

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICAS Y
CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
DE ESSALUD DE TACNA EN EL AÑO 2019**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Presentado por:

Diana Paola Téllez Ccahuana

Asesor:

Médico Nefrólogo Cesar Contreras Almendre

Tacna – Perú

2020

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| DEDICATORIA..... | 4 |
| AGRADECIMIENTOS | 5 |
| RESUMEN..... | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| CAPÍTULO I..... | 10 |
| 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 10 |
| 1.1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA..... | 10 |
| 1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA..... | 11 |
| 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 12 |
| 1.4. JUSTIFICACIÓN..... | 12 |
| 1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS..... | 13 |
| CAPÍTULO II..... | 14 |
| 2. REVISION BIBLIOGRAFICA | 14 |
| 2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN..... | 14 |
| 2.2. MARCO TEÓRICO | 19 |
| 2.2.1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA | 19 |
| 2.2.2. DIÁLISIS RENAL..... | 34 |
| 2.2.3. CALIDAD DE VIDA | 36 |
| CAPÍTULO III | 39 |
| 3. HIPÓTESIS Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES | 39 |
| 3.1. HIPOTESIS GENERAL | 39 |
| 3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 39 |
| CAPÍTULO IV | 41 |
| 4. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION..... | 41 |
| 4.1. DISEÑO..... | 41 |
| 4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO | 41 |

| | |
|---|----|
| 4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA | 41 |
| 4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 42 |
| CAPÍTULO V | 44 |
| 5. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS | 44 |
| RESULTADOS | 45 |
| 5.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO..... | 45 |
| 5.1.1. CARACTERÍSTICAS CLINICO – EPIDEMIOLOGICAS | 45 |
| 5.1.2. ANÁLISIS DEL TEST DE CALIDAD DE VIDA KDQOL – 36..... | 47 |
| DISCUSIÓN..... | 57 |
| CONCLUSIONES | 60 |
| RECOMENDACIONES | 61 |
| BIBLIOGRAFÍA | 62 |
| ANEXO 01 | 68 |
| ANEXO 02 | 69 |

DEDICATORIA

No cabe duda que al llegar a este punto, es gracias a Dios, a quien enormemente le dedico mi vocación.

A mi madre Victoria que se encuentra junto a Dios desde hace un año, y a mi padre Gregorio por todo su apoyo en mi vida educativa y profesional.

A mis padrinos, mis segundos padres quienes me apoyaron en mis malos y buenos momentos. Y a mi familia en general.

A mis amistades, quienes se sienten identificados por el valor y aprecio que les tengo.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, docente y mentor, Dr Cesar Contreras Almendre, por su tiempo y dedicación en el trabajo que se llevó a cabo, y sus enseñanzas en mis años de carreras.

A todos mis docentes de gran trayectoria, por compartir sus conocimientos, ya que la medicina no es una ciencia exacta requiere de experiencia.

A los pacientes del programa de hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión; y al personal que contribuyo en mi apoyo.

A mis amigos que realice durante la carrera, y aquellos que están presente desde mis primeros pasos.

Reiteradamente a mi madre Victoria, quien su presencia siempre estará en mi corazón, te quiero mucho.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las relaciones existentes entre las características clínico – epidemiológicas y la calidad de vida en relación a la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna en el año 2019.

Material y métodos: Trabajo de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal, en el que se evaluó la calidad de vida de 101 pacientes del programa de hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, con la escala de Kidney Disease Quality of Life - 36 items (KDQOL-36) en el año 2019.

Resultados: En relación a las características epidemiológicas, el 79.1% tiene más de 60 años; el 51.5% son de sexo femenino, el 59.4% se encuentra casado; el 56.4%, cuenta con estudios superiores; el 32.7% reside en el cercado de Tacna. En relación a las características clínicas, el 52.5% tiene diabetes mellitus, y un 36% hipertensión arterial; el 35.6% inició hemodiálisis desde hace más de un año y el 83.2% está con un programa de hemodiálisis de tres veces por semana. Respecto al instrumento, se obtuvo que los pacientes consideraron tener mala calidad de vida en el 35.4%; siendo el componente más afectado la salud mental y las subescalas más afectadas fueron los síntomas y los efectos de la enfermedad renal crónica. Mediante la Prueba Chi^2 se evidenció una asociación significativa entre todas las características clínicas epidemiológicas estudiadas y la calidad de vida ($p < 0.05$) y con el Coeficiente V de Cramer se demostró una fuerza de asociación mínima y moderada entre estas variables.

Conclusión: El nivel de calidad de vida es mayoritariamente de regular a malo en los pacientes en programa de hemodiálisis. Las características clínicas y epidemiológicas estudiadas, se correlacionan con la calidad de vida con una fuerza mínima y moderada. Se recomienda un apoyo institucional y familiar para implantar estrategias que mejoren algunos aspectos de la salud de los pacientes que reciben hemodiálisis.

Palabras Claves: enfermedad renal crónica, hemodiálisis, calidad de vida

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical relationships between clinical-epidemiological characteristics and quality of life in relation to the health of patients with chronic kidney disease on hemodialysis at the Daniel Alcides Carrión Hospital in EsSalud de Tacna in 2019.

Material and methods: Observational, retrospective and cross-sectional study, in which the quality of life of 101 patients from the hemodialysis program of the Daniel Alcides Carrión Hospital of EsSalud de Tacna was evaluated, with the Kidney Disease Quality of Life scale. - 36 articles (KDQOL-36) in the year 2019.

Results: in relation to epidemiological characteristics, 79.1% are over 60 years old; 51.5% are female, 59.4% are married; 56.4% have higher education; 32.7% reside in the Tacna enclosure. In relation to the clinical characteristics, 52.5% have diabetes mellitus, and 36% hypertension; 35.6% have had hemodialysis for more than a year and 83.2% are on a hemodialysis program three times a week. Regarding the instrument, it was obtained that the patients considered having a poor quality of life in 35.4%; the most affected component is mental health and the most affected subscales are the symptoms and effects of chronic kidney disease. The Chi2 Test shows a significant association between all the epidemiological clinical characteristics studied and quality of life ($p < 0.05$) and the Cramer coefficient V shows a moderate and minimal association force between these variables.

Conclusion: The quality of life level is mostly fair to poor in patients on a hemodialysis program. The clinical and epidemiological characteristics studied are correlated with quality of life with minimal and moderate force. Institutional and family support is recommended to implement strategies that improve some aspects of the health of patients who received hemodialysis.

Key Words: chronic kidney disease, hemodialysis, quality of life

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), es un reto para el personal médico y para el paciente, por las graves consecuencias, así como cambios drásticos en su calidad de vida. Se define como una alteración anatómica o funcional, que persiste por más de 3 meses o un filtrado glomerular (FG) menor a 60 ml/min/1.73 m² sin otros signos de enfermedad renal.(1)

La posibilidad de poder llevar una vida cotidiana es sombrío, debido a los tratamientos, las constantes visitas a hospitales e incluso internamientos que generan varios conflictos a nivel personal y social, poniendo en riesgo su estabilidad emocional.(2)

Según la Organización mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la apreciación subjetiva de la existencia de una persona tanto, en un contexto cultural y moral, además de los objetivos, expectativas, normas e inquietudes de la misma.(3) En relación a la salud, ha generado importancia en los últimos años como factor decisivo para recibir o no tratamiento, pero es poco aplicable por sobrecarga sanitaria o por falta de convicción, pero tiene una gran importancia éticamente.

