El estadio 2 corresponde a situaciones de daño renal acompañadas de una reducción ligera del FG ($\text{FG entre } 60 \text{ y } 89 \text{ ml/min/1,73m}^2$). La detección de un FG ligeramente disminuido puede ser frecuente en ancianos. En la tercera edición de la NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) prácticamente un 75% de los individuos mayores de 70 años presentaron un FG estimado $< 90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. El hallazgo de un FG levemente reducido debe llevar a descartar datos de daño renal, fundamentalmente microalbuminuria o proteinuria mediante la realización del cociente albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina y alteraciones en el sedimento urinario mediante el análisis sistemático clásico. También se valorará la existencia de situaciones de riesgo de ERC, fundamentalmente HTA y diabetes. (Sociedad Española de Nefrología, 2006)

El estadio 3 de la ERC es una disminución moderada del FG ($\text{FG entre } 30\text{-}59 \text{ ml/min/1,73 m}^2$). Los datos de daño renal pueden estar ausentes o presentes pues ya no se constituyen en parámetros necesarios para el diagnóstico de este estadio. En este estadio se observa un riesgo claramente aumentado de progresión de la

ERC y de complicaciones cardiovasculares y pueden aparecer las complicaciones clásicas de la insuficiencia renal como la anemia o las alteraciones del metabolismo fosfo-cálcico. Los pacientes con ERC en estadio 3 deben ser evaluados de forma global desde el punto de vista cardiovascular y renal y deben recibir tratamiento adecuado para la prevención a ambos niveles y, en su caso, para las complicaciones que se detecten. Los pacientes con ERC en estadio 3 deben ser evaluados y tratados conjuntamente con un especialista si el médico que ha diagnosticado la enfermedad no puede asumir la evaluación y el tratamiento. (Sociedad Española de Nefrología, 2006)

El estadio 4 es una disminución grave del FG (FG entre 15 y 29 ml/min/1,73 m²), tanto el riesgo de progresión de la insuficiencia renal al estadio 5, como el riesgo de que aparezcan complicaciones cardiovasculares son muy elevados. El estadio 5 de la ERC es un FG < 15 ml/min/1,73 m² y se denomina también fallo renal. (Sociedad Española de Nefrología, 2006)

2.1.3. Etiología de la Insuficiencia Renal Crónica.

La diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las glomerulonefritis crónicas son las causas más comunes de Insuficiencia Renal Crónica, responsables aproximadamente de 35%, 30% y 10% de los casos, respectivamente. El 25% restante corresponde a nefropatía obstructiva, infecciones (Hepatitis B y C, sífilis, paludismo, esquistosomiasis, lepra, filariosis), enfermedad renal poliquística, nefritis intersticial y otras. (Sádler, 2012)

Las enfermedades glomerulares se caracterizan por la presencia de cilindros eritrocitarios en el sedimento de orina, alto porcentaje de glóbulos rojos dismórficos, proteinuria glomerular y/o evidencia clínica de enfermedad sistémica. Las enfermedades glomerulares pueden ser primarias o secundarias. Son enfermedades glomerulares primarias la glomeruloesclerosis mesangial (tanto IgA como no IgA), la glomerulonefritis focal y segmentaria, la nefropatía membranosa, y las glomerulonefritis membranoproliferativa y extracapilar. Son secundarias las nefropatías diabética, lúpica, por amiloidosis. etc. Está generalmente aceptado que el paciente con glomerulopatía no diabética debe ser biopsiado con el fin de obtener un diagnóstico etiológico y pronóstico, y consecuentemente realizar un tratamiento específico. (Sádler, 2012)

En el caso de las enfermedades vasculares o intersticiales se caracterizan por la presencia de un sedimento urinario con pocas manifestaciones patológicas, menos de 3g/24 h de proteinuria y por no asociarse a una enfermedad sistémica relacionada a glomerulopatía.

Por ejemplo, nefroangioesclerosis hipertensiva, nefropatía por abuso de AINE, nefrolitiasis, nefropatía isquémica, idiopática y/o relacionada con anomalías anatómicas como la enfermedad renal poliquística y la uropatía obstructiva. (Sádler, 2012)

2.1.4. Manejo del paciente con insuficiencia renal crónica terminal.

Actualmente existe consenso respecto de algunos “indicadores esenciales” de la calidad del manejo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) que tienen que ver con una diálisis adecuada (control de la uremia como un indicador del estado en que se encuentran resto de las toxinas urémicas) y al igual que en la etapa predialítica, el control de la hipertensión arterial, el tabaquismo, la anemia, la dislipidemia, el metabolismo fosfocálcico, la glucemia y la nutrición. Al comienzo de la hemodiálisis, aproximadamente 25% de los pacientes tiene un acceso vascular permanente para la hemodiálisis, muchos no han tenido un adecuado seguimiento de su IRCpreT por un nefrólogo y sólo una proporción muy pequeña ha sido manejada por un equipo multidisciplinario (Nephrology, 2008).

Existe evidencia de que una derivación oportuna al nefrólogo (por lo menos 60 días antes del comienzo de la diálisis) resulta en internaciones más cortas para la iniciación de la diálisis, menos días de internación durante el año subsiguiente y una mortalidad significativamente menor durante el primer año de diálisis (Bradbury BD, 2007). Una vez que la diálisis se vuelve estable, la salud de los pacientes mejora drásticamente como consecuencia del logro de los objetivos de los indicadores esenciales. (Sádler, 2012)

La derivación temprana a un equipo nefrológico puede ser de gran utilidad a la hora de elegir el tratamiento de la IRCT. Las modalidades posibles son esencialmente tres: 1) hemodiálisis, 2) diálisis peritoneal, tanto en su modalidad manual: diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) como en su modalidad automatizada (APD), 3) trasplante renal, el cual constituye el tratamiento principal de la IRCT, desde el momento que cualquiera de las modalidades dialíticas antes mencionadas tan solo le brinda al paciente una función renal equivalente a un TFG de 9mL/min/1,73m² el trasplante renal le otorga una función renal plena. La decisión entre estos tres métodos de tratamiento depende de numerosos factores: características clínicas del paciente (enfermedades comórbidas, posibilidades de accesos vasculares, edad, etc.), tipo de modalidad terapéutica disponible en el centro asistencial en cuestión, disponibilidad de órganos y preferencias del paciente. (Nephrology, 2008)

2.1.4.1. Hemodiálisis.

La hemodiálisis es un procedimiento que consiste en producir un intercambio de agua y sustancias perjudiciales para el organismo entre la sangre y una solución específica, a través de una membrana artificial. El filtrado se realiza conectando al enfermo a una máquina, durante 3 o 4 horas, una media de 3 veces por semana. Para que esta conexión sea posible es necesario que el enfermo tenga un acceso vascular especial que permita la realización de 6 punciones por semana con agujas de un calibre de 16 milímetros, aproximadamente (Schwab, 2007).

Los problemas con los accesos para la diálisis constituyen la causa principal de morbilidad y hospitalización en los pacientes con IRCT, particularmente en el período inicial del tratamiento de reemplazo de la función renal (Schwab, 2007).

Para la hemodiálisis se prefiere como acceso la fístula arteriovenosa por su menor incidencia de complicaciones y su mayor durabilidad. Se recomienda confeccionarla cuando la TFG se encuentra alrededor de los 20mL/min/1,73m². También se puede crear una anastomosis implantando un conducto artificial de polietileno entre una arteria y una vena. Desafortunadamente, estos se complican muy frecuentemente, desarrollándose estenosis venosa en la proximidad del sitio anastomótico, con la consecuente reducción de la sobrevida funcional del implante, lo que requiere la colocación de catéteres para hemodiálisis, procedimientos de desobstrucción de los implantes o la confección de una nueva anastomosis (Schwab, 2007).

Estos inconvenientes, además del consumo progresivo de las estructuras vasculares nativas para la colocación de dichos implantes, puede amenazar la sobrevida a largo plazo de los pacientes y encarecer significativamente el tratamiento. (Schwab, 2007)

Cabe mencionar que en EE.UU. sólo 20 a 25% de los pacientes utiliza fístulas arteriovenosas como acceso vascular. Esto resulta difícil de comprender, dado que la mayoría tiene arterias y venas braquiales adecuadas para la confección de una fístula nativa (arteriovenosa). Una razón para explicar este fenómeno podría ser la derivación tardía a un equipo nefrológico, ya que el desarrollo de una fístula arteriovenosa requiere por lo menos seis a ocho semanas antes de ser utilizada, mientras que un implante puede ser usado dentro de los tres a los 14 días de su colocación. (Sádler, 2012)

La tercera opción dentro de los accesos vasculares es un catéter percutáneo en una vena central. Estos se infectan frecuentemente y causan sepsis potencialmente fatales. También predisponen a la trombosis de la vena en la que están colocados. Estos catéteres deben ser, en lo posible, transitorios mientras se consigue una mejor opción. Por lo tanto, los catéteres centrales como acceso permanente solo deben indicarse en caso de imposibilidad total de obtener un acceso braquial ya que la trombosis de una vena subclavia descarta el brazo homolateral como sitio probable de accesos vasculares. Los catéteres femorales no deben ser utilizados como accesos permanentes por la elevada incidencia de infecciones relacionadas a los mismos. La preservación de las venas braquiales de los pacientes con IRC preT debe tenerse muy presente. Se deben evitar o limitar las venopunturas proximales a la muñeca, dado que estas podrían dañar sitios adecuados para accesos vasculares. Los pacientes ancianos, diabéticos, obesos y aquellos que recibieron corticoterapia en forma prolongada, tienen frecuentemente malos lechos vasculares para la construcción de un acceso vascular. Algunos de estos pacientes pueden entrar en un programa de ejercicios para desarrollar los vasos sanguíneos braquiales y con esto mejorar el índice de éxito en cuanto a la confección de una fístula adecuada. (Schwab, 2007)

Comienzo de la diálisis.

Las indicaciones de diálisis de urgencia están ampliamente aceptadas y son las siguientes: uremia sintomática (nauseas, vómitos), encefalopatía, pericarditis urémica, sobrecarga de volumen (edema pulmonar), hiponatremia, hiperkalemia y/o acidosis metabólica que no responden al tratamiento médico. La indicación electiva de diálisis varía según algunas características de los pacientes, especialmente si presentan desnutrición. El comienzo de la diálisis se recomienda cuando la TFG se acerca a $10\text{mL}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$. Es importante remarcar que debido a que la creatinina se filtra a nivel glomerular y también se secreta a nivel del túbulo proximal, y que dicha secreción se incrementa progresivamente a medida que cae el filtrado glomerular, resulta entonces que la depuración de la creatinina sobrestima el filtrado glomerular, y más aún en el contexto de una nefropatía crónica. Por este motivo un marcador práctico y confiable del filtrado glomerular, es la depuración o “clearance” minutado de creatinina. (Bradbury BD, 2007)

2.1.4.2. Diálisis Peritoneal.

La diálisis peritoneal es un método de depuración sanguínea extrarrenal de solutos y toxinas, está basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana

vascularizada semipermeable que mediante mecanismos de transporte osmótico y difusivo, permite pasar agua y distintos solutos desde los capilares sanguíneos peritoneales al líquido dializado. Las sustancias que atraviesan la membrana peritoneal son las de pequeño peso molecular: urea, potasio, cloro, fosfatos, bicarbonato, calcio, magnesio, creatinina, ácido úrico; las sustancias de peso molecular elevado no consiguen atravesar el peritoneo. Utilizando estos principios fisiológicos, la diálisis lo que hace es infundir en la cavidad peritoneal un líquido dializante de composición similar al líquido extracelular, y dejándolo un tiempo en el interior del peritoneo, siguiendo el gradiente osmótico, se producirá la difusión y osmosis de tóxicos y electrolitos desde la sangre al líquido introducido (Nephrology, 2008).

2.1.4.3. Trasplante Renal.

El trasplante renal es considerado el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal debido a su clara ventaja con otras formas de terapia sustitutiva, tanto en la calidad de vida como en la reinstalación a la vida productiva de los pacientes.

Dependiendo del origen del injerto, los trasplantes para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal pueden ser: 1) Isoinjertos: cuando el trasplante se realiza entre individuos genéticamente idénticos; 2) Aloinjertos: el trasplante de tejidos se realiza entre individuos de la misma especie y 3) Xenoinjertos: cuando el trasplante de órganos se da entre individuos de distinta especie (Mendes & Viana, 2011).

De forma específica, la clasificación del trasplante renal se da de acuerdo al tipo de donador renal: 1) Trasplante renal de donador vivo relacionado (TRDVR): existe un lazo de consanguinidad, por ejemplo: hermano a hermano o padre a hijo, etc.; 2)

Trasplante renal de donador cadavérico (TRDC): cuando el donador constituye un paciente con muerte cerebral (también conocido como donador fallecido) y 3) Trasplante renal de donador vivo emocionalmente relacionado (TRDVER): en estos casos no existe un lazo de consanguinidad, pero sí un compromiso emocional de llevar a cabo la donación; por ejemplo, los trasplantes entre esposos. En este apartado también se encuentran los trasplantes entre amistades que de forma altruista y legal (mediante una carta notarial) deciden donar alguno de sus tejidos a un paciente en particular (Nephrology, 2008).

2.2. Capítulo Dos: Calidad de Vida e Insuficiencia Renal Crónica

2.2.1. Calidad de Vida.

La calidad de vida es un tema ampliamente estudiado en varias enfermedades y en la IRC por sus características y tratamiento. En 1994, la Organización Mundial de la Salud la definió como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses” (Schwartzmann, 2003). Ha sido estudiada recientemente como uno de los principales resultados de la terapia de remplazo renal en distintos grupos de personas y países, y como uno de los principales indicadores de salud y bienestar (Mendes & Viana, 2011).

Su estudio e interés se ha incrementado en los últimos años, de acuerdo al progresivo aumento de personas con IRC y a la prolongación en años de vida que presentan. Los estudios coinciden en señalar que la Calidad de Vida se encuentra más deteriorada en personas en hemodiálisis que en la población general e incluso en quienes han recibido trasplante renal (Birmilé, 2012). También coinciden en que la dimensión o área con mayor deterioro es la dimensión física, la cual estaría por debajo de la dimensión mental (Mendes & Viana, 2011).

La calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional cuya definición es polémica, algunos autores consideran que comprende tres dimensiones la física, la psicológica y la social (Mendes & Viana, 2011).

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 (Cruz & Andrade, 2011).

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 (Cruz & Andrade, 2011).

Dimensión social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral (Cruz & Andrade, 2011).

Existen muchas definiciones de calidad de vida, la mayoría de ellas relacionadas con el concepto de bienestar y las condiciones materiales de vida. Esta concepción se limita a un concepto reduccionista, poco aplicable a países subdesarrollados y que además niega toda la vida trascendente; por lo tanto es muy importante precisar el concepto de calidad de vida desde el enfoque de una calidad esencial, la propia vida, que modula la vida de calidad a alcanzar.

Para Walter J. 1998, la calidad de vida es “la relación existente entre la condición biológica del paciente y la capacidad de buscar y perseguir metas personales específicas, entendiendo como estas como un conjunto de valores materiales, sociales, morales y espirituales que trascienden a la vida biológica”.

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, la valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y/o tratamiento. Incluye la evaluación funcional física, emocional cognitiva, social, percepciones de salud y bienestar y las perspectivas futuras. Existe una estrecha correlación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad. El término calidad de vida corresponde a un concepto más amplio que los anteriores y sus distintas definiciones coinciden en la importancia que se le asigna al concepto de multidimensionalidad. (Cruz & Andrade, 2011)

2.2.2. Respuestas psicológicas ante el tratamiento dialítico.

En relación a la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis (Kimmel, 2001) afirma que la posibilidad de escogerlo es una variable que influye sobre medidas psicológicas de la calidad de vida, en parte porque les da una sensación de no haber perdido el control sobre su salud. La calidad de vida tiene que ver con la adaptación del paciente a su tratamiento y es posible que esta adaptación se logre más fácilmente si es él mismo quien lo escoge (Apostolou & Gokal, 2000).

Afrontar es, en sí mismo, indicativo de un cierto nivel de adaptación, independientemente de los resultados que se deriven de la actuación; por ello, el concepto de adaptación se

convierte en una clave primordial para entender la calidad de vida, vinculándose directamente con el proceso de afrontamiento (Rodríguez & Pastor, 1993). En la actualidad, las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal crónica son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida de la persona y originando nuevas exigencias para ellas; el afrontamiento que se haga de esta condición es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar en la persona la enfermedad ya que este puede mediar, aminorar y/o amortiguar los efectos del estrés (Apostolou & Gokal, 2000).

El afrontamiento se entiende como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos. Las emociones guardan estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida (Rodríguez & Pastor, 1993). De manera general, en los rangos positivos de calidad de vida, predominan los estilos activos de afrontamiento (centrados en la solución del problema), o pasivos (centrados en el control de la emoción), que facilitan el control conductual y emocional provocando una adaptación (López, 1998).

El afrontamiento puede estar dirigido al problema cuando está orientado a su modificación, a su cambio hacia otra cosa que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia y a claros sentimientos de gozo y alegría. El afrontamiento está dirigido a la emoción cuando el sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento. Presente en las patologías cuando el sujeto evita afrontar la situación problema y busca un alejamiento, negación, o transferencia a otros de su responsabilidad en lo ocurrido. Las estrategias dirigidas a la emoción pueden también ser un mecanismo sano de adaptación funcional, cuando desde una valoración racional y ajustada, se acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles (Cassareto & Chau, 2007).

De esta manera, la predilección por el estilo enfocado en la emoción respondería a la percepción de menores niveles de control sobre la situación (como ocurre en muchas situaciones que son parte de la vivencia de la enfermedad crónica), dicho afrontamiento llevaría a

que la persona despliegue sus recursos hacia la regulación de sus sentimientos, de tal forma que este estilo mantendría la esperanza y sostendría la autoestima. Por ello, limitarse al uso de un estilo centrado en el problema no haría más que acumular sentimientos de frustración e impotencia en los pacientes mientras que el uso mixto (centrados en la emoción y luego en el problema) tendría mayores beneficios (Cassareto & Chau, 2007).

Cuando una persona enfrenta cualquier situación, realiza una evaluación tanto primaria como secundaria. La evaluación primaria es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo o de compromiso a su bienestar. La evaluación secundaria es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. El resultado de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como desafío, reto o amenaza. En el desafío o reto el sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Cuando la situación es valorada como amenaza, el sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella, genera claras respuestas ansiosas, su actividad de afrontamiento se deteriora. Como consecuencia de lo anterior, la persona se torna poco eficaz, oscilando desde una actividad caótica, frenética y poco organizada, a la simple inactividad. Es además significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más primitivos y menos elaborados de conducta (Casado, 2002).

2.2.3. Impacto de la IRC y sus tratamientos en el estilo de vida de los pacientes.

El impacto de la IRC se ha relacionado con otras variables además de la modalidad de tratamiento: la edad, la situación laboral, el estado civil, la percepción de dolor, la religión, y variables psicológicas tales como la inteligencia, la personalidad, el “locus de control” o la implicación del paciente en la toma de decisión respecto al tratamiento (Kimmel, 2001), la adaptación a la enfermedad se explica por la interrelación entre diversos factores entre los que destacan la “desesperanza” y la falta de control sobre la salud probablemente relacionados con los síntomas percibidos. Los efectos de la IRC y sus tratamientos no son idénticos al inicio de la enfermedad y durante el desarrollo de la misma. De hecho, no se habla del impacto de la enfermedad hasta que el paciente comienza la diálisis o hasta que se le prepara para ello, ya que el curso de la enfermedad puede durar años, manifestándose con escasos síntomas y sin más tratamiento que una dieta pobre en proteínas (Heras Benito, 2010).

Aunque se constata la existencia de un impacto psicológico desde que el paciente recibe el diagnóstico de enfermedad crónica, la fase pre-diálisis ha recibido una escasa atención (Cruz & Andrade, 2011). Se han propuesto diferentes fases en el proceso de adaptación a la enfermedad, en las que el impacto parece ser diferente.

Quienes introducen esta secuencia han planteado varias fases: período de "luna de miel", fase de desencanto y desánimo, y fase de adaptación a largo plazo. Esta fase comienza a las pocas semanas de iniciar la diálisis y se prolonga durante algunos meses. El paciente experimenta el paso de una situación de gran malestar físico a otra de recuperación producida por la diálisis. A menudo se encuentra en un estado tan eufórico que no puede ver las limitaciones que le impone este tratamiento. El período de desencanto aparece cuando se propone volver a sus actividades cotidianas y tiene que enfrentarse con estas limitaciones; suele durar entre tres y doce meses. De manera gradual pasa a la fase de adaptación, en la que asume sus limitaciones, conoce con mayor rigor la evolución y consecuencias de su enfermedad y reorganiza su vida en función de las nuevas condiciones (Kimmel, 2001).

Dichas respuestas se las puede enmarcar en diferentes etapas:

Primera Etapa: Inicio de la enfermedad - Experiencia de los síntomas.

La característica fundamental de esta fase es el temor a lo desconocido y la falta de comprensión de la enfermedad. Aparecen los primeros síntomas, la persona descubre que algo va mal, con experiencias similares a las que ocurren en las enfermedades agudas: se mantiene contacto con profesionales sanitarios, se acude con frecuencia al hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. El paciente, con frecuencia, espera que los síntomas desaparezcan o mejoren en un período breve de tiempo. Posteriormente, el nefrólogo informará al paciente de la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de la vida. En este momento el enfermo se centra en las manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de su enfermedad, así como por el pronóstico y el malestar físico que le acompaña. Tanto el enfermo como las personas que lo rodean centran su atención en los problemas orgánicos. A medida que pasan los días, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter de novedad, iniciándose así el siguiente período. (Gil, 2003)

Segunda Etapa: Toma de conciencia - Contacto con el papel de enfermo.

En este momento, el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de las dolencias físicas del momento. Conociendo que su enfermedad es crónica toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive; esto es, toma como referencia la valoración de los aquejados por una enfermedad crónica, como personas “minusválidas”, inferiores a la mayoría. Desde esta perspectiva el afectado empieza a percibirse como alguien que no puede tener proyectos, que no puede trabajar, que no puede mantener su papel en la familia, etc... En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable, lleno de limitaciones y con un riesgo elevado de inadaptación personal, familiar y social. Cuando el enfermo pone en cuestión este sistema de valores, se inicia la tercera fase. (Gil, 2003)

Tercera Etapa: Reflexión y Análisis - Nuevo punto de referencia.

Al experimentar las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad, el paciente puede experimentar las limitaciones derivadas de la misma, pero también las capacidades que le permitirán continuar o iniciar hábitos agradables. Su estado de ánimo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos piensa que tiene muchas capacidades intactas y en otros se percibe como un ser débil y marginado. Podría decirse que vive un periodo de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad. (Gil, 2003)

Cuarta Etapa: Readaptación: personal, social y familiar.

Antes de la aparición de la enfermedad la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para dar respuesta a las exigencias planteadas por él mismo y por su entorno familiar y social. La presencia de una enfermedad crónica implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado. Gracias a este proceso de adaptación puede resolver muchas de las dudas que le acosaban en el pasado: ¿qué puedo y no puedo hacer?, ¿cuál es mi papel en la familia?, ¿cuál es mi papel en el grupo social? (Gil, 2003)

El modo en que se resuelvan estas cuestiones será decisivo para la postura que adopte ante la enfermedad. Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades,

reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios. (Gil, 2003)

En general, podría afirmarse que las personas que no pasan de la primera etapa son aquéllas que tienen un riesgo elevado de desarrollar trastornos psicológicos. Permanecer en la segunda fase podría conducir a la marginación social, a la dependencia y a la pasividad general. Si la tercera fase no se supera, el individuo mantendrá una actitud de duda, con altibajos emocionales, relaciones familiares tensas. También pueden aparecer problemas de ansiedad, por la incertidumbre ante los cambios en sus hábitos y en sus condiciones físicas. La mayoría de las personas con IRC suelen pasar por estas fases, si bien la duración de cada una y los contenidos individuales pueden variar, lo cual influirá en el efecto de la enfermedad y su tratamiento. (Alcario, 2010)

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

El presente proyecto de investigación fue de tipo descriptivo – prospectivo, con diseño cuantitativo y enfoque transversal que describe la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Terminal sometidos a diálisis en la Clínica “DIALTICA” durante el periodo Agosto 2011 – Enero 2012.

Partiendo de los resultados obtenidos mediante la aplicación de una encuesta estandarizada Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL/SFTM), se determinó los cambios adaptativos tanto en estilo y calidad de vida de los pacientes sometidos a este procedimiento, perspectivas y expectativas en cuanto a su estado de salud.

3.2. Área de estudio

La investigación se realizó en la Unidad de Diálisis “DIALTICA” que se encuentra ubicada en el barrio La Argelia, al sur de la ciudad de Loja, la misma que lleva prestando sus servicios desde el año 2005. El área de cobertura de esta Unidad es la Provincia de Loja.

Universo y Muestra:

En el estudio se incluyó como universo y muestra a los pacientes consecutivos atendidos en la Unidad de Diálisis “DIALTICA” durante el periodo Agosto 2011 – Enero 2012 que cumplen con los criterios de inclusión respectivos.

Criterios de inclusión:

Pacientes que están sometidos a hemodiálisis por insuficiencia renal crónica de cualquier etiología con un valor de filtración glomerular por debajo de $<15\text{ml/min/1,73m}^2$ (estadio 5 de IRC) sin discriminación de edad, sexo, ni tiempo de tratamiento.

Criterios de exclusión:

- Pacientes sometidos a diálisis peritoneal de cualquier etiología.
- Pacientes sometidos a diálisis extracorpórea sin enfermedad renal.
- Pacientes sometidos a diálisis con un filtrado glomerular $>15\text{ml/min/1,73m}^2$ (estadio 4 de enfermedad renal) con o sin signos de uremia mediante estudios de laboratorio.
- Pacientes con deterioro psicológico – orgánico manifiesto.
- Pacientes con alteración psicológica o psiquiátrica de base.
- Pacientes con enfermedad que les imposibilite comunicarse verbalmente.
- Pacientes que no acepten participar en la investigación.

3.3. Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Indicador	Dimensión
Calidad de Vida	La percepción del individuo de su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones.	• Suficiencia económica. • Nivel de educación. • Tiempo para recreación. • Tareas domésticas. • Cohesión social.	• Porcentajes de cada uno de los indicadores que son valorados mediante la encuesta a aplicarse.
Insuficiencia Renal Crónica	Daño renal por tres o más meses, definido por anomalías del riñón estructurales o funcionales, con o sin disminución de la filtración glomerular (FG), manifestado por anomalías patológicas o marcadores de daño renal, incluyendo anomalías en la composición de la sangre u orina o anomalías en los estudios por imágenes	• Pacientes con filtrado glomerular por debajo de 15ml/min que necesiten diálisis.	• Porcentaje de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a diálisis expresados por sexo y edad.
Encuesta KDQOL - SFTM	Es un cuestionario estandarizado elaborado para la valoración de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a diálisis desde una perspectiva integral tomando en cuenta el aspecto psicológico, emocional, físico y redes de apoyo del paciente.	• Síntomas y problemas. • Efectos de la enfermedad renal en la vida diaria. • Carga personal de la enfermedad renal. • Status de trabajo. • Función cognitiva. • Calidad de interacción social. • Función sexual. • Modificaciones del sueño. • Soporte social. • Personal de diálisis. • Satisfacción del paciente. • Función física. • Limitaciones físicas. • Limitaciones emocionales. • Dolor. • Fatiga/energía.	• Porcentajes de acuerdo a los ítems valorados por la encuesta.
Antecedentes Mórbidos	Son aquellas enfermedades de tipo crónico que conllevaron a la presencia actual de la enfermedad renal que requiera diálisis.	• Hipertensión. • Diabetes. • Enfermedad poliquística del riñón. • Glomerulonefritis. • Pielonefritis. • Desconoce.	• Porcentajes de cada uno de los indicadores de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a diálisis.

3.4. Métodos e instrumento de recolección de datos

Para la obtención de la información se utilizó un instrumento de recolección de datos de tipo cuestionario – encuesta estandarizada Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL – SFTM), en el cual se manejan diferentes variables que evalúan todos los aspectos físicos, psicológicos, y de la vida cotidiana que conforman el contorno de todo ser humano.

Esta encuesta consta de 43 preguntas divididas en diferentes grupos como: Síntomas y problemas (12 ítems); efectos de la enfermedad renal en la vida diaria (8 ítems); carga personal de la enfermedad renal (4 ítems); Status de trabajo (2 ítems); función cognitiva (3 ítems); calidad de interacción social (3 ítems); función sexual (2 ítems); modificaciones del sueño (4 ítems); soporte social (2 ítems); acerca del personal de diálisis (2 ítems); y satisfacción del paciente (1 ítem). Además contiene múltiples ítems para medir el estado físico y mental como: función física (10 ítems); limitaciones causadas por problemas de salud (4 ítems), limitaciones causadas por problemas emocionales (3 ítems), funcionamiento social (2 ítems), estado emocional (5 ítems), dolor (2 ítems); fatiga/energía (4 ítems), y percepción general de su salud (5 ítems). Además posee el respectivo instructivo y recomendaciones; así como también la información respectiva acerca del estudio a realizarse; el tiempo utilizado para responder el test es de aproximadamente 15 minutos. (ANEXO 2).

Posteriormente estos datos fueron registrados en una Hoja de Datos elaborada en Microsoft Excel (ANEXO 3), la misma que incluyó los resultados obtenidos luego de la evaluación y determinación mediante escalas de puntaje de las respuestas obtenidas a las preguntas de la encuesta.

3.5. Procedimiento de recolección de datos

El estudio se realizó en un período de 6 meses, partiendo desde su planificación hasta el informe de resultados a las autoridades de la Titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja. El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en un periodo de cuatro meses mediante la aplicación personalizada de la encuesta en las valoraciones psicológicas que ofrece esta institución, hasta la organización de la información en una hoja de datos.

La recolección de datos se realizó a cabo en varias fases:

1. Autorización de la dirección de la Unidad de Diálisis “DIALTICA”, para la aplicación de las encuestas a los pacientes que acuden a esta Unidad.
2. Recolección de la información mediante la aplicación personalizada de dicha encuesta a cada uno de los pacientes sometidos a hemodiálisis en las evaluaciones psicológicas que se brindan en esta Unidad de Diálisis previa explicación y descripción de la misma y firma del consentimiento informado.
3. Elaboración de una hoja de datos en Microsoft Excel, en la cual se registró los resultados obtenidos de cada una de las encuestas aplicadas así como también la elaboración de gráficos representativos de los resultados.

3.6. Plan de tabulación y análisis

Una vez realizada la recolección de los datos mediante la respectiva encuesta, se procedió a digitar y tabular los datos obtenidos en el software Microsoft Excel 2010.

A los datos obtenidos se los tabulo mediante estadística básica, para posteriormente emplear el mismo software en la realización de las tablas y los gráficos correspondientes.

RESULTADOS

4.1. Variables socio – demográficas.

4.1.1. Sexo.

Tabla 1. Distribución de la población encuestada por sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	24	60%
Mujeres	16	40%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada.