La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial.(4) La incidencia y prevalencia se ha incrementado por la llamada epidemia de las enfermedades no transmisibles (diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial, etc.), aumentando en un 20% en Estados Unidos y un 58% en América Latina.(5)

En el Perú esta enfermedad consume un gran porcentaje de la economía destinada a la salud, existe una gran demanda de pacientes en estadio 5 y muy poca oferta en tratamiento. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática al 2014, la población adulta mayor de 20 años con ERC llegaba a ser de 2 507 121 en estadio prediálisis y 19 197 en estadio terminal. Además, 7 778 pacientes no serían atendidos por no contar con un seguro, y el sistema de EsSalud se encontraría sobresaturado en un 34%.(4)

En nuestra localidad, no existe un registro epidemiológico actualizado sobre Enfermedad Renal Crónica, y mucho menos un estudio donde se registre la relación que existe entre las características clínico – epidemiológicas y el nivel de calidad de vida, es por ello que el objetivo de este estudio es analizar esa relación. Para que en base a los resultados de impacto, se pueda direccionar estrategias, que luego de la respectiva evaluación del paciente, pueda involucrarse al personal de salud, y entorno social en mejorar ese aspecto importante en la supervivencia de este grupo de pacientes.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

A nivel mundial, existe una lucha constante contra las Enfermedades no Transmisibles (ENT), dentro de éstas incluimos a la Enfermedad Renal Crónica (ERC), la cual es considerada una problemática en la salud pública, por lo que se han estado tomando medidas en cuanto a la promoción, prevención y tratamiento; la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión en el año 2015 brindaron en conjunto algunas de estas estrategias, a pesar de esto se ve afectado la calidad de vida.(4,6)

A nivel mundial, el 10% de la población se ve afectadas por ERC; la incidencia y prevalencia se ha visto incrementada por el aumento de casos de diabetes mellitus e hipertensión arterial, aumentando en un 20% en Estados Unidos y un 58% en América Latina. (4)

En América Latina, se estima que 613 pacientes por millón de habitantes tuvieron acceso a terapias de sustitución de la función renal, sin embargo, en otros países llega a ser menor de 200 por millón de habitantes.(4)

Según la Encuesta Nacional de Examen de Salud y nutrición de EE. UU., el 10% de la población adulta mayor de 20 años tiene enfermedad renal crónica, y el 0,1% tendría enfermedad renal crónica terminal. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú al 2014, la población adulta mayor de 20 años con ERC llegaba a ser de 2 507 121 en estadio prediálisis y 19 197 en estadio terminal. Además, 7 778 pacientes no serían atendidos por no contar con un seguro, y el sistema de EsSalud se encontraría sobresaturado en un 34%.(7)

Los pacientes con ERC que reciben terapia de sustitución renal están expuestas a la ansiedad, dependencia al hospital, restricción dietética, la polifarmacia y complicaciones del acceso vascular, lo que provoca trastornos ansioso – depresivos y alteraciones en el estado de salud mental, físico, efectos y problemas propios del manejo de la enfermedad, en general una calidad de vida deteriorada.(8)

Sobre lo expuesto anteriormente se infiere, que el conocer las características clínico epidemiológicas son de importancia, como posible factor determinante en esta población, asociando con el nivel de calidad de vida; lo que nos permite establecer estrategias sanitarias en los diferentes niveles de prevención.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

Problema Principal

¿Cuál es la relación entre las características clínico – epidemiológicas y la calidad de vida en relación con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2019?

Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son las características clínico – epidemiológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis?
2. ¿Cuál es la calificación de la calidad de vida mediante la escala KDQOL – 36 en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis?
3. ¿En qué medida las características clínico – epidemiológicas se correlacionan con la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las características clínico – epidemiológicas y la calidad de vida en relación a la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2019.

1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Describir las características clínico- epidemiológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.
2. Calificar la calidad de vida mediante la escala KDQOL – 36 en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.
3. Identificar en qué medida las características clínico – epidemiológicas se correlaciona con la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

1.4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad nos encontramos inmersos en un sinnúmero de enfermedades, pero ya no sólo las de tipo infeccioso, sino que ahora hablamos de las ENT como el principal problema de la salud mundial, una de éstas es la ERC.

Se ha demostrado que pacientes con ENT, tienen alterado o son propensos a que se altere de alguna manera su estado mental, lo cual puede ser un factor protector o predisponente al decaimiento en el pronóstico o recuperación del paciente. Por tal motivo evaluar la calidad de vida en estos pacientes resulta ser muy importante.

La ERC avanzada, es una etapa dependiente de terapia de sustitución renal (diálisis). Es por ello que, frente a esta situación la enfermedad requiere de un trato multidisciplinario e independientemente de la enfermedad se busca que el paciente acepte su situación, y tenga un bienestar físico, mental y social.

El presente estudio tiene relevancia médica porque es un problema de salud pública, con alta prevalencia; además que el término calidad de vida es poco valorado. Tiene relevancia cognitiva, porque los datos obtenidos de este trabajo, se ve limitado a nuestra región; y existe la necesidad de conocer y poder influir en ello. Tiene relevancia académica, porque va dirigido a profesionales relacionado a este tema.

La investigación que se hizo nos informa, en primer lugar los datos epidemiológicos de los pacientes con ERC, sus características clínicas relacionadas a la hemodiálisis, y en segundo lugar, cómo se ve afectada la calidad de vida en estos pacientes, el estado cognitivo, la carga, síntomas y efectos de la enfermedad en su vida.

Este se justifica a que sirve como base útil de conocimiento de esta problemática en nuestro país y mejorar la sobrevida en todo los aspectos posibles.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Calidad de vida (CV):** Según los Descriptores de Ciencias de la Salud, se define como la manera de tratar de modificar y mejorar las condiciones de vida, en el ámbito físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.(9)
- **Enfermedad Renal Crónica (ERC):** Según la Sociedad Española de Nefrología: las Guías KDIGO, es una alteración estructural o funcional (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) menor a 60 ml/min/1.73 m² sin otros signos de enfermedad renal.(10)
- **Diálisis renal (DR):** Terapia para purificar o filtrar la sangre, ya que el riñón es insuficiente para cumplir su función, existiendo dos métodos la diálisis peritoneal (DP) y la hemodiálisis (HD).(11)

CAPITULO II

2. REVISION BIBLIOGRAFICA

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. INTERNACIONALES

El estudio de Perales Montilla et al. (Jaén, España; 2014), tuvo como objetivo comparar los síntomas somáticos y el estado anímico como factor predictor sobre la calidad de vida en pacientes con ERC. Evaluó a 52 pacientes en hemodiálisis, con las escalas de salud: “SF – 36” para el funcionamiento y calidad de vida, escala de síntomas somáticos-revisada (ESSR) para los síntomas somáticos y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) para ansiedad y depresión. Los datos se analizaron mediante regresión múltiple, y los resultados son niveles de calidad de vida inferiores a los valores normativos del instrumento; donde la prevalencia de ansiedad es 36,5% y depresión es 27%. El estado anímico fue el predictor más importante. Por lo tanto, se concluyó que el mejor predictor de la calidad de vida es el estado anímico, en sus componentes físicos y mentales.(8)

De la misma manera, Costa y cols. (Estado de Paraíba, Brasil; 2016), se evaluó la calidad de vida de los pacientes con ERC en hemodiálisis. Fue utilizado en un centro de hemodiálisis en el Alto Sertão da Paraíba, municipio Cajazeiras. Utilizaron un cuestionario sociodemográfico y el Validación del cuestionario de calidad de vida “WHOQOL-BREF” para evaluar, y así la prueba de correlación de Pearson entre las variables obtenidas. Y los resultados fueron que el 54% eran hombres y el 46% mujeres, con alta prevalencia en mayores de 51 años. En general, componente físico, con un promedio de 59.44, y el mejor conservado fue el componente social, con un promedio de 72.87, reflejado en la Calidad de Vida (QOL) de los pacientes con IR, que mostró un promedio de 64.96. Según el test de correlación de Pearson, todos mostraron una alta

correlación con la calidad de vida. En base a esto concluyeron que los pacientes con ERC en hemodiálisis tienen una calidad de vida regular, y el conocimiento de los profesionales de la salud es de suma importancia para un buen cuidado del paciente con ERC en hemodiálisis.(12)

Asimismo, Oliveira, Jeany Freire de et al. (Brasil; 2018), evaluaron la calidad de vida de pacientes renales crónicos en diálisis peritoneal utilizando el instrumento: cuestionario Kidney Disease and Quality of Life Short-Form “KDQOL-SF”. Para ello investigación es cuantitativo, realizada en el mes de agosto 2017 con 10 pacientes en diálisis peritoneal. Se recolectaron los datos de entrevistas semiestructuradas, y además el cuestionario (KDQOL-SF). Evaluando tres categorías con impactos en la dimensión social: la enfermedad renal como estigma impactando en las relaciones sociales; el apoyo familiar como soporte para vencer el estigma social; y cambios en las actividades de la vida diaria y sus repercusiones en la dimensión social. Con esto llegaron a la conclusión que medir la calidad de vida es muy útil, siendo el KDQOL-SF una herramienta de fácil acceso y bajo costo, demostraron que ha sido afectada con más intensidad en la dimensión social, facilitando de esta manera la intervención en busca de mejoras para estos pacientes.(13)