Figura 1. Distribución de la población encuestada por sexo
Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 2. Correlación entre Sexo y Calidad de Vida en pacientes con IRC

Escalas	Masculino	Femenino
Funcionalidad Física	62,92	56,25
Rol Físico	60,42	23,44
Dolor	73,44	50,16
Percepción General de Salud	68,96	59,38
Bienestar Emocional	77,29	61,00
Función Emocional	80,56	54,17
Función Social	80,21	58,59
Energía y Fatiga	73,33	58,13
Síntomas/Lista de Problemas	82,20	57,42
Efectos de la Enfermedad	75,52	59,77
Carga de la Enfermedad	47,92	35,55
Estado Laboral	45,83	46,88
Función Cognitiva	25,00	41,25
Interacción Social	53,61	46,25
Función Sexual	67,19	43,75
Calidad del Sueño	77,50	56,25
Apoyo Social	80,55	78,12
Apoyo del Personal de Diálisis	92,71	93,75
Satisfacción del Paciente	70,83	69,79

Fuente: Encuesta aplicada.

La muestra está compuesta por 40 pacientes de los cuales 24 son hombres que representa el 60%, y 16 mujeres que representa el 40%, además dentro del tiempo previsto para la realización de la investigación estuvieron en dicho tratamiento siete pacientes más quienes no desearon colaborar con el llenado de la encuesta. De acuerdo a los resultados obtenidos se denota que los pacientes de sexo femenino tienen los valores más bajos de calidad de vida que los pacientes varones en casi todos los parámetros evaluados.

4.1.2. Edad.

Tabla 3. Distribución de la población encuestada por edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
25 – 39	5	12,5%
40 – 49	4	10%
50 – 59	10	25%
60 – 69	13	32,5%
70 – 79	5	12,5%
>80	3	7,5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada.

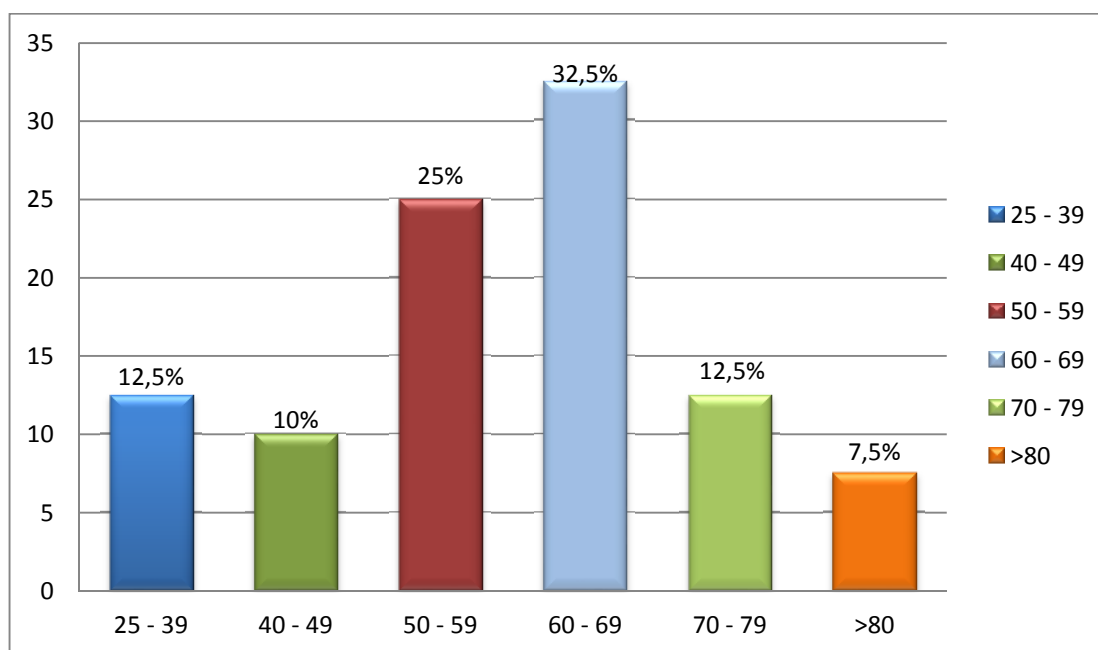


Figura 2. Distribución de la población encuestada por edad.

Fuente: Encuesta Aplicada.

De la población encuestada el paciente más joven tiene 28 años y el de mayor edad 84 años, dentro de los grupos de edad el que mayor porcentaje representa son los pacientes comprendidos entre 60 – 69 años que representan el 32,5%, seguido del grupo de edad comprendido entre 50 – 59 que representan el 25% de la población en total. Mediante esta

distribución se puede evidenciar que la población más afectada por problemas renales y que acude al tratamiento de hemodiálisis es la que se encuentra comprendida entre 50 – 69 años representando el 57,5% de la población total encuestada.

4.1.3. Tiempo de diálisis (meses).

Tabla 4. Tiempo de tratamiento Dialítico (meses).

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
1 – 3	2	5%
4 – 6	15	37,5%
7 – 9	16	40%
10 – 12	7	17,5%
>12	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta Aplicada.

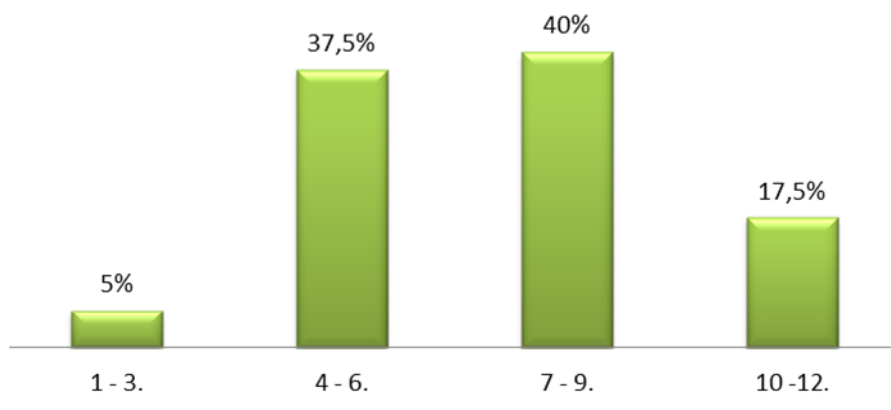


Figura 3. Tiempo de tratamiento Dialítico (meses)

Fuente: Encuesta Aplicada.

Tabla 5. Correlación entre el tiempo de Tratamiento Hemodialítico y Calidad de Vida en pacientes con IRC

Escalas	1 – 3 meses	4 – 6 meses	7 – 9 meses	10 – 12 meses
Funcionalidad Física	47,50	64,67	67,19	38,57
Rol Físico	50,00	46,67	50,00	32,14
Dolor	33,75	62,17	67,50	69,29
Percepción General de Salud	50,00	68,00	70,00	52,14
Bienestar Emocional	32,00	71,73	73,94	72,57
Función Emocional	83,33	64,44	72,92	71,43
Función Social	56,25	64,17	78,13	76,79
Energía y Fatiga	22,50	65,67	73,44	69,29
Síntomas/Lista de Problemas	47,92	70,97	72,92	80,65
Efectos de la Enfermedad	43,75	67,50	71,48	75,00
Carga de la Enfermedad	0,00	45,00	49,22	36,61
Estado Laboral	50,00	53,33	43,75	35,71
Función Cognitiva	43,33	28,44	32,08	33,33
Interacción Social	36,67	54,67	50,00	47,62

Función Sexual	56,25	54,17	63,28	53,57
Calidad del Sueño	50,00	71,50	67,66	72,14
Apoyo Social	91,67	78,89	82,29	71,42
Apoyo del Personal de Diálisis	100,00	89,17	96,88	91,07
Satisfacción del Paciente	83,33	68,89	72,92	64,29

Fuente: Encuesta Aplicada.

Con respecto al tiempo de diálisis que llevan los pacientes en esta Unidad Renal el mayor porcentaje corresponde a personas que llevan dicho tratamiento dentro del rango de 7 – 9 meses consecutivos que representa un 40%, seguido por el grupo de pacientes que llevan de 4 – 6 meses consecutivos que representan un 37,5%. Se puede evidenciar que a pesar de que el tratamiento dialítico conlleva sesiones repetitivas y de largo tiempo ninguno de los pacientes va más allá de los 12 meses de tratamiento, además se puede notar que mientras más tiempo de tratamiento hemodialítico mejores son los estándares de calidad de vida de los pacientes por la aceptación de la terapia e inclusión de la misma a su vida diaria.

4.1.4. Formación académica.

Tabla 6. Formación Académica

Estudios Realizados	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato Incompleto	19	47,5%
Bachillerato Completo	6	15%
Estudios Universitarios Incompletos	5	12,5%
Estudios Universitarios Completos	5	12,5%
Estudios Superiores	5	12,5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta Aplicada.

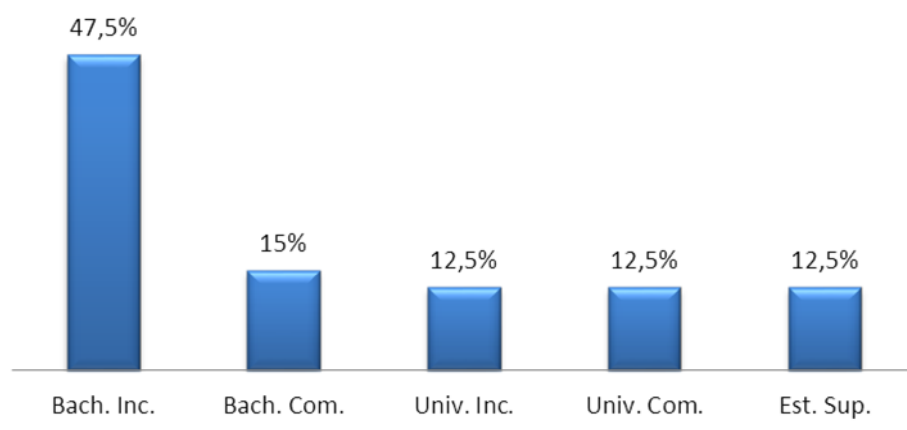


Figura 4. Nivel de Formación Académica.

Fuente: Encuesta Aplicada.

Tabla 7. Correlación entre Escolaridad y Calidad de Vida en pacientes con IRC.

Escalas	Bachillerato Incompleto	Bachillerato Completo	Universidad Incompleta	Universidad Completa	Estudios Superiores
Funcionalidad Física	57,89	58,33	68,00	69,00	55,00
Rol Físico	39,47	37,50	40,00	80,00	50,00
Dolor	61,84	52,50	76,50	65,50	73,00
Percepción General de Salud	64,21	54,17	69,00	73,00	70,00
Bienestar Emocional	68,79	52,00	79,20	80,00	83,20
Función Emocional	61,40	83,33	73,33	73,33	80,00
Función Social	71,05	58,33	72,50	80,00	80,00
Energía y Fatiga	69,47	48,33	78,00	68,00	70,00
Síntomas/Lista de Problemas	67,21	61,46	86,25	80,42	82,50
Efectos de la Enfermedad	67,60	58,33	84,38	74,38	68,13
Carga de la Enfermedad	39,14	10,42	63,75	70,00	48,75
Estado Laboral	26,32	50,00	60,00	60,00	90,00
Función Cognitiva	35,44	44,44	17,33	18,67	28,00
Interacción Social	47,72	36,67	58,67	62,67	58,67
Función Sexual	47,37	39,58	85,00	85,00	65,00
Calidad del Sueño	68,55	61,67	76,00	76,50	65,00
Apoyo Social	76,31	77,77	86,66	86,67	80,00
Apoyo del Personal de Diálisis	91,45	100,00	95,00	92,50	90,00
Satisfacción del Paciente	70,18	66,67	76,67	76,67	63,33

Fuente: Encuesta Aplicada.

Referente al nivel de formación académica 19 pacientes que representan el 47,5% de la muestra no han concluido sus estudios secundarios, 6 de los pacientes que representan el 15% sí han concluido sus estudios secundarios, solo 5 pacientes que representan el 12,5% han culminado sus estudios universitarios y de igual número han realizado estudios superiores. Se ha podido observar que los pacientes con niveles académicos incompletos presentan los promedios de Calidad de Vida más bajos con respecto a los que han alcanzado culminar sus estudios superiores.

4.1.5. Estado civil.

Tabla 8. Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	26	65%
Soltero	14	35%
Viudo/a	0	0%
Unión Libre	0	0%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

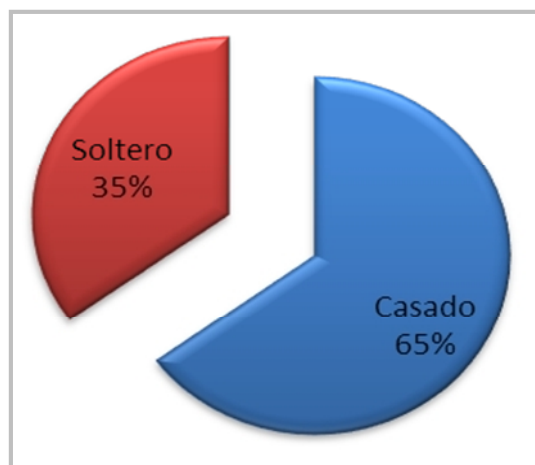


Figura 5. Estado Civil
Fuente: Encuesta Aplicada.

Tabla 9. Correlación entre Estado Civil y Calidad de Vida en pacientes con IRC

Escalas	Soltero	Casado
Funcionalidad Física	65,17	57,31
Rol Físico	55,36	40,38
Dolor	64,11	64,13
Percepción General de Salud	65,00	65,19
Bienestar Emocional	66,00	73,35
Función Emocional	80,95	64,10
Función Social	70,54	72,12
Energía y Fatiga	65,00	68,46
Síntomas/Lista de Problemas	71,88	72,52
Efectos de la Enfermedad	70,09	68,75
Carga de la Enfermedad	42,41	43,27
Estado Laboral	35,71	51,92
Función Cognitiva	30,00	32,31
Interacción Social	50,00	51,03
Función Sexual	62,50	55,29
Calidad del Sueño	67,86	69,62
Apoyo Social	80,95	78,84
Apoyo del Personal de Diálisis	93,75	92,79
Satisfacción del Paciente	77,38	66,67

Fuente: Encuesta Aplicada.

En cuanto al estado civil de los pacientes encuestados, 26 de ellos que representan el 65% son casados, y 14 pacientes que representan el 35% son solteros; se ha evidenciado que los pacientes casados han obtenido menores puntajes en el cuestionario de calidad de vida con respecto a los pacientes solteros.

4.1.6. Personas con las que conviven.

Tabla 10. Personas con las cuales conviven los pacientes.

Con quien Vive	Frecuencia	Porcentaje
Solo	1	2,5%
Esposo/Pareja	23	57,5%
Otros Familiares	16	40%
Otros no Familiares	0	0%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

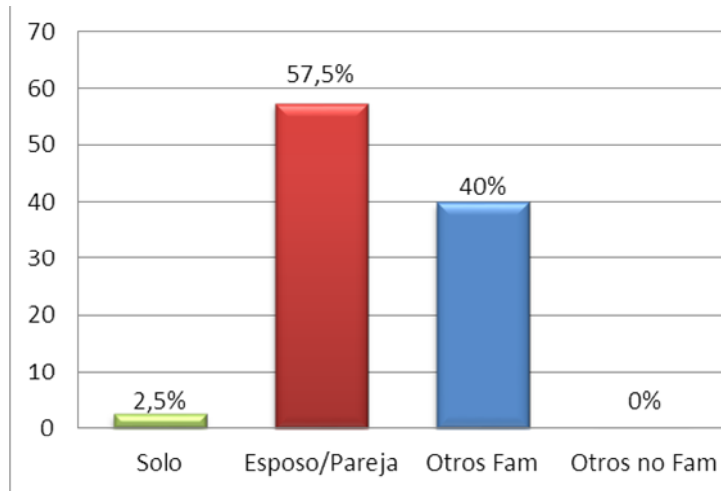


Figura 6. Personas con las cuales convive.

Fuente: Encuesta Aplicada.