Además, Cuevas-Budhart et al., (México, 2017), hicieron un trabajo de investigación tratando de demostrar asociaciones entre las complicaciones de la hemodiálisis y la Calidad de Vida de los pacientes que la reciben. Para evaluar utilizaron el instrumento KDQOL-36. Luego del análisis estadístico, dio como resultado que presentó el 77% complicaciones, 69.4% por hemodiálisis, 5% por evolución de la ERC y 25.6% ambas. Y la presencia de ambas complicaciones deteriora más la calidad de vida que las ocasionadas por el tratamiento. Concluyeron que las complicaciones del tratamiento junto a las de la ERC deterioran en gran medida la calidad de vida del paciente.(14)

Según Verónica Guerra-Guerrero y cols. (Chile, 2010), determinaron la calidad de vida en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico – clínicas y de laboratorio, utilizaron el instrumento KDQOL – 36. Luego del análisis de datos, los de impacto en una población de 354, presentaron puntuaciones bajas en la mayoría de las dimensiones de calidad de vida, principalmente carga de la enfermedad, componente físico y mental. Edad, sexo, escolaridad, ingresos económicos, tiempo en diálisis, etiología de la enfermedad, cigarrillo, hospitalizaciones, número medicamentos, albúmina, creatinina, trasplantes resultaron relacionados. Los resultados revelan múltiples factores relacionados con la calidad de vida. (15)

Además, López et al., (México, 2016), compararon dos grupos de pacientes, los que reciben diálisis peritoneal contra los que reciben hemodiálisis e intentó demostrar que los primeros tienen mejor calidad de vida. El estudio fue observacional, transversal, descriptivo y multicéntrico. Usaron como instrumento para evaluar la calidad de vida la escala KDQOL SF 36. Los resultados mostraron alteración mental en 39.5% del grupo de diálisis peritoneal en comparación con el 47% en hemodiálisis; con carga de la enfermedad renal en 27% en diálisis peritoneal y de 46% en hemodiálisis. Así concluyeron que el tratamiento con diálisis peritoneal el puntaje es mejor que en pacientes en hemodiálisis en cuanto a efectos de la enfermedad renal. También se observó menor puntaje en quienes usan la diálisis peritoneal en relación a la carga de la enfermedad renal, alteraciones mentales, efectos físicos y área de síntomas, pero sin diferencia estadística. Por tanto, recomendaron que es el médico y el paciente los que deben encontrar la modalidad de diálisis que se adecue a sus necesidades y estilo de vida.(16)

Finalmente, Moreno F. y cols. (Chile, 2009), determinaron la calidad de vida en pacientes y factores relacionados de los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis. Se realizó un estudio transversal, multicéntrico,

con una muestra de 224 pacientes de cinco unidades de hemodiálisis crónica (3 privados y 2 públicos) en la región de Bío-Bío. Las escalas de componente físico y mental y las subescalas de síntomas, efecto y carga de la enfermedad renal presentaron puntajes de 80%, 61%, 8%, 43% y 80%, respectivamente. Se observaron las puntuaciones más bajas en los pacientes con diabetes, enfermedad de la arteria coronaria, hipoalbuminemia, edad ≥ 55 años y en aquellos con un nivel socioeconómico y educativo bajo. (17)

2.1.2. NACIONALES

Cusipaucar Supo, (Arequipa, Perú; 2013), elaboró un trabajo tomando datos del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, cuyo objetivo era determinar las características epidemiológico – clínicas y la calidad de vida de los pacientes con ERC terminal, hemodializados. Como resultados obtuvo que la HTA fue la causa más frecuente de ERC (40%), seguida de diabetes mellitus (31,4%). El 39% tenía más de 3 años con ERC, el 41,5% estaba en hemodiálisis entre 6 meses a un año, 8,5% estaba más de 3 años y al 55.1% se les hemodializaba dos veces por semana. En relación a la calidad de vida (KDQOL - SF™), el 54.2% su salud “regular”, el 22.9% es “buena” y el mismo porcentaje “mala”; además, ningún calificó a su salud como excelente o muy buena. Y se encontró estadística significativa en relación entre el estado de salud con comorbilidades y el tiempo de enfermedad, pero no con la edad, sexo, ocupación, estado civil, procedencia, causa de IRC, tiempo ni frecuencia de hemodiálisis. Otro dato importante que hallaron fue que más del 79% de los intervenidos manifestó que tienen problemas en realizar sus actividades diarias, el 66% tienen problemas emocionales, el 98,3% ve dificultadas sus problemas sociales, el 41,5% presenta dolor moderado, 61,9% ve su tiempo afectado por la enfermedad. El estudio también indicó que más del 75% duerme entre mal y regular y finalmente los pacientes valoran el servicio de diálisis de regular a excelente.(18)

Finalmente el estudio de Chata Anahua (Lima, Perú; 2014), tenía como objetivo identificar el nivel de calidad de vida relacionada a la salud y los factores de riesgo asociados en pacientes en diálisis en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima durante el año 2014. Se utilizó una ficha de recolección de datos y el Cuestionario KDQOL-36™. Fue aplicado a dos grupos de pacientes, 50 en diálisis peritoneal y 50 en hemodiálisis. Resultados: Se observó una ligera diferencia en el nivel de calidad de vida relacionada a la salud, a favor de los pacientes en Hemodiálisis (57,8 vs 55,2), pero no fue estadísticamente significativo. Además las dimensiones que presentaron menor puntaje fueron el grupo Diálisis peritoneal, el Componente físico (43,0) y mental (48,0), y en el grupo Hemodiálisis, el componente físico (43,5) y la Carga de la enfermedad (45,1). Conclusiones: Los principales factores se consideran tienen influencia son: mayor edad, bajo nivel educativo y socioeconómico, ausencia conocimiento de la enfermedad, nefropatía diabética como patología de base, coronariopatía o retinopatía como comorbilidad, el iniciar la diálisis de emergencia, menor diuresis residual, mayor uso de medicamentos y hospitalizaciones.(19)

2.1.3. LOCALES

Por último el estudio de Chavez Luza, Diana, (Tacna, Perú; 2015), tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis versus diálisis peritoneal ambulatoria continua del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna agosto 2014 a febrero 2015, con una población de 130 pacientes, se utilizó el cuestionario SF36. Como resultado, el 27.7% estaba entre las edades de 50 – 59 años, el 39.2% tenía secundaria, el 52.3% con un tiempo de enfermedad de 6 a 10 años, el 22.3% no tenía ocupación, el 60% tenía sesiones de 3 veces por semana y el 56.2% tenía tiempo de tratamiento por más de 2 años. En relación al cuestionario SF-36, el rol más afectado fue el aspecto físico y emocional (Media 9.27 y 9.35 respectivamente); se

concluye que, en los pacientes se afecta el rol físico y mental notoriamente, ambos sexos se ven comprometidos en la misma proporción y que los pacientes que reciben tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua su rol físico se encuentra menos afectado que los pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis (40).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

2.2.1.1. Definición

La enfermedad renal crónica (ERC) es la alteración estructural y funcional del riñón, por más de 3 meses. Para diagnosticarla se usan los marcadores de daño renal o la filtración glomerular (FG) cuyo valor debe estar por debajo de 60 ml/min/1.73m².(17)

La albuminuria elevada, alteraciones en el sedimento urinario, electrolitos u otras de origen tubular, alteraciones estructurales histológicas y en pruebas de imagen y el trasplante renal son otros marcadores de daño renal.(21)

2.2.1.2. Clasificación

La ERC se clasifica según KDIGO por la filtración glomerular, albuminuria y la etiología.

- Según la etiología, puede ser a causa o no de una enfermedad sistémica con potencial afectación renal o hallazgos anatómicos patológicos observados dentro del riñón.
- Según el grado de filtración glomerular (FG): G1 – G5
- Según el grado de albuminuria: A1 – A3.

Debemos considerar que el umbral de la FG es de 60 ml/min/1.73cm². Se debe tomar en cuenta que existe una controversia en el adulto mayor, y por ello el grado 3 se subdivide en G3a y G3b según la FG que va entre 59 y 45 y entre 44 y 30 ml/min/1.73cm² respectivamente. Además, categorizar la

albuminuria en cada grado de FG, y al termino microalbuminuria, denominarlo albuminuria moderadamente elevada.