Tabla 11. Correlación entre Convivencia y Calidad de Vida en pacientes con IRC

Escalas	Solo	Esposo/Pareja	Otros Familiares
Funcionalidad Física	50,00	58,91	62,81
Rol Físico	100,00	44,57	43,75
Dolor	100,00	66,74	58,13
Percepción General de Salud	65,00	65,87	64,06
Bienestar Emocional	76,00	72,83	67,50
Función Emocional	100,00	69,57	68,75
Función Social	87,50	75,54	64,84
Energía y Fatiga	90,00	69,13	63,13
Síntomas/Lista de Problemas	79,17	74,00	69,40
Efectos de la Enfermedad	81,25	68,89	68,95
Carga de la Enfermedad	0,00	46,47	40,83
Estado Laboral	0,00	54,35	37,50
Función Cognitiva	33,33	27,83	38,67
Interacción Social	33,33	50,72	51,67
Función Sexual	50,00	55,43	61,72
Calidad del Sueño	65,00	70,00	67,81
Apoyo Social	50,00	79,71	81,25
Apoyo del Personal de Diálisis	87,50	94,57	91,41
Satisfacción del Paciente	66,67	68,84	72,92

Fuente: Encuesta Aplicada.

En relación a las personas con las que conviven, el 2,5 % de los pacientes vive solo,

el 57,5% vive en pareja, el 40% reside con otros familiares, aquellos pacientes que viven solos son los que obtuvieron los niveles medios mas bajos de CV en funcion fisica, dolor, percepcion general de salud y carga de la enfermedad, mientras que los que viven con otros familiares o su pareja consiguen los mejores niveles de CV.

4.1.7. Ocupación o actividad.

Tabla 12. Ocupación o Actividad.

Ocupación/Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Tiempo Completo	10	25%
Trabajo Medio Tiempo	7	17,5%
Desempleado	0	0%
Retirado/Jubilado	23	57,5%
Estudiando	0	0%
Ninguna	0	0%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

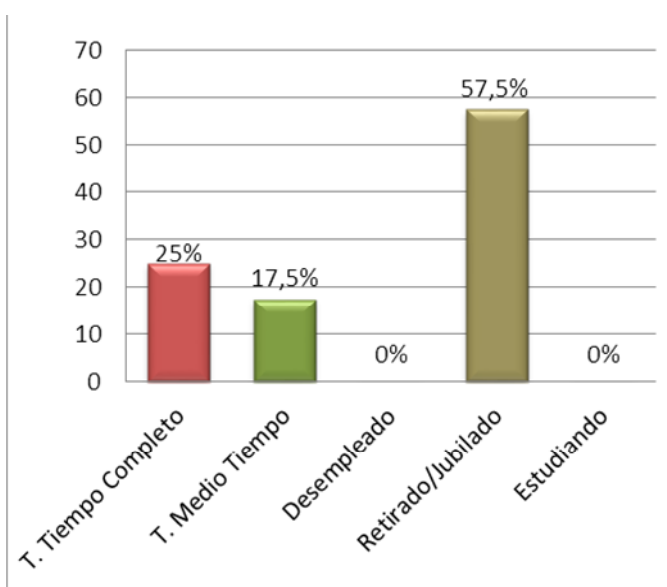


Figura 7. Ocupación o Actividad.

Fuente: Encuesta Aplicada.

En relación a la actividad o trabajo que desempeñan los pacientes encuestados 10 de ellos que representan el 25% poseen trabajo a tiempo completo, 7 pacientes que representan el 17,5% poseen un trabajo a medio tiempo, mientras que 23 pacientes que representan el 57,5% son personas jubiladas.

4.1.8. Tipo de seguro médico.

Tabla 13. Seguro Médico.

Seguro Medico	Frecuencia	Porcentaje
General IESS	34	85%
Campesino IESS	5	12,5%
Privado	1	2,5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

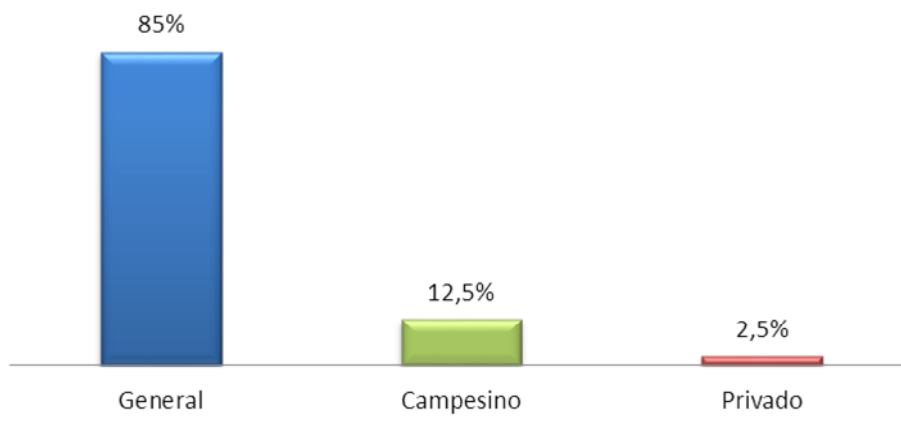


Figura 8. Seguro Médico.

Fuente: Encuesta Aplicada.

Referente al tipo de Seguro Médico que poseen los pacientes 34 de ellos que representan el 85% poseen Seguro General del IESS, 5 pacientes que representan el 5% poseen Seguro Campesino del IESS, y 1 de los pacientes que representa el 2,5% posee seguro particular. El tipo de aseguramiento médico influye directamente en la Calidad de Vida y acceso al tratamiento dialítico ya que a través de los diferentes convenios estos pacientes pueden acceder a Unidades de Diálisis para el tratamiento sustitutivo sin ninguna repercusión económica para él o sus familias.

4.1.9. Ingresos económicos mensuales.

Tabla 14. Ingresos Económicos Mensuales

Ingreso Mensual	Frecuencia	Porcentaje
<200	8	20%
201 - 500	13	32,5%
501 - 800	11	27,5%
801 - 1000	4	10%
>1001	4	10%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

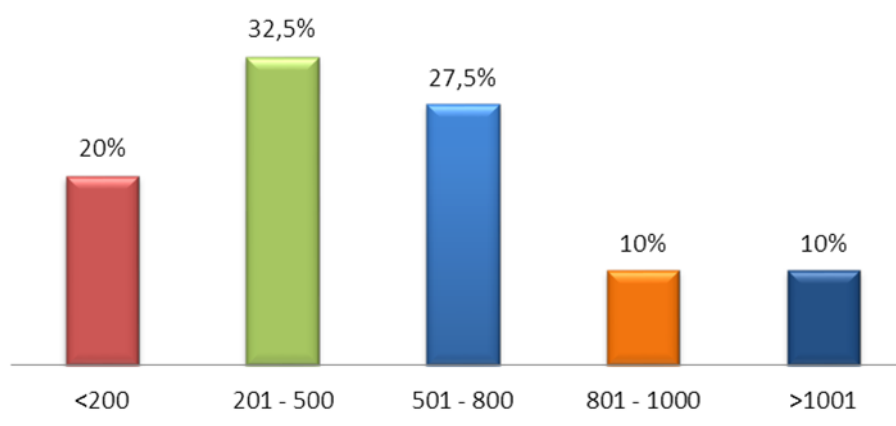


Figura 9. Ingresos Mensuales
Fuente: Encuesta Aplicada.

Con respecto a los ingresos económicos mensuales de los pacientes encuestados 13 de ellos que representan el 32,5% obtienen un ingreso entre 201 – 500 dólares mensuales, de igual manera 11 de los pacientes que representan el 27,5% obtienen un ingreso entre 501 – 800 dólares, estos dos grupos obtienen sus ingresos en base a las pensiones jubilares por parte el IESS. El ingreso económico influye en la calidad de vida por ser un medio necesario para la manutención familiar y adquisición de medicamentos para el tratamiento de las diferentes enfermedades que presentan estos pacientes.

4.2. Aspectos generales de la enfermedad renal.

4.2.1. Apreciación de función o funcionalidad física.

Tabla 1. Función Física

Función Física	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	27	67,5%
Por debajo del promedio	13	32,5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

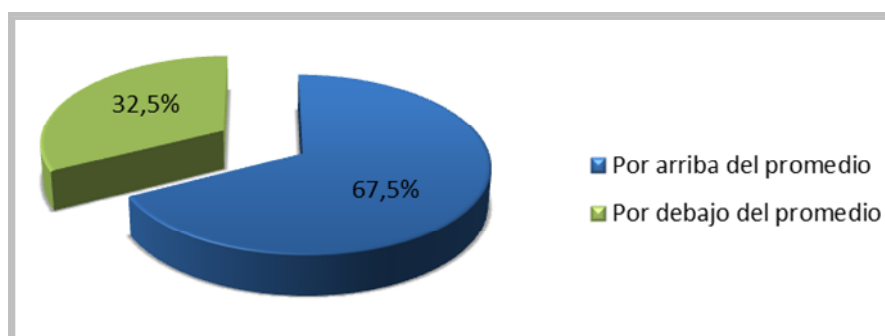


Figura 1. Función Física.
Fuente: Encuesta Aplicada.

Referente a la Función Física se evalúa actividades cotidianas como caminar, correr, levantar objetos, subir escaleras, bañarse o vestirse por sí mismo con una escala de puntaje determinada para cada respuesta, en la cual el promedio a obtener es de 51,83 puntos; de los pacientes encuestados el 67% de ellos que representan a 27 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 33% que representan 13 pacientes se encuentran por debajo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 60,25 puntos con una desviación estándar de 25,44 que se encuentra por arriba del promedio, evidenciándose una buena función física tomando en cuenta el promedio general.

4.2.2. Rol físico.

Tabla 2. Rol Físico.

Rol Físico	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	19	47,5%
Por debajo del promedio	21	52,5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

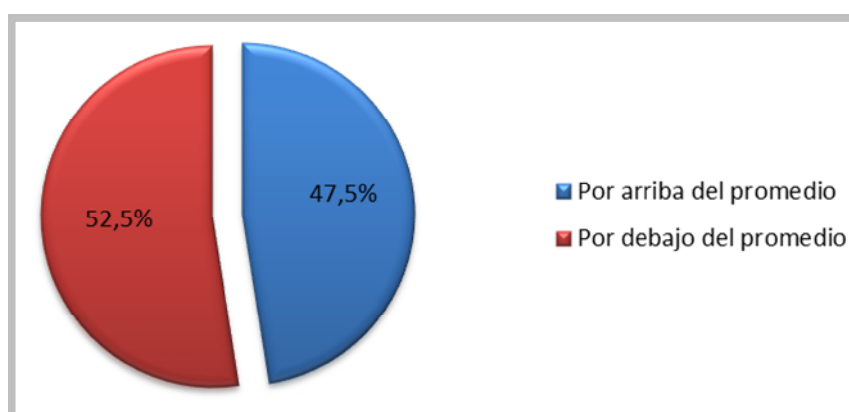


Figura 2. Rol Físico

Fuente: Encuesta Aplicada.

Referente a Rol Físico se evalúa el tiempo dedicado a las actividades cotidianas, el esfuerzo empleado y las dificultades físicas para realizarlas con una escala de puntaje determinada para cada respuesta, en la cual el promedio a obtener es de 32,46 puntos; de los pacientes encuestados el 53% de ellos que representan a 21 pacientes se encuentran por debajo del promedio determinado y el 47% que representan 19 pacientes se encuentran por arriba del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 45,63 puntos con una desviación estándar de 39,58 que se encuentra por arriba del promedio, evidenciándose que la mayor cantidad de pacientes les toma más tiempo que el acostumbrado realizar tareas cotidianas

lo cual conlleva a que presenten malestar y cambios anímicos negativos. Además por el alto puntaje de la desviación estándar los resultados tanto mínimos como máximos están muy distantes del promedio obtenido.

4.2.3. Dolor.

Tabla 3. Dolor.

Dolor	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	24	60%
Por debajo del promedio	16	40%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

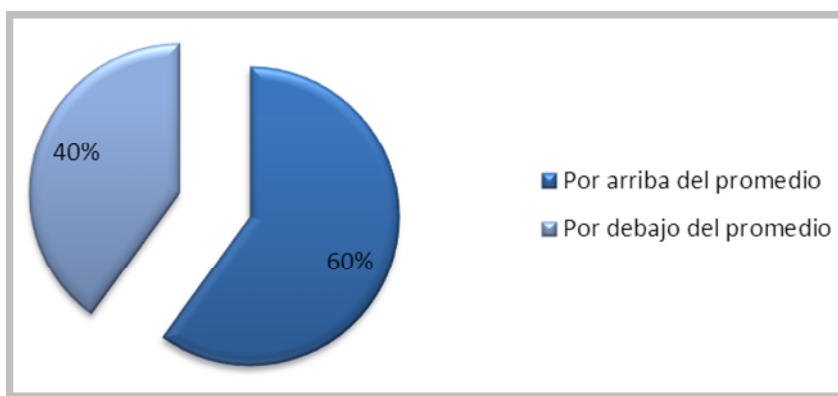


Figura 3. Dolor

Fuente: Encuesta Aplicada

Con respecto a la percepción del Dolor se evaluó la presencia de dolor en las últimas 4 semanas y si este ha influido en las actividades diarias tanto dentro como fuera de casa, está valorada en una escala de puntaje determinada para cada respuesta, en la cual el promedio a obtener es de 60,40 puntos; de los pacientes encuestados el 60% de ellos que representan a 24 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 40% que representan 16 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 64,13 puntos con una desviación estándar de 26,21 que se encuentra por arriba del promedio, evidenciándose que la presencia de dolor corporal no ha incidido en el desempeño laboral ni cotidiano de los pacientes. Además con el valor de la desviación estándar los valores bajos no representan una incapacidad total para la realización de tareas por parte de la población que se encuentra por debajo del promedio.

4.2.4. Percepción general de salud.

Tabla 4. Percepción General de Salud.

Percepción de Salud	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	34	85%
Por debajo del promedio	6	15%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

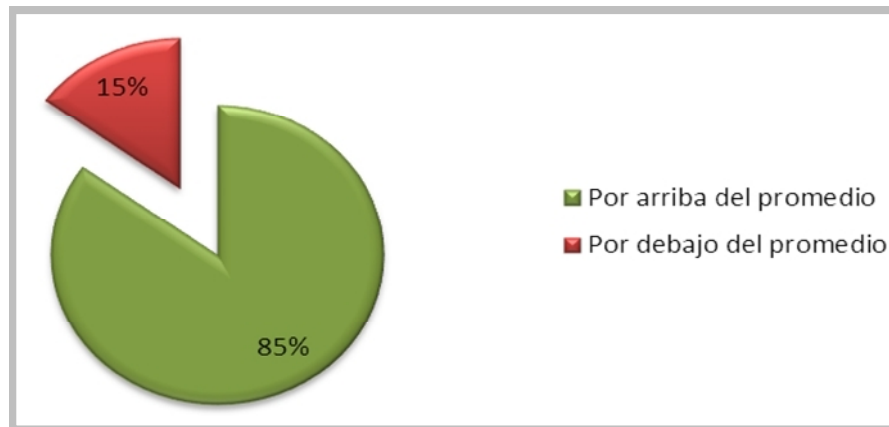


Figura 4. Percepción General de Salud.
Fuente: Encuesta Aplicada.

Referente a la Percepción General de Salud se evaluó la percepción general acerca de cómo se sienten en el ámbito de salud. Estas respuestas están valoradas en una escala de puntaje determinada para cada respuesta, en la cual el promedio a obtener es de 42,88 puntos; de los pacientes encuestados el 85% de ellos que representan a 34 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 15% que representan 6 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 65,13 puntos con una desviación estándar de 18,38 que se encuentra por arriba del promedio. Este resultado evidencia que a pesar de poseer una enfermedad crónica y estar sometidos a tratamiento sustitutivo de diálisis los pacientes perciben un estado general de salud entre bueno y muy bueno, lo cual conlleva a un apego al tratamiento y una visión positiva del mismo.

4.2.5. Bienestar emocional.

Tabla 5. Bienestar Emocional

Bienestar Emocional	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	24	60%
Por debajo del promedio	16	40%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

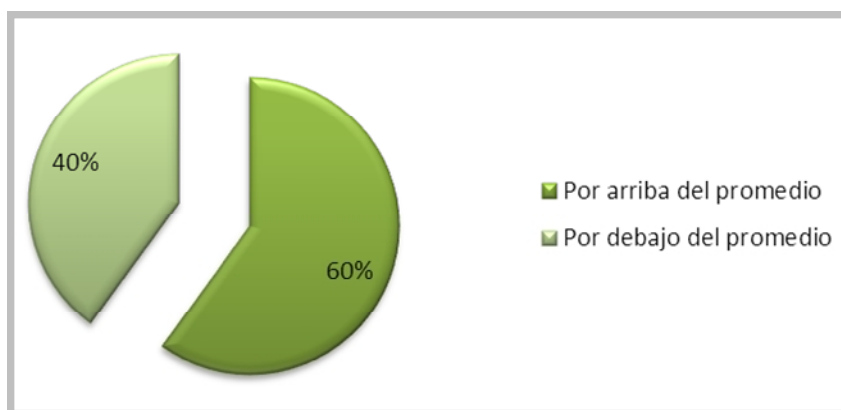


Figura 5. Bienestar Social
Fuente: Encuesta Aplicada.

El aspecto referente a Bienestar Emocional evalúa el estado de ánimo del paciente así como también su estado de energía e influencia en la moral del mismo, de acuerdo a la escala de puntaje determinada para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 69,54 puntos; de los pacientes encuestados el 60% de ellos que representan a 24 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 40% que representan 16 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 70,78 puntos con una desviación estándar de 19,60 que se encuentra por arriba del promedio. Este resultado nos demuestra que el impacto psicológico del diagnóstico de la enfermedad y su posterior tratamiento no ha influido de manera negativa sobre los mismos, estos han llegado a aceptar su enfermedad y sentir que el tratamiento establecido está dando resultados positivos.

4.2.6. Función emocional.

Tabla 6. Función Emocional

Función Emocional	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	29	72,5%
Por debajo del promedio	11	27,5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

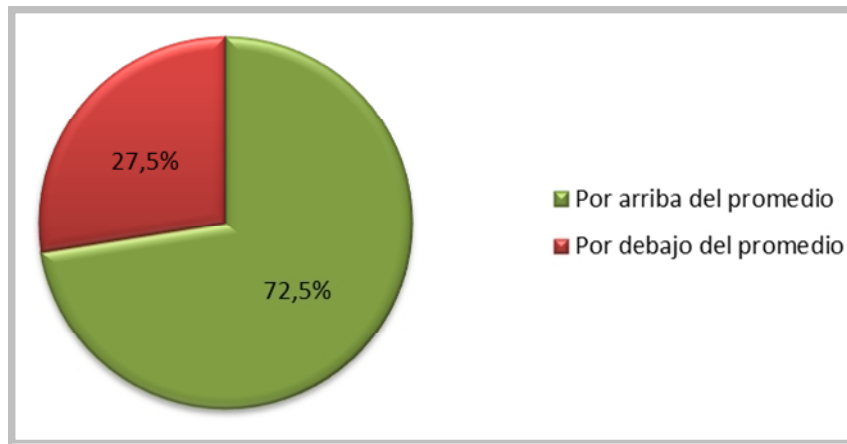


Figura 6. Función Emocional

Fuente: Encuesta Aplicada.

Referente a la Función Emocional se evalúa el estado de ánimo del paciente relacionado con el trabajo y las tareas cotidianas así como el tiempo que ocupa para realizarlas, de acuerdo a la escala de puntaje determinada para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 57,76 puntos; de los pacientes encuestados el 72% de ellos que representan a 29 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 28% que representan 11 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 70,00 puntos con una desviación estándar de 40,61 que se encuentra por arriba del promedio. El alto valor de la desviación estándar demuestra una amplia diferencia entre el promedio y los resultados tanto alto como bajo, además se evidencia que en el mayor porcentaje de los encuestados no existe la correlación entre la afección moral o psicológica de la enfermedad sobre el paciente con respecto al trabajo que desempeñan.

4.2.7. Función social.

Tabla 7. Función Social

Función Social	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	26	65%
Por debajo del promedio	14	35%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

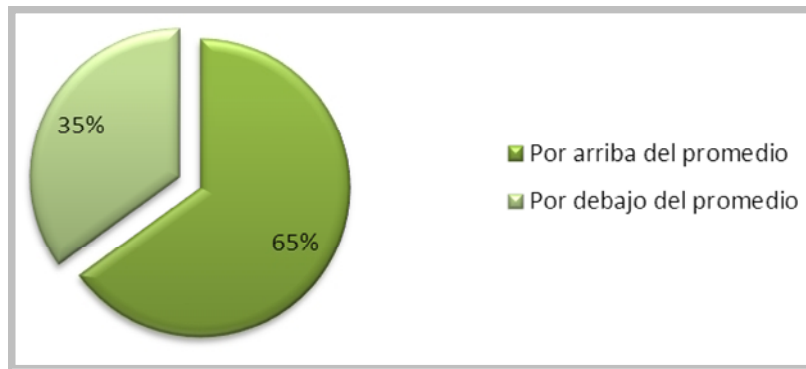


Figura 7. Función Social
Fuente: Encuesta Aplicada.

Referente a la Función Social en este ítem se evalúa el grado en el que la enfermedad renal afecta la función social como visitar amigos o parientes tanto problemas físicos como problemas psicológicos, de acuerdo a la escala de puntaje determinada para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 63,57 puntos; de los pacientes encuestados el 65% de ellos que representan a 26 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 35% que representan 14 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 71,56 puntos con una desviación estándar de 25,32 que se encuentra por arriba del promedio. De acuerdo a los resultados obtenidos la enfermedad renal y todos los problemas que conllevan esta patología no impide que los pacientes lleven una vida social aceptable mediante la visita tanto a amigos como a familiares.

4.2.8. Energía y fatiga.

Tabla 8. Energía y Fatiga

Energía/Fatiga	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	33	82,5%
Por debajo del promedio	7	17,5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

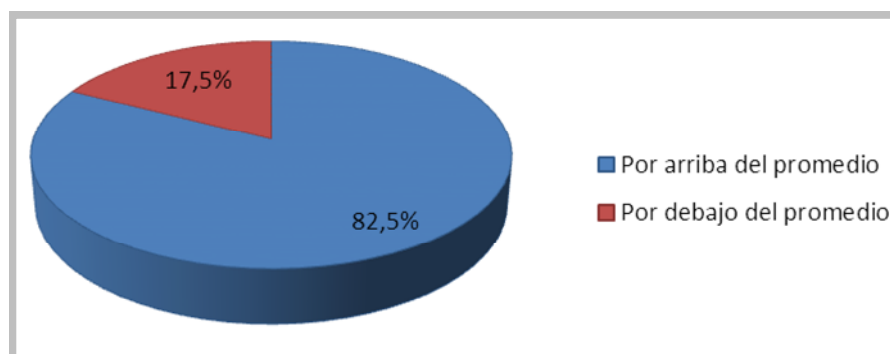


Figura 8. Energía y Fatiga
Fuente: Encuesta Aplicada

Con respecto a el sentimiento de Energía y Fatiga se evalúa si el paciente se ha sentido sumamente cansado o con bastante energía luego del tratamiento dialítico y en sus días posteriores, de acuerdo a la escala de puntaje determinada para cada respuesta el promedio a obtenerse es de 45,89 puntos; de los pacientes encuestados el 82,5% de ellos que representan a 33 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 17,5% que representan 7 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 67,25 puntos con una desviación estándar de 20,85 que se encuentra por arriba del promedio. De acuerdo a los resultados obtenidos y a comentarios de los propios pacientes luego del tratamiento dialítico sienten fatiga por el tiempo invertido en el proceso, pero luego del mismo vuelven a sus actividades diarias sin ningún problema lo cual se refleja en los puntajes obtenidos.

4.3. Aspectos específicos de la enfermedad renal.

4.3.1. Acerca de los síntomas y problemas que conlleva la enfermedad renal.

Tabla 1. Síntomas y Problemas

Síntomas/Problemas	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	21	52,5%
Por debajo del promedio	19	47,5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

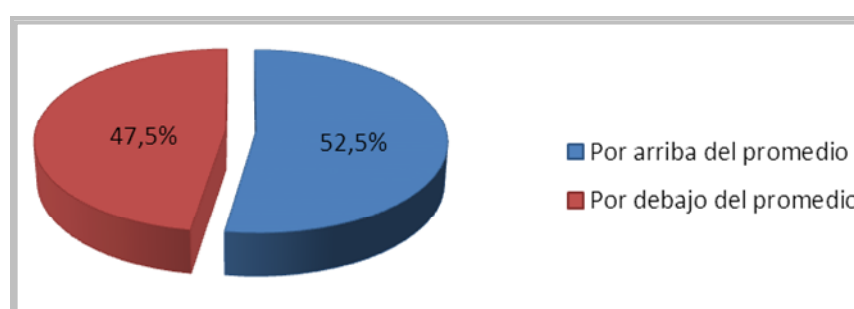


Figura 1. Síntomas y Problemas

Fuente: Encuesta Aplicada.

En este ítem se evalúan la presencia síntomas y problemas que se presentan en la Enfermedad Renal tales como dolores musculares, calambres, picores de la piel, desmayos, falta de apetito, náuseas, etc., a estos se los ha incluido en una escala y se los ha evaluado de acuerdo un puntaje determinada para cada respuesta el promedio a obtenerse es de 71,21 puntos; de los pacientes encuestados el 52,5% de ellos que representan a 21 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 47,5% que representan 19 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es

de 72,29 puntos con una desviación estándar de 15,83 que se encuentra casi igual al promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos no hay mucha diferencia entre ambos grupos, todos ellos han experimentado uno o varios de los síntomas antes descritos ya sea en mayor o menor cantidad, además por el valor relativamente bajo de la desviación estándar las respuestas no varían mucho entre los pacientes.

4.3.2. Efectos de la enfermedad renal en los pacientes.

Tabla 2. Efectos de la Enfermedad Renal

Efectos de la Enfermedad	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	32	80%
Por debajo del promedio	8	20%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

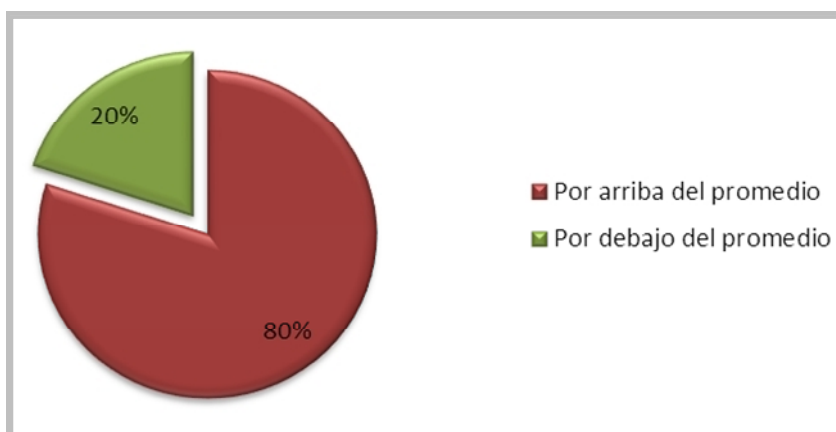


Figura 2. Efectos de la Enfermedad Renal

Fuente: Encuesta Aplicada.

En este ítem se evalúan las diferentes limitaciones en el estilo de vida de un paciente con Insuficiencia Renal tales como limitaciones en la ingesta de líquidos, limitaciones dietéticas, limitaciones físicas, capacidad para viajes, dependencia de terceras personas, desempeño personal y aspecto físico; así como también el impacto de las mismas en dichos pacientes, las respuestas se han evaluado de acuerdo a un puntaje determinado para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 57,30 puntos; de los pacientes encuestados el 80% de ellos que representan a 32 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 20% que representan 8 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 69,22 puntos con una desviación estándar de 16,01 que se encuentra por arriba del promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos las diferentes limitaciones y restricciones tanto dietéticas como sociales y laborales no han impactado de manera negativa sobre la calidad de vida de los pacientes ya que estos lo han aceptado de la mejor manera en pos de su propio bienestar y mejorar el resultado del tratamiento.

4.3.3. Carga de la enfermedad.

Tabla 3. Carga de la Enfermedad

Carga de la Enfermedad	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	18	45%
Por debajo del promedio	22	55%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

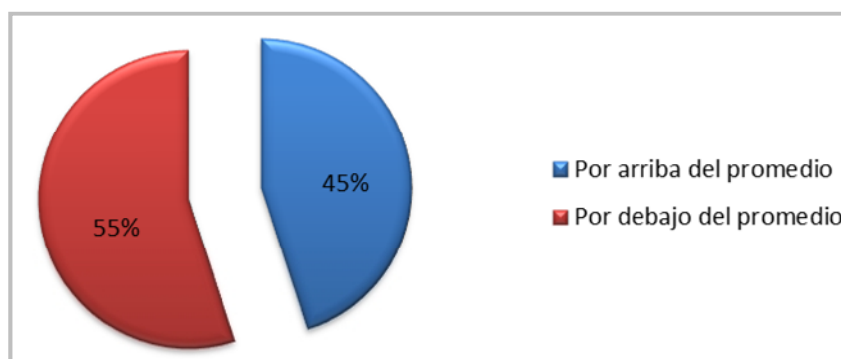


Figura 3. Carga de la Enfermedad Renal

Fuente: Encuesta Aplicada

En este ítem se evalúa como se siente cada uno de los pacientes respecto a su enfermedad, al tiempo que le ocupa el tratamiento y el impacto sobre su familia, las respuestas se han evaluado de acuerdo a un puntaje determinado para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 49,62 puntos; de los pacientes encuestados el 55% de ellos que representan a 22 pacientes se encuentran por debajo del promedio determinado y el 45% que representan 18 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 42,97 puntos con una desviación estándar de 33,89 que se encuentra por debajo del promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos los pacientes sienten que a través de su enfermedad y el tratamiento son una carga para su familia lo cual conlleva a sentimientos negativos y depresión, además por el tiempo que conlleva la realización del tratamiento refieren que no les da tiempo para el resto de sus actividades diarias. En conjunto los pacientes sienten que la enfermedad es una carga para su vida diaria y desempeño cotidiano.

4.3.4. Estado laboral.

Tabla 4. Estado Laboral

Estado Laboral	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	25	62,5%
Por debajo del promedio	15	37,5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

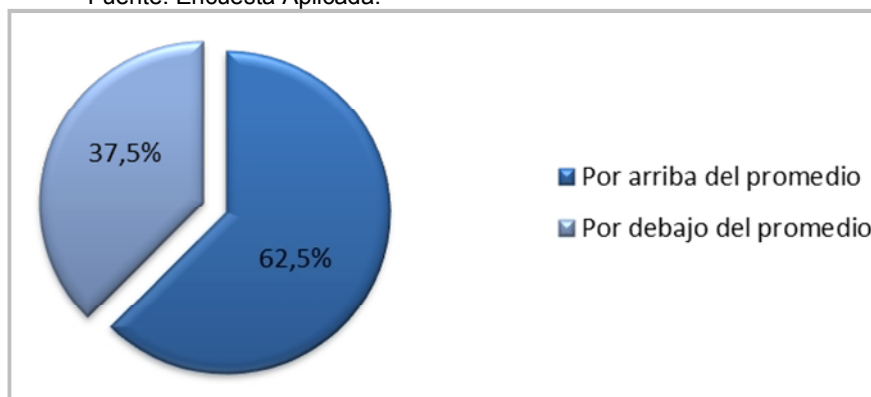


Figura 4. Estado Laboral.

Fuente: Encuesta Aplicada.