La albuminuria se clasifica en A1(<30mg/g), A2(30 – 300mg/g) y A3(>300mg/g), según el cociente albumina/creatinina en una muestra aislada de orina.(21)

La FG de <60 ml/min/1.73cm², se asocia con los riesgos de mortalidad total, cardiovascular, de progresión de la ERC, y de fracaso renal agudo; además de nefrotoxicidad por fármacos y de complicaciones metabólicas y endocrinológicas que aumenta con disminución de FG.(20)

| Categorías de FG | | |
|---------------------------|----------|---------------------------------------|
| CATEGORIA | FG | DESCRIPCION |
| G1 | >90 | Normal o elevado |
| G2 | 60 - 89 | Ligeramente disminuido |
| G3a | 45 - 59 | Ligera o moderadamente disminuido |
| G3b | 30 - 44 | Moderadamente a gravemente disminuido |
| G4 | 15 - 29 | Gravemente disminuido |
| G5 | < 15 | Fallo renal |
| Categorías de albuminuria | | |
| A1 | < 30 | Normal a ligeramente elevada |
| A2 | 30 - 300 | Moderadamente elevada |
| A3 | > 300 | Muy elevada |

Cuadro 1: Clasificación en grados de la enfermedad renal crónica (22)

2.2.1.3. Etiología

La prevalencia de ERC en Perú, según estudio en Lima y Tumbes, es de 16,8% usando la FG y albuminuria. Las causas según Herrera-Añazco et al. (2015) en el Hospital Dos de mayo, como principal causa es diabetes mellitus en 44%, seguida de glomerulopatias crónicas en 23% y uropatia obstructiva es de 15%.(23)

A nivel mundial, los países con la prevalencia más alta de ERC 5 son Taiwán Japón y EE. UU., y la nefropatía diabética es la causa más frecuente. La etnia negra es un factor de riesgo no modificable para

desarrollar ERC secundaria a diabetes o hipertensión arterial que los de etnia caucásica. (24)

2.2.1.4. Factores de Riesgo

Estos causantes o su misma coexistencia progresan la enfermedad de forma más rápida. Los más importantes son la proteinuria y la hiperfiltración glomerular.

- a. No modificables: la edad avanzada “riñon viejo, atrófico y esclerótico”, el sexo masculino, la raza negra o afro-americana, nacimiento con bajo peso, privación sociocultural.
- b. Modificables: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia, tabaco, hiperuricemia (>7 mg/dl).
- c. Inherentes a la enfermedad: anemia, alteración mineral, hiperfosfatemia, y acidosis metabólica.(25)

2.2.1.5. Patogenia y fisiopatología

En fases iniciales, produce solo lesiones bioquímicas y moleculares, y fase avanzada produce un síndrome urémico.(23)

En la ERC, hay pérdida de nefronas produciendo las alteraciones a nivel:

- Hidroelectrolítico y ácido base,
- Acumulación de solutos orgánicos, y
- La producción y metabolismo de hormonas, eritropoyetina y vitamina D.

La ERC es asintomática, hasta con una pérdida del 70% de la masa renal por los mecanismos compensatorios, como la hiperfiltración glomerular (nefronas sanas son hiperfuncionantes) lo que provoca disminución del FG, aunque mantiene un buen balance de líquidos y electrolitos, a expensas de producir glomerulonefritis y glomeruloesclerosis, por aumento de presión hidrostática:

hipertensión glomerular (induce a la proliferación y fibrogenesis, por aumento de síntesis de citocinas).(21)

Otros factores secundarios, que contribuyen a la progresión de la enfermedad:

- Proteinuria: liberación de proinflamatorios y efecto toxico.
- Hipertensión arterial: favorece la hiperfiltración glomerular.
- Lesiones tubulointersticiales
- Dislipidemia
- Tabaco
- Factores genéticos: apolipoproteína E (apoE)
- La anemia, la hiperuricemia, la acidosis y las alteraciones del metabolismo mineral.(20)

a. ALTERACIÓN HIDROELECTROLÍTICA Y ÁCIDO – BASE

i. Excreción de sodio y agua

A pesar de que la FG decae, el equilibrio sodio y agua esta compensado, gracias al aumento de la fracción de excreción de sodio. En fases avanzadas la eliminación de sodio es mínima ante el fallo renal, produce sobrecarga de volumen, hipertensión arterial y edema. En el caso del agua, cuando la ingesta es mayor se produce sobrehidratación e hiponatremia por la incapacidad de los riñones de producir orina muy diluida. Por el contrario, aumento de reabsorción de agua, como la deshidratación con fiebre o sudoración excesiva, se puede producir hipernatremia con facilidad debido a la incapacidad de los riñones de producir orina muy concentrada.(21,23)

ii. Excreción de potasio

El potasio es normal en etapas avanzadas, porque depende de la porción distal de la nefrona, donde se altera a una hiperpotasemia.(21,23)

iii. Excreción de hidrogeniones

En etapas tempranas, incluso avanzadas hasta cuando el FG disminuye a menos de 30 ml/min, se mantiene el equilibrio ácido – base, ya que los mecanismos compensatorios no causan efectos algunos y se puede empezar a producir retención de hidrogeniones y la acidosis metabólica.(21)

iv. Excreción ácido úrico y magnesio

Al tener disminuidas sus capacidades de excreción tienen inclinación a retener ácido úrico y magnesio.(24)

v. Metabolismo del calcio y fosfato

Es anormal, lo que ocasiona varios tipos de lesiones óseas denominadas osteodistrofia renal, así como alteraciones bioquímicas y calcificaciones vasculares y extravasculares.

La hiperfosfatemia y la nula producción de calcitriol por parte del riñón, produce hipocalcemia por disminución de vitamina D, además de hiperparatiroidismo secundario por factor de crecimiento de fibroblasto. Se ha recomendado controlar la paratohormona en pacientes con ERC moderada, incluso antes de la aparición de hiperfosfatemia. El mecanismo de compensación suele ser buena, pero provoca complicaciones óseas como osteítis fibrosa quística y osteomalacia.(24,26)

vi. Acumulación de solutos orgánicos

La uremia altera los productos del catabolismo proteico y otras sustancias exógenas que pueden ser absorbidas y/o producidas por la flora intestinal, y contribuye a la disfunción de órganos y sistemas.(24)

vii. Alteraciones en la producción y el metabolismo hormonal

Produce la eritropoyetina y vitamina D activa. Su déficit produce anemia normocítica y normocrómica (estadio >3) y enfermedad ósea. Y, varias hormonas peptídicas, como la insulina, el glucagón, la gastrina, la calcitonina y la PTH, son catabolizadas en el riñón.(24,26)

2.2.1.6. Clínica

La ERC es asintomática cuando está en etapas tempranas; a medida que progresa (generalmente cuando el FG es menor de 10-15 mL/min) aparecen síntomas poco específicos, como malestar general, debilidad, insomnio, anorexia, náuseas y vómitos. Posteriormente una falla de órganos y sistemas: síndrome urémico.(24)

A medida que va progresando, la diuresis aumenta, dado como primeros síntomas a la poliuria y la nicturia.(26)

i. Manifestaciones cutáneas:

Piel pálida terrosa, con prurito. En estadios avanzados “escarcha urémica – sudor”, además de equimosis y hematomas.(24)

ii. Manifestaciones cardiovasculares

Hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca y pericarditis urémica (ERC avanzada). Además de arritmias cardíacas por alteración hidroelectrolítica y calcificación. (24)

iii. Manifestaciones pulmonares

Edema pulmonar de origen cardiogénico, pueden ser no cardiogénico, secundaria a la retención de toxinas urémicas. Una manifestación típica es el «pulmón urémico», que se caracteriza por infiltrados de tipo alveolar en las regiones perihiliares - alas de mariposa.(24)

iv. Manifestaciones neurológicas

Los accidentes cerebrovasculares, encefalopatía urémica (insomnio, alteraciones del sueño, concentración, memoria, , confusión, desorientación, labilidad emocional, ansiedad, depresión y alucinaciones), progresando a coma, convulsiones generalizadas y muerte.

Las alteraciones sensitivas: parestesias. Las alteraciones motoras suelen manifestarse con marcha inestable.