Con respecto a estado laboral se evalúa si el paciente ha realizado trabajo remunerado en el último mes y si su estado de salud ha impedido el mismo, las respuestas se han evaluado de acuerdo a un puntaje determinado para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 25,26 puntos; de los pacientes encuestados el 62,5% de ellos que representan a 25 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 37,5% que representan 15 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 46,25 puntos con una desviación estándar de 41,43 que se encuentra por arriba del promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos la mayor parte de pacientes ha realizado algún tipo de trabajo remunerado en el cual su estado de salud no ha sido un impedimento para el mismo, el 37,5% de los pacientes que no ha realizado trabajos son aquellos mayores de 60 años y que actualmente están jubilados.

4.3.5. Función cognitiva.

Tabla 5. Función Cognitiva

Función Cognitiva	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	3	7,5%
Por debajo del promedio	37	92,5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

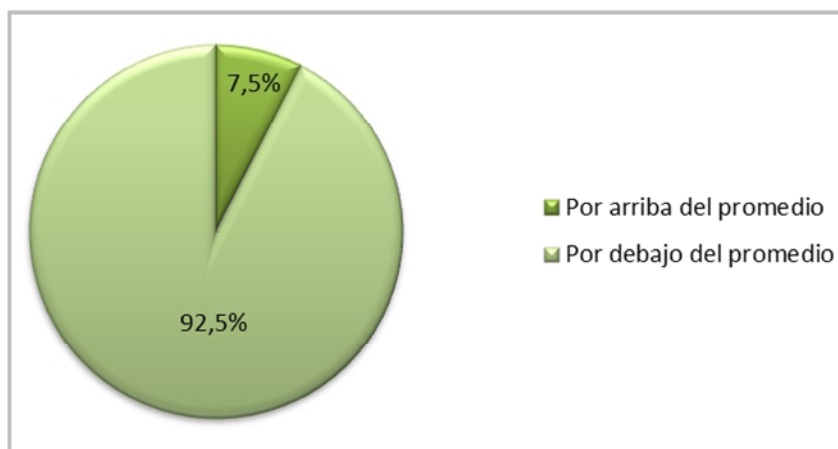


Figura 5. Función Cognitiva
Fuente: Encuesta Aplicada.

Referente a la Función Cognitiva se evalúa la capacidad de concentración al realizar tareas intelectuales y orientación, las respuestas se han evaluado de acuerdo a un puntaje determinado para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 79,11 puntos; de los pacientes encuestados el 92,5% de ellos que representan a 37 pacientes se encuentran por debajo del promedio determinado y el 7,5% que representan 3 pacientes se encuentran por arriba del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 31,50 puntos con una desviación estándar de 25,13 que se encuentra por debajo del promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos la mayor parte de pacientes 92,5% tienen cierto tipo de dificultad al momento de realizar tareas intelectuales y de concentración, además refieren sentirse desorientados en tiempo y espacio la mayor parte del tiempo antes o después de someterse al tratamiento dialítico. La dificultad para concentrarse y el tiempo de respuesta se pudieron evaluar mediante la aplicación de la encuesta, el tiempo para el llenado de la misma es de 15 minutos, en la cual los pacientes pudieron llenarla entre 30 y 45 minutos respectivamente.

4.3.6. Interacción social.

Tabla 6. Interacción Social

Interacción Social	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	0	0%
Por debajo del promedio	40	100%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

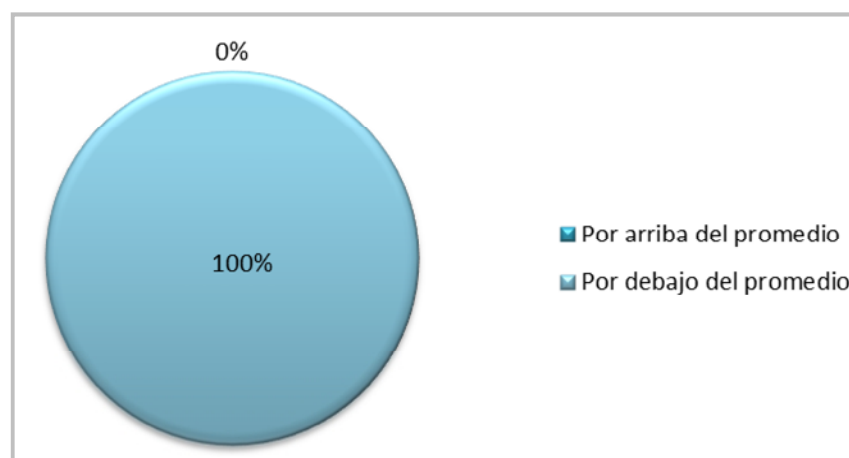


Figura 6. Interacción Social
Fuente: Encuesta Aplicada.

Referente a la Interacción Social se evalúa el aislamiento personal, irritabilidad y la capacidad de hacer amistades con las personas que reciben diálisis en el mismo horario y día, las respuestas se han evaluado de acuerdo a un puntaje determinado para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 76,65 puntos, en el caso de esta pregunta a menor puntaje mejor ha sido la interrelación personal que las personas que le rodean al paciente tanto familiares como otros pacientes; de los pacientes encuestados el 100% de ellos que representan a 40 pacientes se encuentran por debajo del promedio determinado. Globalmente la puntuación alcanzada es de 50,67 puntos con una desviación estándar de 17,79 que se encuentra por debajo del promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos todos los pacientes encuestados muestran cierto grado de apego a las personas que se realizan diálisis en el mismo horario y día, mostrando una gran capacidad de hacer nuevas amistades y hacer frente a la enfermedad de una manera colectiva.

4.3.7. Función sexual.

Tabla 7. Función Sexual

Función Sexual	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	18	45%
Por debajo del promedio	22	55%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

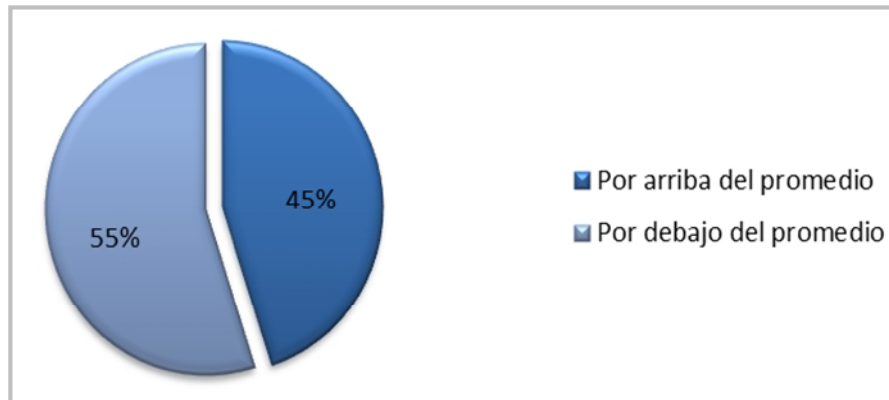


Figura 7. Función Sexual.
Fuente: Encuesta Aplicada

Dentro del ítem Función Sexual se evalúa la capacidad de disfrutar de su vida sexual así como la excitación sexual, las respuestas se han evaluado de acuerdo a un puntaje determinado para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 69,30 puntos; de los pacientes encuestados el 55% de ellos que representan a 22 pacientes se encuentran por debajo del promedio determinado y el 45% que representan 18 pacientes se encuentran por arriba del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 57,81 puntos con una desviación estándar de 34,17 que se encuentra por debajo del promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos la mayor parte de pacientes 55% tienen cierto tipo de dificultad al momento de disfrutar de su vida sexual así como también de excitarse sexualmente, refieren además falta de la libido al momento de estar con su pareja. El 45% de pacientes que están por arriba del promedio también refieren cierto grado de dificultad al momento de la excitación lo cual no conlleva a un problema por la comprensión de su pareja.

4.3.8. Calidad del sueño.

Tabla 8. Calidad del Sueño.

Calidad del Sueño	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	26	65%
Por debajo del promedio	14	35%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

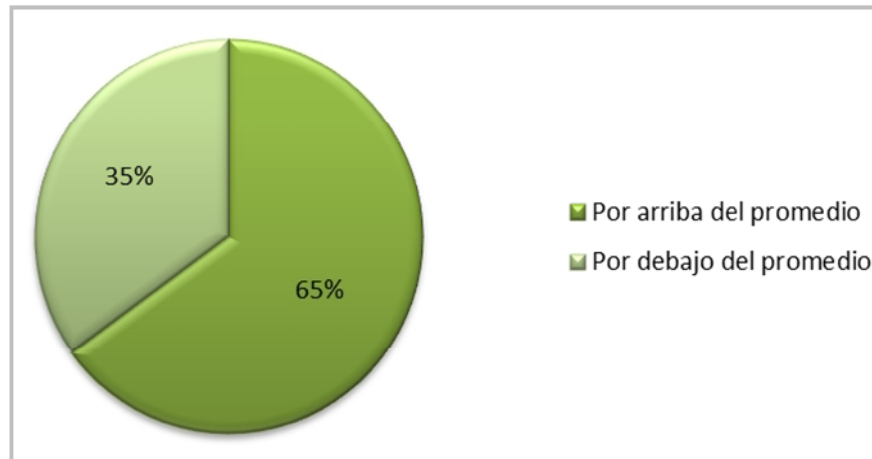


Figura 8. Calidad del Sueño
Fuente: Encuesta Aplicada.

Dentro del ítem Calidad del Sueño se evalúa la calidad del sueño, la capacidad de conciliar el sueño, el tiempo de descanso y el cansancio durante el día, las respuestas se han evaluado de acuerdo a un puntaje determinado para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 60,68 puntos; de los pacientes encuestados el 65% de ellos que representan a 26 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 35% que representan 14 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 69,00 puntos con una desviación estándar de 22,90 que se encuentra sobre el promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos la mayor parte de pacientes 65% tienen buena calidad de sueño, descansan lo suficiente durante la noche, no presentan dificultad para conciliar el sueño y no les cuesta mantenerse despiertos durante el día; el 35% de los pacientes presentan gran dificultad para conciliar el sueño durante la noche lo cual conlleva a que durante el día presenten cansancio lo cual afecta en su desempeño laboral y social.

4.3.9. Apoyo y soporte social.

Tabla 9. Apoyo y Soporte Social

Apoyo Social	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	35	87,5%
Por debajo del promedio	5	12,5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

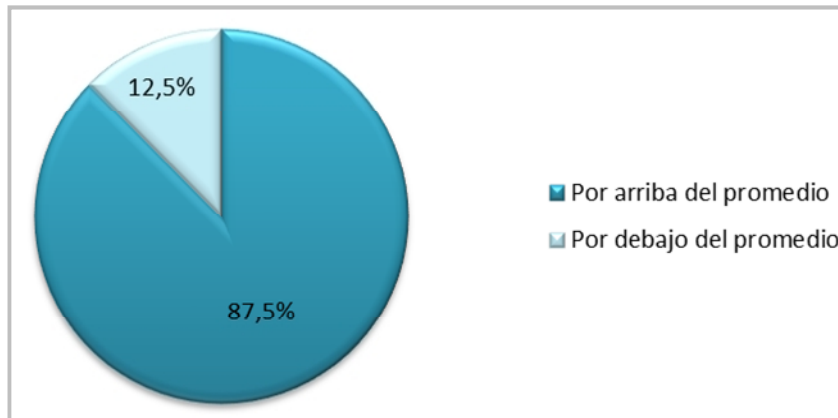


Figura 9. Apoyo y Soporte Social
Fuente: Encuesta Aplicada.

Dentro del ítem Apoyo y Soporte Social se evalúa el tiempo que tiene el paciente para estar con su familia y el apoyo que le dan tanto la familia como los amigos, las respuestas se han evaluado de acuerdo a un puntaje determinado para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 64,61 puntos; de los pacientes encuestados el 87,5% de ellos que representan a 35 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 12,5% que representan 5 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 79,58 puntos con una desviación estándar de 18,68 que se encuentra sobre el promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos la mayor parte de pacientes 87,5% refieren tener buen apoyo por parte de sus familiares y amigos referente a su enfermedad los cuales pasan al tanto de su tratamiento, días en que tiene que acudir a diálisis, y modificaciones en su estilo de vida para realizarlos de la mejor manera posible.

4.3.10. Estimulo del equipo de diálisis.

Tabla 10. Apoyo del Equipo Médico de Diálisis

Apoyo del Personal de Diálisis	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	38	95%
Por debajo del promedio	2	5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

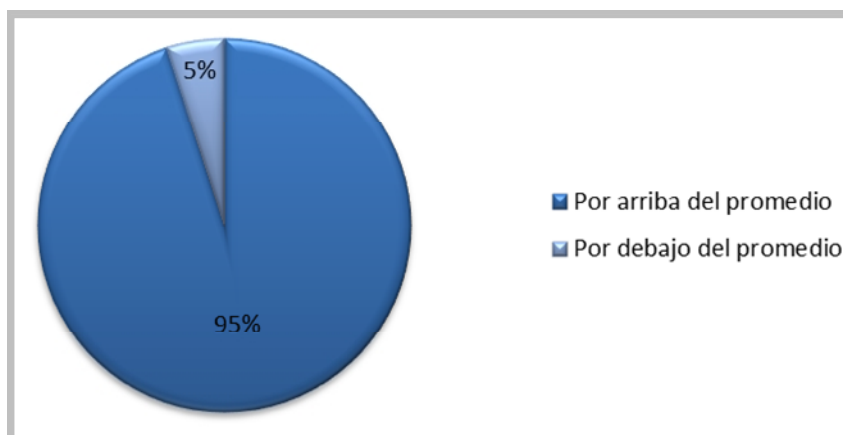


Figura 10. Apoyo del Equipo Médico de Diálisis.

Fuente: Encuesta Aplicada

Referente al Apoyo por parte del Equipo de Diálisis se evalúa el apoyo que les demuestran el equipo médico para hacer frente a la enfermedad, los deseos de independencia y la preocupación por su bienestar, las respuestas se han evaluado de acuerdo a un puntaje determinado para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 69,90 puntos; de los pacientes encuestados el 95% de ellos que representan a 38 pacientes se encuentran por arriba del promedio determinado y el 5% que representan 2 pacientes se encuentran por debajo del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 93,13 puntos con una desviación estándar de 13,26 que se encuentra sobre el promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos la mayor parte de pacientes 95% refieren sentirse satisfechos con la atención brindada por esta Unidad Renal por el seguimiento tanto medico como psicológico que se les realiza y la preocupación que muestra el equipo médico por su salud y bienestar.

4.3.11. Satisfacción del paciente con la atención recibida.

Tabla 11. Satisfacción del Paciente

Satisfacción del Paciente	Frecuencia	Promedio
Por arriba del promedio	15	37,5%
Por debajo del promedio	25	62,5%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

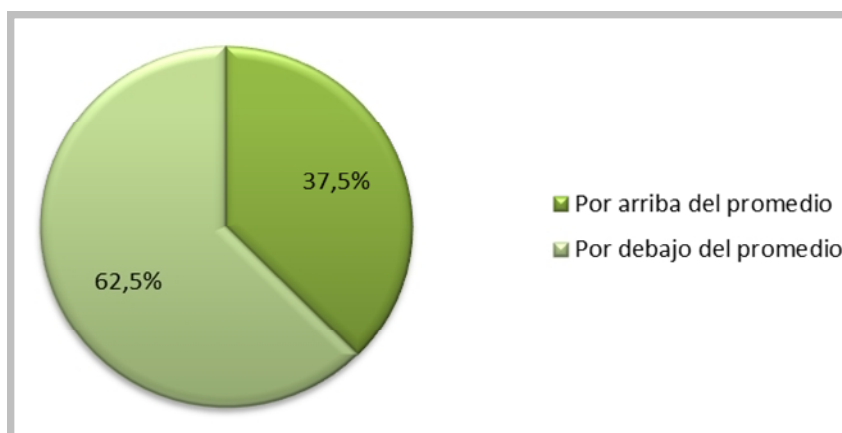


Figura 11. Satisfacción del Paciente
Fuente: Encuesta Aplicada.