El sistema nervioso autónomo que resulta en hipotensión postural, alteraciones de la sudoración, impotencia y una respuesta anormal a la maniobra de Valsalva.(24)

v. Manifestaciones digestivas

Anorexia (primer síntoma), náuseas y vómitos (matutino) con frecuencia en la uremia avanzada.

La malnutrición, fetor urémico - olor amoniacal, se acompaña de un sabor metálico de la boca, y que está relacionado con la transformación de la urea en amonio en la saliva.(24)

vi. Manifestaciones hematoinmunológicas

La anemia en fases relativamente tempranas de la ERC. A menos que se asocie con deficiencias significativas de hierro o

ácido fólico, la anemia es típicamente normocítica normocrómica hipoproliferativa.

La capacidad fagocítica de los leucocitos está disminuida, explica la tendencia a desarrollar infecciones.

La uremia avanzada produce sangrado fácil, debido a disfunción plaquetaria y aumento de la fragilidad capilar.(24)

vii. Manifestaciones óseas

Se presentan alteraciones en los niveles de calcio, fosfato, PTH y metabolismo de la vitamina D; asimismo, alteraciones del recambio óseo, mineralización, volumen, crecimiento lineal y fuerza, y calcificaciones vasculares y de tejidos blandos.(24)

viii. Manifestaciones endocrinológicas y metabólicas

Se observa elevación de la FSH, LH y LH – RH, disminución de los niveles de testosterona y progesterona; con impotencia, atrofia testicular y disminución del recuento de espermatozoides en varones y la amenorrea, dismenorrea y disminución de la fertilidad en mujeres, suele haber hiperprolactinemia secundaria.

Disminución de T4 total, T3 total y T3 libre, mientras que los de T4 libre, T3 reversa y TSH suelen ser normales; y la TRH suele estar ligeramente disminuida.(24)

2.2.1.7. Diagnóstico

Ante todo, el diagnóstico se hace con marcadores de lesión renal, y la disminución irreversible de TFG por 3 meses, además de buscar la etiología de esta misma.(26)

Para la evaluación inicial del paciente con ERC, incluye:

- a. Identificación y tratamiento de factores de riesgo modificables.
- b. Evaluar gravedad de ERC (FG o aclaramiento de creatinina y proteinuria)
- c. Identificación de complicaciones de ERC (HTA, anemia, desnutrición, acidosis, alteración de metabolismo de calcio y fosfato).
- d. Identificación de enfermedades concomitantes.

Y hacemos uso de los siguientes:

1. Historia clínica y exploración física

Presenta sintomatología general y además de las manifestaciones antes nombradas. Antecedentes de exposición a tóxicos renales, de enfermedad renal por herencia, infecciones a nivel del tracto urinario, etc. En cuanto al examen físico: tomar en cuenta medidas antropométricas, malformaciones o trastornos del desarrollo. Además, tener en cuenta la presión arterial, examen de fondo de ojo, examen cardiovascular, de tórax y abdominal. Y en hombres el tacto rectal, para evaluar la próstata.(24)

2. Parámetros bioquímicos

Dentro de los marcadores de función renal: aclaramiento de creatinina, urea, proteinuria.

Para evaluar la FG, determinamos el nivel de creatinina sérica y una fórmula de estimación de FG – CKD EPI 2009 (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) y que incluye como variables la creatinina sérica, la edad, el sexo y la raza, con distintas versiones en función de la etnia, el sexo y el valor de la creatinina.(25)

También determinar la albuminuria de una muestra de orina aislada de la primera hora de la mañana mediante el cociente albumina/creatinina, en casos graves, el cociente proteína/creatinina, o también el uso de tiras reactivas como despistaje. Y en casos especiales la determinación en orina de 24 horas.(29)

Además de análisis de orina: hematuria, proteinuria, cilindros (cilindros hemáticos), evaluación de la función renal, asimismo alteraciones asociadas a la ERC: anemia, metabolismo mineral (Ca, P, PTH), equilibrio ácido-base.(30)

3. Diagnóstico por imagen

Utilizado para conocer la causa de la ERC, revisando alteraciones anatómicas del riñón.

- Ecografía

Para analizar presencia, morfología y descartar alteraciones en las vías urinarias y el riñón. Un tamaño < de 9cm indica cronicidad e irreversibilidad. En el caso de poliquistosis renal, amiloidosis o diabetes el riñón esta aumentado de tamaño. Al contrario, si los riñones presentan una diferencia de tamaño superior a 2 cm, puede deberse a patología de la arteria renal, reflujo vesicoureteral o diversos grados de hipoplasia renal unilateral.(31)

- Eco-doppler

Evaluar la circulación renal, en caso de estenosis, isquemia o infarto renal.

- **Angiografía digital**

En enfermedades vasculares renales, pero tiene el inconveniente de la toxicidad del contraste.

4. Biopsia renal

Procedimiento invasivo, indicado en caso de duda diagnóstica o para confirmar el diagnóstico y grado de cronicidad del daño tisular. Útil en ERC en etapas tempranas, poco útil en etapa avanzada.(24,30)

Para evaluar la progresión de la enfermedad, tomamos en cuenta lo siguiente:

- a. La causa de la ERC
- b. Factores no modificables (edad, sexo masculino, raza negra, FG bajo)
- c. Factores modificables (HTA, diabetes, proteinuria, hipoalbuminemia y tabaquismo).
- d. Evaluación simultánea y sistemática del FG estimado y albuminuria.

Tanto la FG y la albuminuria nos da un dato pronóstico del paciente con ERC.

2.2.1.8. Tratamiento

En etapas tempranas, el tratamiento es conservador con dietas y fármacos, y en fases avanzada con tratamiento sustitutivo (FG menor de 10 – 15 ml/min) o trasplante renal, tener en consideración la edad y comorbilidades.(20)

En este párrafo hablamos del tratamiento conservador, es multidisciplinario a cargo del nefrólogo, dietista, enfermera y asistente social. Tiene como objetivos:

- a. Tratar enfermedad causal y factores de riesgo modificables
- b. Implementar intervenciones que retrasen la progresión de ERC
- c. Prevenir y/o tratar complicaciones de ERC
- d. Prevenir y/o tratar enfermedades concomitantes
- e. Preparar al paciente para el inicio de diálisis o trasplante renal.
- f. Además de inspeccionar fármacos nefrotóxicos y vacunar al paciente contra neumococo, hepatitis B e influenza para evitar lesión renal aguda.

Tratar y derivar al nefrólogo cuando la FG < 30 ml/min, salvo que sea mayor de 80 años con comorbilidades graves y con un tiempo de vida < 6 meses.(24,32)

2.2.1.9. Recomendaciones

a. Alteraciones hidroelectrolíticas y acido base

Reducir ingesta de sal a 2g/día, si es insuficiente forzamos a la natriuresis con diuréticos: furosemida. Evitamos la hiperkalemia, con ingesta baja de potasio: 40 – 70 mEq/día en fase avanzada. Evitar fármacos que interfieran con la excreción renal: AINE y diuréticos ahorradores de potasio.

b. Hipertensión Arterial

Su control es la base para prevenir riesgo cardiovascular, renal y global en pacientes con ERC. El objetivo es:

- a. Cociente albumina/creatinina <30 mg/g <140/90 mmHg
- b. Cociente albumina/creatinina >= 30 mg/g <130/80 mmHg
(con o sin diabetes)

Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina IECA y antagonista de los receptores de angiotensina II ARA II, constituye la base del tratamiento antihipertensivo en pacientes con o sin diabetes con cociente albumina/creatinina >30 mg/g, además son nefroprotectores, pero con control de potasio.

| Objetivos | |
|---|--|
| Objetivo | Comentarios |
| PA < 140/90 mmHg | En no diabéticos y en diabéticos con cociente albumina/creatinina < 30 mg/g GR: 1, recomendación; evidencia B |
| PA < 130/80 mmHg | En no diabéticos y en diabéticos con cociente albumina/creatinina ≥ 30 mg/g GR: 2, sugerencia; evidencia D |
| Individualizar | -Precaución en pacientes ancianos o con mucha comorbilidad cardiovascular, GR: sin grado -Precaución en pacientes con hipotensión ortostática GR: sin grado. |
| Tratamiento no Farmacológico (Modificación del Estilo de vida) | |
| Intervención | Comentarios |
| Reducción de peso (GR 1D) | -Medida eficaz de prevención global. -Distintas intervenciones, no quirúrgicas o quirúrgicas, conlleva reducción de PA sistólica entre 9 y 23 mmHg -Puede ser eficaz en reducir la albuminuria -Especialmente eficaz en grados 1 y 2 de ERC - Precaución en estadio 5 por riesgo de desnutrición |
| Reducción en el consumo de sal (GR 1C) | -Recomendar entre 4 – 6gr de sal al día. -Eficacia moderada, reducción de PA sistólica 4 – 5 mmHg -Especialmente indicada en retención en hidrosalina |
| Ejercicio físico | No hay estudios específicos en paciente con ERC |

| | |
|--|---|
| | <p>-En población hipertensa o de riesgo cardiovascular, es eficaz en prevención global</p> <p>-Recomendar 3-5 sesiones semanales de 30 a 60 minutos de ejercicio aeróbico</p> <p>Reducción de PA sistólica de 6 mmHg</p> |
| Otras | <p>-La restricción del consumo del alcohol es eficaz en población hipertensa en general</p> <p>-El abandono del consumo de tabaco es una medida fundamental en prevención global</p> <p>En pacientes con ERC no se recomienda suplementos de potasio, magnesio o ácidos grasos</p> |
| Tratamiento farmacológico de elección | |
| Fármacos | Comentarios |
| Consideración general | -En la mayoría de los pacientes será necesario utilizar más de un fármaco antihipertensivo para controlar la PA |
| IECAS o ARAII | <p>-En pacientes no diabéticos y diabéticos con cociente albumina/creatinina 30 – 300 mg/g; GR:2,sugerenica; evidencia D</p> <p>- En pacientes no diabéticos y diabéticos con cociente albumina/creatinina >300 mg/g; (o proteinuria equivalente > 500mg/ 24h); GR: 1 recomendación ; evidencia B</p> |
| Cualquier fármaco | - En pacientes no diabéticos y diabéticos con cociente albumina/creatinina < 30 mg/g |

Cuadro 2: Aspectos fundamentales sobre el manejo de la hipertensión arterial en la enfermedad renal crónica (22).

- c. Prurito
Control de calcio y fosfato, corrección de anemia con eritropoyetina, luz ultravioleta y antihistamínicos H1 y analgésicos locales.
- d. Riesgo cardiovascular
Es vital tratar los factores de riesgo cardiovascular, HTA y diabetes. La pericarditis urémica es indicación absoluta para inicio de diálisis, además de una FG < 60 ml/min.
- e. Manifestación neurológica
La encefalopatía urémica es indicación absoluta de inicio de diálisis.
- f. Manifestaciones digestivas
La anorexia, náuseas y vómitos son indicadoras de inicio de diálisis.
- g. Manifestaciones hematológicas
La anemia, responde bien a hierro por vía oral o intravenosa, o también se puede usar agentes estimulantes de eritropoyetina, siempre manteniendo una hemoglobina entre 100 y 130 g/l. también suele causar resistencia a la eritropoyetina, por eso siempre mantener el consumo de hierro. En casos avanzados, usar transfusiones sanguíneas. También se debe tratar la plaquetopenia con desmopresina, en caso de que haya sangrado activo o tenga una cirugía.
- h. Manifestaciones óseas
Se pueden manejar manteniendo niveles adecuados de calcio, fosfato y PTH. Para evitar hiperfosfatemia, reducir consumo de fósforo y usar quelantes de fosfato. Usar acetato de calcio y carbonato para aumentar niveles de calcio y disminuir los de fosfato. También se recomienda ergocalciferol por déficit de vitamina D. En caso de hiperparatiroidismo realizar paratiroidectomía. (22,24)

2.2.2. DIÁLISIS RENAL

2.2.2.1. Definición

Medio terapéutico sustitutivo renal, que se encarga de eliminar sustancias tóxicas, para el manejo de ERC, reemplaza la función reguladora y excretora de los riñones ya que este dejó de funcionar. En el caso de del tratamiento de diálisis, podemos hablar de diferentes fases o etapas:

- a. Fase luna de miel: paciente descubre que su estado es mejor con respecto a antes.
- b. Decepción: la repetición de rutinas hace que el paciente se decepciona, además de su limitación. Tiene alto riesgo psicológico.
- c. Adaptación: proceso más o menos lento de ajuste a la nueva situación. Está influido por una gran cantidad de variables tanto a nivel individual como social. (33)

El tratamiento tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente y su entorno social.

2.2.2.2. Tipos

a. Hemodiálisis

No es un reemplazo verdadero. Consiste el paso de sangre a través de una máquina (dializador), que sustituye la función de filtración del riñón, eliminar desechos metabólicos, exceso de agua y regular tampones. La sangre del paciente sale del punto de acceso (fistula, injerto vascular), se filtra y luego regresa al paciente. Este procedimiento tarda entre 3 a 6 horas, por lo general se realiza 3 veces por semana. Tener en cuenta que el líquido dializador, no se mezcla con la sangre, solo permite el paso de moléculas desde la sangre por la membrana semipermeable.(33)

b. Diálisis peritoneal

Es una técnica que usa el peritoneo y una solución “dializada”. Esta sustancia se encarga de absorber los desechos y líquidos de la sangre, usando al recubrimiento del abdomen como filtro. El líquido es posteriormente extraído, llevando consigo las toxinas. Las clasificaciones más comunes son la DP crónica ambulatoria, DP cíclica continua y DP crónica intermitente.(33)

2.2.2.3. Complicaciones agudas en diálisis

Se puede deber a su insuficiencia renal, su enfermedad de base o bien, secundarias a la técnica de depuración artificial empleada.

Según la técnica de depuración artificial:

a. Hemodialisis:

- Acceso vascular (fistula arteriovenosa, injerto o catéter venoso): estenosis, trombosis, infección, hemorragia, insuficiencia cardíaca por alto gasto, isquemia distal e hipertensión venosa.
- Durante la hemodiálisis: hipotensión intradialisis, embolia gaseosa, hemolisis aguda y alteraciones electrolíticas, hipertermia, calambre, reacción por pirógenos y síndrome de primer uso.
- Postdiálisis: hemorragias, hipotensión y síndrome de desequilibrio por diálisis.
- Interdiálisis: Arritmias, dolor angoroide, manifestaciones debidas a su insuficiencia renal de base (hiperpotasemia, alcalosis o acidosis metabólica) y edema agudo de pulmón.

b. Diálisis peritoneal

- Peritonitis
- Tunelitis
- Por aumento de presión intraabdominal
- Síndrome de desequilibrio por diálisis
- Hipotensión, calambres
- Hidrotórax
- Otras (obstrucción unidireccional del catéter, sangre en el líquido peritoneal, fugas).(34)

2.2.3. CALIDAD DE VIDA

2.2.3.1. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud, es la percepción individual de su posición en la vida. En relación a la salud, es de vital importancia en la toma de decisiones, dependiendo de la duración de vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepción que se ve influenciada por enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias.

Se define como el bienestar, en cinco campos:

1. Físico: engloba un desarrollo de seguridad y salud física.
2. Material: contar con una vivienda adecuada, con acceso a servicios básicos, alimentos al alcance, y transporte.
3. Educativos: existencia y cercanía a una educación.
4. Emocional: muy significativo en las personas, el más deteriorado por la diálisis, pero la interrelación con los demás ayudaría en este espacio.
5. Social: para su desarrollo con opciones interpersonales con núcleos básicos como la familia y círculos de amistades.(35)

Calidad de vida y Enfermedad Renal Crónica Terminal

Los tratamientos de sustitución renal, como la hemodiálisis son altamente complejos, exigente, restrictivo y con cambios en el estilo de vida; pero con la ventaja de garantizar supervivencia, a pesar de eso la calidad de vida se ve afectada a largo plazo y ha incrementado la mortalidad. Lo mismo es para el caso de la diálisis peritoneal, pero existen pocos estudios, por lo mismo que es una técnica que proporciona mayor autonomía e independencia del paciente.