Con respecto a la Atención que recibe en la Diálisis se evalúa el grado de satisfacción, amabilidad e interés que muestran hacia el paciente, las respuestas se han evaluado de acuerdo a un puntaje determinado para cada respuesta, el promedio a obtenerse es de 71,38 puntos; de los pacientes encuestados el 62,5% de ellos que representan a 25 pacientes se encuentran por debajo del promedio determinado y el 37,5% que representan 15 pacientes se encuentran por arriba del mismo. Globalmente la puntuación alcanzada es de 70,42 puntos con una desviación estándar de 18,29 que se encuentra por debajo del promedio determinado. De acuerdo a los resultados obtenidos la mayor parte de pacientes han calificado la atención de la Unidad Renal entre buenos y muy buenos lo cual representa el 62,5% de los pacientes, el 37,5% califican la atención como excelente por parte de esta Unidad.

4.3.12. Causas de la enfermedad renal.

Tabla 12. Causas de la Enfermedad Renal

Causas de Enfermedad del Riñón	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	8	20%
Hipertensión Arterial	12	30%
Diabetes Mellitus	14	35%
Enfermedad Poliquística Renal	3	7,5%
Glomerulonefritis	2	5%
Pielonefritis	1	2,5%
Otras	0	0%
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

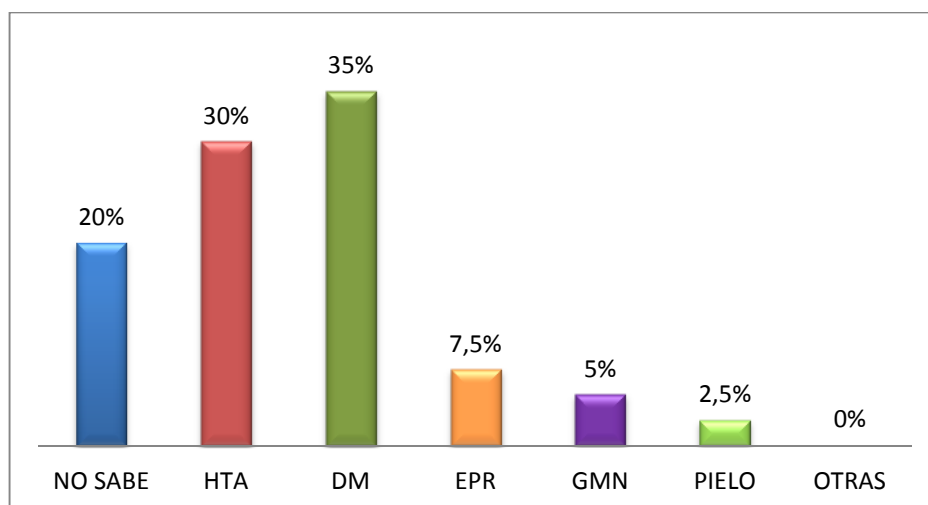


Figura 12. Causas de Enfermedad Renal
Fuente: Encuesta Aplicada.

Tabla 13. Correlación entre Causas de la Enfermedad Renal y Calidad de Vida en pacientes con IRC

Escalas	Diabetes Mellitus	Hipertensión Arterial
Funcionalidad Física	56,79	68,75
Rol Físico	32,14	56,25
Dolor	65,54	66,88
Percepción General de Salud	63,93	72,50
Bienestar Emocional	70,86	69,33
Función Emocional	71,43	66,67
Función Social	69,64	78,13
Energía y Fatiga	72,14	65,83
Síntomas/Lista de Problemas	68,01	74,31
Efectos de la Enfermedad	68,75	69,01
Carga de la Enfermedad	39,29	47,92
Estado Laboral	39,29	58,33
Función Cognitiva	31,43	36,67
Interacción Social	50,00	52,22
Función Sexual	37,50	73,96
Calidad del Sueño	61,43	78,96
Apoyo Social	76,19	88,89
Apoyo del Personal de Diálisis	94,64	90,63
Satisfacción del Paciente	73,81	75,00

Fuente: Encuesta Aplicada.

Con respecto a las causas o enfermedad de base que evolucionaron a Insuficiencia Renal tenemos que la Diabetes Mellitus es la más alta en frecuencia con un 35% que representa a 14 personas, seguido por la Hipertensión Arterial con un 30% que representa a 12 personas. Uno de los aspectos llamativos de los resultados es que 8 personas que representan un 20% desconocen la causa principal por la cual se encuentran en Diálisis; el resto de pacientes se encuentran distribuidos en 7,5% de los pacientes tienen Enfermedad Poliquística Renal, el 5% con Glomerulonefritis y el 2,5% con Pielonefritis. Además se puede evidenciar que los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tienen puntajes más bajos

de Calidad de Vida en todos los parámetros con respecto a los pacientes con Hipertensión Arterial.

DISCUSIÓN

Los pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de hemodiálisis llevan una vida muy difícil. De hecho, dependen irremediablemente de una máquina, de personal especializado, del curso de la misma enfermedad que produjo la insuficiencia renal crónica, del grado de soporte familiar y social, de la dieta rigurosa, problemas con su función sexual, una esperanza de vida no muy alentadora y problemas laborales. Por si esto fuera poco, en ocasiones padecen enfermedades agregadas por el mismo proceso de hemodiálisis, como las infecciones de catéter de hemodiálisis, la exacerbación de secuelas de cardiopatía isquémica, la hepatitis viral, el VIH, la depresión o las alteraciones psiquiátricas psicóticas, en relación con la CV, se encontró un alto porcentaje de personas con puntuaciones sobre el valor referencial (escala de 0 a 100 puntos) del instrumento Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™).

La historia natural de la enfermedad en el aspecto físico, mental y de satisfacción personal del paciente con insuficiencia renal crónica declina en un término de 24 a 30 meses para llegar a la muerte en 10%; en este momento y posteriormente aumenta a un riesgo relativo de muerte igual a 2.07 por cada diez puntos que baja en cada rubro del Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™).

Los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis son una carga emocional, económica y social para los familiares y para las instituciones de salud en el ámbito económico y administrativo. El diferente concepto de calidad de vida para el paciente, el médico tratante y, sobre todo, el médico administrativo, con la experiencia poco satisfactoria en los resultados de los tratamientos en el paciente con insuficiencia renal crónica, la heterogeneidad de las muestras estudiadas, el tamaño de éstas, la idiosincrasia particular de los pacientes en cuanto a la enfermedad son las principales variables que justifican la diversidad de los resultados, en ocasiones ambiguos, en la evaluación cuantitativa de la calidad de vida en el paciente con insuficiencia renal crónica.

La sub-escala de Carga de la enfermedad fue en la cual los participantes presentaron en promedio la más baja puntuación y donde un 55% de las personas obtuvo puntuaciones menores al determinado de 49,62 puntos. Lo mismo ocurrió con las sub-escalas Función Cognitiva y Función Sexual, en ambas escalas sobre el 50% de las personas presentó puntuaciones menores a 50 puntos. Respecto a las sub-escalas Efectos de la Enfermedad y

Síntomas/Listado de Problemas, donde los pacientes presentaron una media superior a 50 puntos, el porcentaje de personas que alcanzó estas puntuaciones también fue alto.

Un 52,5% alcanzó puntuaciones mayores a 50 puntos en la sub-escala Síntomas/Listado de Problemas y un 80% en la sub-escala Efectos de la enfermedad del Riñón. El Componente Físico evaluado en esta escala también resultó más alterado que el Componente Mental como ha sido descrito en otras investigaciones (Contreras, et. al. 2006; Cidoncha, et. al. 2006). Esto podría reflejar la habilidad que tienen las personas para adaptarse psicológicamente a su situación a través del tiempo, puesto que el tiempo produce disminución en el aspecto físico de la CV, pero no sobre el aspecto mental (Bohlke, 2008).

Los hombres resultaron tener mejores puntuaciones que las mujeres en las sub-escalas síntomas, efectos de la enfermedad y componente mental. Al igual que en otros estudios (Mendes & Viana, 2011) (Morsch & Goncalves, 2006) que describen estas diferencias, las mujeres resultaron tener más bajas puntuaciones, probablemente por el aspecto psicológico que algunos autores plantean que determina esta condición (Santos & Franco, 2008). Sin embargo otros estudios también describen que no existiría dicha relación (Cruz & Andrade, 2011).

Acerca de la edad, se encontró una relación negativa en todas las sub-escalas evaluadas, excepto en la dimensión efectos de la enfermedad. Las personas mayores de 60 años obtuvieron puntajes más bajos en la Calidad de Vida que los menores de 60 años, pero sólo en las sub-escalas síntomas, carga de la enfermedad y componente físico. Este último aspecto sería determinante, puesto que, como lo señalan algunos autores, la CV es más baja en personas adultas porque esta se relaciona con un mayor deterioro de la actividad física (Morsch & Goncalves, 2006). Los hallazgos discrepan y coinciden con lo descrito por autores que además han encontrado puntajes más altos en el componente físico y mental en pacientes más jóvenes que habían estado en diálisis por un período de tiempo más corto, que tenían un nivel educacional más bajo, pero que se encontraban trabajando.

Los resultados de este estudio sugieren que la edad avanzada es muy importante en la percepción de la CV y constituye un grupo vulnerable que requiere ser estudiado con mayor profundidad. Por otra parte, las personas con pareja resultaron tener mejor CV que aquellas sin pareja, pero sólo en la sub-escala síntomas y problemas de la enfermedad.

Las personas que viven solas tuvieron también puntuaciones más bajas en la sub-dimensión síntomas de la enfermedad respecto a las que viven acompañadas, los estudios de (Morsch & Goncalves, 2006) han relacionado la situación de vivir sólo como un predictor independiente de mejoría en el componente de salud mental en el tiempo. En este estudio, los resultados revelan que las personas que viven en compañía de alguien tienen una mejor percepción de la CV con respecto a los síntomas que genera la enfermedad. La condición de estar acompañado por alguien determina mayormente la percepción de CV que el estado marital en el que se encuentran las personas.

Como señalan algunos autores (Morsch & Goncalves, 2006), la carga de la enfermedad y las limitaciones que impone su tratamiento se extendería también a los cuidadores o a quien acompaña a la persona con la enfermedad, pudiendo generar influencia significativa sobre la percepción de CV. El grado de apoyo recibido dentro del medio familiar ha sido descrito también como un importante predictor de la CV mental (Bohlke, 2008). Sin embargo, también se ha descrito que los efectos de involucramiento familiar no siempre han mostrado ser beneficiosos para los pacientes, ya que estos podrían variar en ambos extremos, de no dar asistencia, o de ejercer demasiado control en la vida de las personas (Cruz & Andrade, 2011).

Por otra parte, los años de estudio académico se correlacionaron positivamente con todas las sub-escalas; las personas con más de ocho años de escolaridad obtuvieron mejores puntajes en su CV que las de menor escolaridad. Una correlación positiva también se encontró con la variable ocupación; las personas inactivas o sin actividad laboral remunerada y cuyos ingresos económicos son bajos presentaron una CV más baja que las personas que se encuentran ocupadas o realizando algún tipo de trabajo remunerado en todas las sub-escalas evaluadas.

Las puntuaciones de personas con ingresos económicos mayores resultaron ser más altas en las sub-escalas síntomas, carga de la enfermedad y componente mental que las con ingresos económicos menores a 200 dólares mensuales. Algunos autores (Morsch & Goncalves, 2006) señalan que los factores sociales como el desempleo, bajo nivel de escolaridad y el bajo poder adquisitivo están asociados con una peor CV, especialmente en el funcionamiento social y en las limitaciones del rol por problemas emocionales. Esto se debería a que sólo un reducido número de personas continúa trabajando y recibiendo ingresos que los hace preservar su condición previa. Encontrarse desempleado contribuye a la carga atribuida a la enfermedad renal especialmente si el paciente es el principal

proveedor de la familia o es el jefe de hogar. El rol del trabajo trasciende no sólo al nivel financiero.

Para las personas en hemodiálisis, independiente de los ingresos económicos, contar con empleo constituye un aspecto más importante que el dinero que se percibe (Bohlke, 2008). El tiempo de tratamiento o la permanencia en diálisis se correlacionó positivamente con la sub-escala componente mental y el número de horas en diálisis lo hizo negativamente con el componente físico y el de energía/fatiga. Según algunos autores, el tiempo de tratamiento puede influir negativamente sobre la CV. Se ha encontrado que los mejores puntajes los tienen personas que han estado en hemodiálisis por tiempos más cortos (Morsch & Goncalves, 2006). Sin embargo, en este estudio, las personas que llevaban menos tiempo en diálisis resultaron tener puntuaciones más bajas en el componente mental que las que tenían más tiempo de tratamiento de tratamiento. Para algunos autores (Morsch & Goncalves, 2006), el hecho de estar más tiempo en tratamiento podría ayudar a percibir que la CV mejora porque las personas logran adaptar su vida a diálisis y posiblemente porque los niveles de uremia disminuyen en el tiempo, junto a esto los síntomas de la enfermedad.

En este estudio, no fue posible identificar asociación con enfermedades concomitantes y el nivel de CV, sin embargo, fue posible establecer que las personas que tuvieron como causa de su enfermedad nefropatía diabética resultaron tener más baja CV en el componente físico que aquellas con otra etiología. Esta situación es similar a lo encontrado en estudios (Bohlke, 2008) donde las enfermedades asociadas, especialmente la diabetes mellitus, está fuertemente relacionada con peor CV, aunque también se ha descrito lo contrario (Rebollo & Bobes, 2000).

Algunos autores como (McFarline & Boayoumi, 2003), (Diaz, 2005), (Estefan & Zuñiga, 2005) señalan que los índices físico-químicos que evalúan una buena calidad de vida en estos sujetos, como: hemoglobina, albúmina, creatinina, urea, ácido úrico, presión arterial media inferior, potasio, la estandarización de la hemodiálisis de 6 a 7 horas por sesión entre 5 a 6 sesiones semanales mejora la calidad de vida de estos pacientes en todos los parámetros tanto físicos como psicológicos. En este estudio no se pudieron corroborar estos datos ni realizar un cruce de variables por la dificultad al acceso de dicha información por parte de la Institución.

CONCLUSIONES

- La percepción de Calidad de Vida de los pacientes en conjunto es muy buena, superior a los estándares establecidos por numerosos estudios en los cuales se ha utilizado como herramienta de recolección de datos la encuesta KDQOL – SFTM. Las escalas tanto físicas como mentales son las que poseen las más altas puntuaciones, las puntuaciones más bajas se encuentran en la sub-escala de Carga de la Enfermedad, Función Cognitiva, Interacción Social y Función Sexual las cuales se encuentra muy por debajo del promedio, esto influye en la calidad de comunicación entre paciente – equipo médico, paciente – familia y paciente – entorno social lo cual contribuye a un aislamiento personal y reacciones agresivas hacia los mismos llegando hasta el punto de suspender su tratamiento dialítico y tratamiento médico para su enfermedad de base.
- En relación a la Calidad de Vida según el tiempo de diálisis los resultados demuestran que las personas que han recibido el tratamiento sustitutivo por mayor tiempo muestran un mayor puntaje global en Calidad de Vida, los pacientes que han iniciado recientemente o llevan menos de 6 meses de tratamiento tienen un menor puntaje global en Calidad de Vida con respecto al grupo antes mencionado. Otra variable que afecta a estos resultados es la edad de los pacientes ya que pacientes jóvenes con tiempo dialítico corto muestran resultados altos en las escalas evaluadas.
- La Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial son las enfermedades más predisponentes para la falla renal que necesite tratamiento dialítico, en la presente no ha sido la excepción, el 35% de los pacientes encuestados padecen de diabetes mellitus y el 30% padecen hipertensión arterial. Estos pacientes presentan aún más limitaciones que el resto de pacientes por sus modificaciones dietéticas, restricciones físicas y efectos secundarios de la propia enfermedad que afectan directamente en la Calidad de Vida de los mismos induciendo sentimientos de negatividad y reproche.
- El apoyo familiar y social así como también el apoyo del equipo médico incide directamente en la Calidad de Vida de los pacientes aumentando su autoestima e induciendo a la individualidad e independencia personal de los pacientes.

RECOMENDACIONES

- Establecer terapias psicológicas para ayudar a los pacientes en la aceptación de su enfermedad y del tratamiento, así como también a sus familiares o cuidadores para evitar la sobreprotección y así disminuir los sentimientos de discriminación, minimización e incapacidad por parte de los pacientes en su ambiente familiar y social.
- Fomentar la aplicación de terapias médicas y psicológicas que ayuden a la organización del paciente tanto en su ambiente laboral como familiar para evitar al máximo el impacto negativo de la enfermedad y tratamiento dialítico en los pacientes recientemente diagnosticados que ingresaron a esta Unidad Renal.
- Establecer terapias individualizadas tanto médicas como psicológicas tomando en cuenta la enfermedad de base, los efectos secundarios de dicha enfermedad, la aceptación del tratamiento y el apoyo familiar para mejorar la adaptabilidad al tratamiento. Además a través de las terapias familiares inducir la concienciación de los mismos para prevenir enfermedades metabólicas que desemboquen en problemas renales crónicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcario, A. S.-P.-A. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Kidney Centers Holding S.L. Tarragona*, 1 - 6.
2. Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 64 - 68.
3. Apostolou, T., & Gokal, R. (2000). Quality of life after Hemodialysis. *Kidney International*, 99-106.
4. Birmilé, B. (2012). Clinical, Sociodemographic, and Psychological Correlates of Health-Related Quality of life in Chronic Hemodialysis Patients. *Psychosomatics*, 30-37.
5. Bohlke. (2008). Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J.*, 252 - 256.
6. Bradbury BD, F. R. (2007). Predictors of early mortality among incident US hemodialysis patients in the Dialysis Outcomes and Practice Trends Study. *American Society Nephrology*, 89 - 99.
7. Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento - Intervenciones Psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 403-414.
8. Cassareto, M., & Chau, C. (2007). Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Estres y afrontamiento.*, 87-98.
9. Christensen, A. &. (2002). Psychological Factor in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. En A. &. Christensen, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (págs. 712 - 734).
10. Cidoncha, M. E. (2003). Calidad de Vida en pacientes en hemodiálisis. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 1 - 12.
11. Cruz, M., & Andrade, C. (2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics*, 991-995.
12. Diaz, B. (2005). Protegiendo el endotelio: Diálisis cardioprotectora. *Nefrología Mexicana*, 132-134.
13. Estefan, & Zuñiga. (2005). La inflamación y la enfermedad cardiovascular en la enfermedad renal crónica. *Nefrología Mexicana*, 17-26.
14. Gil, J. e. (2003). Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. En J. C. Gil, *Nefrología* (págs. 528 - 537). Barcelona: Ariel.
15. Gómez-Vela, M. &. (2002). Calidad de Vida. Evolucion de la Práctica. *Calidad de Vida.*, 1 - 7.

16. Gorriz, T. M. (2009). Epidemiología e impacto sociosanitario de la IRC. En H. Avendaño, *Nefrología Clínica* (págs. 857-862). Madrid: Panamericana.
17. Heras Benito, M. (2010). Implicaciones pronósticas de la enfermedad renal crónica. *Nefrología - Madrid*, 1 - 2.
18. Kimmel, P. (2001). Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney International*, 1599-1613.
19. López, A. (1998). *El constructo de calidad de vida*. Malaga: España.
20. McFarline, & Boayoumi. (2003). The quality of life and cost utility of home nocturnal and conventional in-center hemodialysis. *Kidney International*, 1004-1011.
21. Mendes, S., & Viana. (2011). Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis. *Saude Publica*, 1127-1136.
22. Morsch, & Goncalves. (2006). Health-related quality of life among hemodialysis patients-relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *Clinical Nurs J.*, 498 - 504.
23. Nephrology, C. S. (2008). Guidelines for the management of chronic kidney disease. *Canadian Society of Nephrology*.
24. Rebollo, P., & Bobes. (2000). Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). *Nefrología*, 171-181.
25. Rifkin, H. . (2005). Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel. En M. & Hersh - Rifkin, *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. (págs. 1 - 230). St. Louis: Mosby.
26. Rodriguez, J., & Pastor, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 349-372.
27. Sádler, A. (2012). The patient with pre-terminal chronic kidney disease. *Evidencia - Actualización en Práctica Ambulatoria*, 104 - 111.
28. Sanabria, R. (2003). Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. En R. Sanabria, *Nefrología* (págs. 1 - 32). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
29. Santos, & Franco. (2008). Clinical and laboratory variables associated with quality of life in Brazilian hemodialysis patients: a single-centre study. *Rev Med Chile*, 1264-1271.
30. Schwab, S. (2007). Hemodialysis vascular access. *Kidney Int*, 72.
31. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia*, 9-21.
32. Sociedad Española de Nefrología. (2006). GUIAS S.E.N. *Riñón y Enfermedad Cardiovascular*, 15 - 17.

33. Sociedad Española de Nefrología. (2006). Progresión de la enfermedad cardiovascular y control de factores de riesgo cardiovascular en ERC. *Enfermedad Renal y Riesgo Cardiovascular*, 3 - 6.
34. Valderrabano F., J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 443 - 464.
35. Velarde, E. &. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida. En E. &. Velarde, *Salud Pública de México* (págs. 349 - 361). México: Publicaciones Universitarias.
36. Weisinger, H. (1998). La inteligencia emocional en el Trabajo. En H. Weisinger, *La inteligencia emocional en el Trabajo* (págs. 245 - 248). Barcelona: Paidós.

ANEXOS

Anexo N.- 1

Solicitud para la autorización de la dirección médica de la Unidad Renal “DIALTICA”, para la aplicación de la encuesta prevista.

Loja, 03 de Octubre del 2011

**Doctora
Janeth Coello
Director Médico**

Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, me dirijo a usted con el fin de hacerle llegar un cordial saludo y a la vez solicitarle me conceda el respectivo permiso para la aplicación de la encuesta KDQOL-SF™ a los pacientes que se someten al tratamiento sustitutivo de Diálisis en su Unidad Renal, para la elaboración de la Tesis de Grado “Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal sometidos a diálisis en la Clínica “DIALTICA” de la ciudad de Loja durante el periodo Agosto 2011 – Enero 2012”.

Aprovecho la oportunidad para expresar a usted los sentimientos de especial consideración y estima y desearle éxitos en todas sus funciones.

Atte.

Juan Carlos Pacheco.

Anexo N.- 2

Encuesta Aplicada

¿Cuál es el objetivo del Estudio?

Este estudio se está realizando en colaboración con esta Unidad de Diálisis, personal médico y sus pacientes. El objetivo es conocer y determinar la Calidad de Vida que poseen los pacientes con enfermedad del riñón que acuden a esta Casa de Salud. (Arizona, 1998)

¿Que tendré que hacer?

Nos gustaría que para este estudio llenara hoy el cuestionario sobre su salud, sobre cómo se siente y sobre información personal.

¿Es confidencial la información?

No le preguntamos su nombre. Sus respuestas se mezclaran con las de los demás participantes en el estudio, a la hora de dar los resultados del estudio. Cualquier información que pudiera permitir su identificación, será considerada confidencial. Además toda la información que se recoja será usada solo para los objetivos del estudio y no será revelada ni facilitada para ningún otro objetivo sin su consentimiento previo.

¿Qué beneficios tendré por el hecho de participar?

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

¿Es obligatorio que participe?

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

INSTRUCCIONES PARA LLENAR 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 llenando la respuesta tal como se indique.
4. Este cuestionario está hecho para poder conocer acerca de 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, de 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 SU COLABORACIÓN.

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

1. En general diría usted que su salud es (MARQUE SOLO UN NÚMERO):

- 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 SOLO UN NÚMERO)

- Mucho mejor ahora 1
- Algo mejor ahora 2
- Más o menos igual 3
- Algo peor ahora 4
- Mucho peor ahora 5

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 SOLO UN NÚMERO)

	Sí, me limita <u>mucho</u>	Sí, me limita <u>un</u> <u>poco</u>	No, no me <u>limita nada</u>
Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	1	2	3
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de 1 hora.	1	2	3
Coger o llevar la bolsa de las compras.	1	2	3
Subir un solo piso por la escalera.	1	2	3
Subir varios pisos por las escaleras.	1	2	3
Agacharse o arrodillarse.	1	2	3
Caminar un kilómetro o más.	1	2	3
Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).	1	2	3
Caminar una sola manzana (unos 100 metros).	1	2	3

Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3
---------------------------------	---	---	---

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?

	Sí	No
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

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)?

	Sí	No
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

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?

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

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

- No, ninguno 1
- Si, muy poco 2
- Si, un poco 3
- Si, moderado 4

- Sí, mucho 5
- Si, 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)?

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

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

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Se sintió lleno de vitalidad	1	2	3	4	5	6
Estuvo muy nervioso/a	1	2	3	4	5	6
Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle	1	2	3	4	5	6
Se sintió calmado y tranquilo	1	2	3	4	5	6
Tuvo mucha energía.	1	2	3	4	5	6
Se sintió desanimado y triste	1	2	3	4	5	6
Se sintió agotado	1	2	3	4	5	6
Se sintió feliz	1	2	3	4	5	6
Se sintió cansado	1	2	3	4	5	6

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

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

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

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
Estoy tan sano como cualquiera.	1	2	3	4	5
Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

REFERENTE A SU ENFERMEDAD DEL RIÑÓN.

12. ¿En qué medida considera CIERTA o FALSA en su caso cada una de las siguientes afirmaciones?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida.	1	2	3	4	5
Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo.	1	2	3	4	5
Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón.	1	2	3	4	5
Me siento una carga para la familia.	1	2	3	4	5

13. Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. De a cada pregunta la respuesta que se aparezca más a como se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo?....

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Se aisló, o se apartó de la gente que lo	1	2	3	4	5	6

rodeaba.						
Reacciono lentamente a las cosas que se decían o hacían.	1	2	3	4	5	6
Estuvo irritable con los que le rodeaban.	1	2	3	4	5	6
Tuvo dificultades para concentrarse o pensar.	1	2	3	4	5	6
Se llevó bien con los demás.	1	2	3	4	5	6
Se sintió desorientado.	1	2	3	4	5	6

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

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Dolores Musculares.	1	2	3	4	5
Dolor en el pecho.	1	2	3	4	5
Calambres.	1	2	3	4	5
Picores en la piel.	1	2	3	4	5
Sequedad de la piel.	1	2	3	4	5
Falta de aire.	1	2	3	4	5
Desmayos o mareos.	1	2	3	4	5
Falta de apetito.	1	2	3	4	5
Agotado/a, sin fuerzas.	1	2	3	4	5
Entumecimiento de manos o pies.	1	2	3	4	5
Nauseas o molestias del estomago	1	2	3	4	5
Problemas con la fistula.	1	2	3	4	5

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?

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
--	------	---------	---------	-------	-----------

Limitación de líquidos.	1	2	3	4	5
Limitaciones en la dieta.	1	2	3	4	5
Su capacidad para trabajar en casa.	1	2	3	4	5
Su capacidad para viajar.	1	2	3	4	5
Depender de médicos y otro personal sanitario.	1	2	3	4	5
Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón.	1	2	3	4	5
Su vida sexual.	1	2	3	4	5
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?

	Ningún Problema	Muy poco problema	Algún problema	Mucho problema	Muchísimo problema
Disfrutar de su vida sexual.	1	2	3	4	5
Excitarse sexualmente	1	2	3	4	5

En la siguiente pregunta valore como 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”.

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy mal

Muy bien

18. Durante las 4 últimas semanas. ¿Cuánto tiempo.....

	Nunca	Solo alguna vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
¿Se despertó por la noche y le costó volverse a dormir?	1	2	3	4	5	6
¿Durmió todo lo que necesitaba?	1	2	3	4	5	6

¿Le costó mantenerse despierto durante el día?	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---

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

	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
El tiempo que tiene para estar con su familia y sus amigos.....	1	2	3	4
El apoyo que le dan su familia y amigos.....	1	2	3	4

20. Durante las 4 últimas semanas ¿realizo trabajo remunerado?

- Si 1
- No 2

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

- Si 1
- No 2

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La peor salud posible

A medias

La mejor salud

23. ¿Cuál fue la causa de su enfermedad del riñón?

- No sé 1
- Hipertensión 2
- Diabetes 3
- Enfermedad poliquística del riñón 4
- Glomerulonefritis 5
- Pielonefritis 6
- Otras.....

REFERENTE CON LA SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS RECIBIDOS:

24. 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.

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

25. ¿En qué medida son CIERTAS o FALSAS cada una de las siguientes afirmaciones?

	Totalmente	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
El personal de diálisis me anima a ser todo lo independiente posible....	1	2	3	4	5
El personal de diálisis me apoya para hacer frente a mi enfermedad del riñón....	1	2	3	4	5
¿Le costó mantenerse despierto durante el día?	1	2	3	4	5

26. ¿Le ha ayudado alguien a completar este cuestionario?

- Si, un médico u otro personal sanitario 1
- Si, un familiar o un amigo 2
- Si, alguna otra persona 3
- No 4

27. ¿Qué es lo que más le preocupa de su enfermedad del riñón?

.....

.....

.....

.....

28. ¿Cuál es el aspecto más positivo de convivir con su enfermedad del riñón?

.....

.....

.....

.....

REFERENTE A SU INFORMACION PERSONAL:

29. Cuando nació usted:

30. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado?

- Bachillerato Incompleto 1
- Bachillerato Completo 2
- Estudios universitarios incompletos 3
- Estudios universitarios completos 4
- Estudios superiores (doctorado o similar) 5

31. Actualmente, ¿está casado?

- Si 1
- No 2

32. Señale cuales de las siguientes personas viven con usted en su domicilio:

- Vivo solo 1
- Mi esposo/a o mi pareja 2
- Otros familiares 3
- Otras personas no familiares 4

33. Durante los últimos 30 días, estuvo usted:

- Trabajando a tiempo completo 1
- Trabajando a medio tiempo 2
- Desempleado o buscando trabajo 3
- Retirado 4
- Estudiando 5
- Ninguna de las anteriores 6

34. ¿Tiene usted seguro médico?

- Si 1
- No 2
- Cuál.....

35. ¿Cuánto es el ingreso mensual aproximado de su familia?

- Menor de 200 dólares 1
- Entre 200 – 500 dólares 2
- Entre 500 y 800 dólares 3
- Entre 800 y 1000 dólares 4
- Más de 1000 dólares 5

36. ¿Cuál es la fecha de hoy?

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo N.- 3

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS GENERALES

[illegible]

Anexo N.- 4

Resultados Finales de las Sub-Escalas de la Encuesta KDQOL-SF™ Aspectos Generales de la Enfermedad Renal

Sub-Escala	Promedio Determinado	Promedio Obtenido	Desviación Estándar
Funcionalidad Física	51,83	60,25	25,44
Rol Físico	32,46	45,63	39,58
Dolor	60,40	64,13	26,21
Percepción General de Salud	42,88	65,13	18,38
Bienestar Emocional	69,54	70,78	19,60
Función Emocional	57,76	70,00	40,51
Función Social	63,57	71,56	25,32
Energía y Fatiga	45,89	67,25	20,85

Anexo N.- 5

Resultados Finales de las Sub-Escalas de la Encuesta KDQOL-SF™ Aspectos Específicos de la Enfermedad Renal

Sub-Escala	Promedio Determinado	Promedio Obtenido	Desviación Estándar
Síntomas/Lista de Problemas	71,21	72,29	15,83
Efectos de la Enfermedad	57,30	69,22	16,01
Carga de la Enfermedad	49,62	42,97	33,89
Estado Laboral	25,26	46,25	41,43
Función Cognitiva	79,11	31,50	25,13
Interacción Social	76,65	50,67	17,79
Función Sexual	69,30	57,81	34,17
Calidad del Sueño	60,68	69,00	22,90
Apoyo Social	64,61	79,58	18,68
Apoyo del Personal de Diálisis	69,90	93,13	13,26
Satisfacción del Paciente	71,38	70,42	18,29