Estudios coinciden que la calidad de vida se ve afectada más en hemodiálisis, que hasta en personas con trasplante de riñón. Y se coincide que la dimensión más deteriorada es la física, luego de la dimensión mental. Algunos factores relacionados con la calidad de vida son el nivel de hemoglobina, albúmina, creatinina, hematocrito; factores psicosociales como estado marital, depresión y ansiedad; factores sociodemográficos y clínicos como edad, género, duración de la enfermedad renal y de la diálisis, y enfermedades concomitantes. Según la revisión sistemática de Sanchez - Cabezas y cols, los factores más influyentes fueron edad avanzada, sexo femenino, nivel de estudios y socioeconómico bajo, estado civil (sin pareja), cronicidad de la enfermedad y el tratamiento, comorbilidades principalmente diabetes mellitus e hipertensión arterial. Sin embargo, la supervivencia y la calidad vida es un problema sin resolver. (37)

Según estudio de la Sociedad de Nefrología, la calidad de vida en la enfermedad renal crónica se debe a falta de acceso a atención médica, falta de seguimiento y comprensión, se debe considerar ampliar la asistencia sanitaria, haciendo enfoque dependiendo de la población en estudio, su cultura., la alfabetización, acceso a

servicios básicos y el estado nutricional. El fin es aumentar la adhesión al tratamiento y mejorar la calidad de atención. (36)

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1. HIPOTESIS GENERAL

H0: Las características clínico – epidemiológicas no se relacionan con la calidad de vida en los pacientes hemodializados.

H1: Las características clínico – epidemiológicas se relacionan con la calidad de vida en los pacientes hemodializados.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | INDICADOR | CATEGORIZACIÓN | ESCALA DE MEDICION |
|------------------------------------|--|--|--------------------|
| Edad | Años Cumplidos | 0 = 41 – 50 años 1 = 51 a 60 años 2 = 61 a 70 años 3 = 71 a 80 años 4 = más de 81 años | Ordinal |
| Sexo | Género del paciente | 0 = Masculino 1 = Femenino | Nominal |
| Grado de instrucción | Nivel de estudios | 0 = primaria 1 = secundaria 2 = superior | Nominal |
| Lugar de Residencia | Lugar de Residencia | 0 = Cercado 1 = Gregorio Albarracín 2 = Ciudad Nueva 3 = Alto del Alianza 4 = Otro | Nominal |
| Presencia de comorbilidades | Presencia de enfermedades debut de ERC | 0 = Diabetes 1 = Hipertensión Arterial 2 = otros | Nominal |

| | | | |
|---------------------------------------|---|---|-------------------|
| Calidad de Vida KDQOL – 36 | Componente Salud Física | <1° tercil = mala <2° tercil = regular <3° tercil = buena | Escala Categórica |
| | Componente Salud Mental | <1° tercil = mala <2° tercil = regular <3° tercil = buena | Escala Categórica |
| | Subescala Carga de la Enfermedad | <1° tercil = mala <2° tercil = regular <3° tercil = buena | Escala Categórica |
| | Subescala Síntomas/ Problemas de la enfermedad | <1° tercil = mala <2° tercil = regular <3° tercil = buena | Escala Categórica |
| | Subescala Efectos de la enfermedad | <1° tercil = mala <2° tercil = regular <3° tercil = buena | Escala Categórica |
| Hemodiálisis | Programa de hemodiálisis | 0 = 2 veces por semana 1 = 3 veces por semana | Ordinal |
| | Tiempo de inicio de hemodiálisis | 0= menor de 7 meses 1 = 8 meses a 1 año 2= más de 2 años 3 = más de 3 años | Ordinal |

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO

4.1.1. TIPO DE INVESTIGACION

a. Según nivel de manipulación: observacional

Debido al uso de técnicas habituales para la toma y el análisis de datos son las encuestas.

b. Tiempo de intervención: retrospectivo

Debido a que el estudio cuenta con los datos recogidos en las encuestas en el año 2019.

c. Según observaciones: transversal

Debido a que la recolección de información se realizará durante los días hábiles del tiempo estimado en el cronograma de trabajo.

d. Según trato de variables: analítico

Debido a que relaciono las variables entre sí, que puede ser de asociación en este caso entre características clínico - epidemiológicas y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis.

4.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACION: Analítico

4.1.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Relacional

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Hospital Daniel Alcides Carrión Base III, de EsSalud Tacna que cuenta con Unidad de Hemodiálisis, desde hace 30 años.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se consideró en la población a todos los pacientes asegurados con Enfermedad Renal Crónica que pertenezcan al programa de hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión en el año 2019 (n=101). Por lo que este estudio no requirió muestreo. Se excluyeron 5 pacientes en total, de los cuales 3 estaban en estado agudo y 2 no colaboraron.

4.3.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes que estén recibiendo tratamiento de hemodiálisis en el año 2019.
- Pacientes que hayan tenido una adherencia regular al tratamiento, por lo menos 3 meses.

4.3.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes con diálisis peritoneal.
- Pacientes sin registro horario.
- Paciente sin adherencia al tratamiento.
- Pacientes no asegurados.
- Pacientes que han fallecido para el periodo de estudio.
- Pacientes que reciben hemodiálisis por un estado agudo

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó un cuestionario de datos recolectados para los datos clínico – epidemiológicos de los participantes, sobre edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, lugar de residencia, e información sobre la hemodiálisis;(ANEXO 1) y la escala para evaluar la calidad de vida: KDQOL™-36.

- *Kidney Disease Quality of Life - 36 items (KDQOL-36)*. Es una forma abreviada del KDQOL-SF™, que consiste en el instrumento SF-12 Health Survey más 24 ítems sobre la calidad de vida relacionada con la enfermedad renal. El KDQOL-SF más usado internacionalmente porque posee alta reproducibilidad y validez, con un Índice de Cronbach es >0.87: y su utilidad es adecuada ya que es de fácil aplicación, poca complejidad y bajo costo.

La versión en chino cantonés de la escala fue traducida por Amgen, Inc. y el Instituto MAPI, y puede descargarse del sitio web de la Corporación RAND (38); transcrita al español por la Dra. Silvia

Giacoletto de Argentina y autorizada por el Kidney Disease Quality of Life Working Group en su sitio web. (39)

El componente genérico del KDQOL-36, son los ítems 1 al 12, nos da dos puntajes generales:

- El Resumen del Componente Físico (ítems 1 al 12)
- El Resumen del Componente Mental. (ítems 1 al 12)
- Subescala peso o carga: hace referencia sobre el efecto en su componente social, y familiar (ítems 13 al 16)
- Subescala síntomas/problemas: hace referencia sobre los síntomas presentes durante la enfermedad renal y la hemodiálisis. Y problemas sobre su acceso vascular. (ítems 17 al 28)
- Subescala efectos de la enfermedad renal: hace referencia sobre sus limitaciones propias del manejo de la enfermedad, en relación dietética, vida sexual, aspecto físico, etc. (ítems 29 al 36).

Es la única escala que evalúa dimensiones específicas de la enfermedad renal en estadios avanzados. (36) (ANEXO 2)

Descripción del trabajo de campo

- a. Se solicitó la autorización respectiva a la autoridad institucional
- b. Se identificó a los pacientes del Programa de Hemodiálisis, de acuerdo de los criterios de inclusión y exclusión.
- c. Previo consentimiento informado, se encuestó a 101 pacientes hemodializados, usando una ficha de datos y la escala Kidney Disease Quality Of Life (KDQOL – 36).
- d. Con la información obtenida mediante el cuestionario y la escala KDQOL – 36, se elaboró una base de datos en el programa SPSS para el análisis respectivo, con la respectiva asesoría estadística.

CAPITULO V

5. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados fueron correctamente tabulados, y se ingresaron al programa Excel v.2016, se eliminaron datos incongruentes e inservibles.

Se creó la base de datos, y se ingresó al programa estadístico SPSS v23.0, donde se realiza la categorización de variables de las características clínico – epidemiológicas. El procesamiento de la información se tuvo en cuenta para su evaluación; la encuesta de KDQOL 36, se otorgó un puntaje a cada ítem; los ítems de 5 alternativas se asignaron puntuales de 0, 25, 50, 75 y 100; los de 2 alternativas, los puntajes de 0 y 100; los de tres alternativas, los puntajes de 0, 50 y 100; y los puntajes de 6 alternativas de 0, 20, 40, 60, 80 y 100.

Se realiza un análisis descriptivo de las variables categorizadas con frecuencia y porcentajes; y se representa mediante tablas. En relación al test de calidad de vida KDQOL – 36, una escala numérica; se realiza un análisis específico por dimensiones y general, mediante la categorización con distribución en terciles de los porcentajes obtenidos, en malo, regular y bueno; y se representa mediante tablas. Se realiza el análisis de Chi^2 para la asociación existente entre las variables categóricas; luego usó la prueba estadística Coeficiente V de Cramer, para la correlación o fuerza de asociación. Se consideró estadísticamente significativo un valor de ($p < 0,05$).

| Valor | Criterio de correlación V de Cramer |
|-----------------|-------------------------------------|
| $0.0 < r < 0.2$ | Mínima |
| $0.2 < r < 0.4$ | Baja |
| $0.4 < r < 0.6$ | Moderada |
| $0.6 < r < 0.8$ | Buena |
| $0.8 < r < 1.0$ | Muy buena |

RESULTADOS

5.1. ANALÍISIS ESTADÍSTICO

5.1.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS

Tabla 01

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS

| | | N = 101 | % |
|---------------------------------|----------------------------------|-------------------|------|
| EDAD (AÑOS) | 41 - 50 | 9 | 8.9 |
| | 51 – 60 | 12 | 11.9 |
| | 61 – 70 | 36 | 35.6 |
| | 71 – 80 | 28 | 27.7 |
| | > 81 | 16 | 15.8 |
| SEXO | Femenino | 52 | 51.5 |
| | Masculino | 49 | 48.5 |
| ESTADO CIVIL | Soltero | 9 | 8.9 |
| | Casado | 60 | 59.4 |
| | Viudo | 28 | 27.7 |
| | Divorciado | 4 | 4.0 |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | Primaria | 20 | 19.8 |
| | Secundaria | 24 | 23.8 |
| | Superior | 57 | 56.4 |
| LUGAR DE RESIDENCIA | Tacna Cercado | 33 | 32.7 |
| | Alto de la Alianza | 4 | 4.0 |
| | Ciudad Nueva | 4 | 4.0 |
| | Gregorio Albarracín | 12 | 11.9 |
| | Pocollay | 12 | 11.9 |
| | Otras localidad | 36 | 35.6 |
| | ENFERMEDADES PREEXISTENTE | Diabetes Mellitus | 53 |
| Hipertensión Arterial | 36 | 35.6 | |
| Otros | 12 | 11.9 | |
| INICIO DE HEMODIÁLISIS | 4 - 7 meses | 17 | 16.8 |
| | 8 - 12 meses | 16 | 15.8 |
| | más de 2 años | 36 | 35.6 |
| | más de 3 años | 32 | 31.7 |
| PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS | 2 veces a la semana | 17 | 16.8 |
| | 3 veces a la semana | 84 | 83.2 |

Fuente: Cuestionario de datos recolectados

Se puede apreciar que la población en estudio según la edad, el 35.6% se encuentra entre los 61 – 70 años, el 27,7% entre los 71 – 80 años, el 15.8% son mayores a 80 años, 11.9% están entre las edades de 51 – 60 años y 8.9% son menores de 50 años. Según el sexo; 51.5% es de sexo femenino y 48.5% es de sexo masculino. Según el estado civil; el 59.4% se encuentra en condición de casado, el 27.7% está en condición de viudez, 8.9% está en condición soltero y 4% está en condición divorciado/separado. Según el grado de instrucción; el 56.4% cuenta con estudios superiores, 23.8% solo cuenta con secundaria y un 19,8% cuenta con primaria. Según el lugar de residencia; el 35,6% reside en la periferia o provienen de otras provincias (Tarata) o departamento (Moquegua), seguido de un 32.9% reside en el cercado de Tacna, 11.9% reside en Gregorio Albarracín, 11.9% en Pocollay, 4% en Alto de la Alianza y 4% en Ciudad Nueva. Según las comorbilidades; un 52.5% presenta diabetes mellitus, un 35.6% presenta hipertensión arterial y un 11.9% está relacionada a otros como asma, hipertiroidismo, etc. Según el tiempo de enfermedad; el 35.6% lleva más de 2 años, 31.7% más de 3 años, 16.8% entre 4 a 7 meses, y 15.8% entre 8 meses y menos de 2 años. Según el programa de hemodiálisis del paciente, el 83.2% se dializa 3 veces a la semana, 12.9% dos veces a la semana y 4% una vez a la semana.

5.1.2. ANÁLISIS DEL TEST DE CALIDAD DE VIDA KDQOL – 36

Tabla 02
ANÁLISIS ESPECÍFICO Y EN GENERAL DE LA ESCALA
KDQOL 36 DE CALIDAD DE VIDA

| | MALA | | REGULAR | | BUENA | |
|----------------------------------|-------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| | N | % | N | % | N | % |
| <i>SALUD MENTAL</i> | 36 | 36.6 | 32 | 31.8 | 32 | 31.7 |
| <i>SALUD FÍSICA</i> | 33 | 33.1 | 37 | 36.5 | 30 | 30.3 |
| <i>CARGA DE LA ENFERMEDAD</i> | 34 | 33.9 | 42 | 41.9 | 24 | 24.2 |
| <i>SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD</i> | 41 | 41.0 | 27 | 26.5 | 32 | 32.4 |
| <i>EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD</i> | 36 | 36.2 | 31 | 30.6 | 33 | 33.3 |
| <i>CALIDAD DE VIDA</i> | 35 | 35.4 | 34 | 34.3 | 31 | 30.3 |

Fuente: Escala de KDQOL – 36

En la población estudiada, sobre la escala de calidad de vida en el componente salud mental; el 36.6% percibe tener una mala calidad de vida, seguido del 31.8% con una regular calidad de vida y el 31.7% dice tener buena calidad de vida. En el componente salud física; el 36.5% afirma tener una regular calidad de vida, seguido del 33.1% que percibe una mala calidad de vida y el 30.3% dice tener buena calidad de vida.

En relación a su enfermedad renal, en la subescala carga de la enfermedad; el 41.9% sostiene tener una regular calidad de vida, seguido del 33.9% que percibe una mala calidad de vida y el 24.2% afirma tener una buena calidad de vida.

En la subescala síntomas de la enfermedad; el 41% percibe mala calidad de vida, seguido del 32.4% que dice tener buena calidad de vida y el 26.5% expresa tener regular calidad de vida. Y en la subescala efectos de la enfermedad; el 46.2% percibe tener mala calidad de vida, seguido del 33.3% que afirma tener una buena calidad de vida y el 30.6% dice tener regular calidad de vida.

En general, se observa que el 35,4% tiene mala calidad de vida, seguido de 34,3% con una regular calidad de vida, mientras que el 30,3% tiene buena calidad de vida, según este test.

5.1.3. CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES CATEGORIZADAS

Tabla 03
CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA
EDAD DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS DEL HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL 2019

| <i>EDAD</i> (años) | <i>CALIDAD DE VIDA</i> | | | | | |
|-----------------------|------------------------|--------|---------|--------|-------|--------|
| | MALO | | REGULAR | | BUENO | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 41 – 50 | 8 | 80.20% | 0 | 0.00% | 1 | 19.80% |
| 51 – 60 | 8 | 59.10% | 4 | 40.90% | 0 | 0.00% |
| 61 – 70 | 8 | 22.10% | 16 | 44.80% | 12 | 33.10% |
| 71 – 80 | 9 | 31.20% | 4 | 16.20% | 15 | 52.60% |
| > 80 | 6 | 35.20% | 10 | 64.80% | 0 | 0.00% |
| Total | 39 | 35.40% | 34 | 34.30% | 28 | 30.30% |

$$X^2 = 57010,260$$

$$p < 0,001$$

$$V \text{ de Cramer} = 0,398$$

$$p < 0,001$$

Mediante la prueba de chi cuadrado podemos afirmar que existe una asociación entre estas variables, estadísticamente significativa con un $p < 0,001$. Y con la correlación V de Cramer de 0,398 que significa una fuerza de asociación baja.

Se afirmaría que existe una relación entre la calidad de vida y la edad de los pacientes hemodializados, aunque esta asociación es baja.

Se determina que, a mayor edad, se tendría de regular a mala calidad de vida. (Tabla 03)

Tabla 04

CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL SEXO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL 2019

| SEXO | CALIDAD DE VIDA | | | | | |
|------------------|-----------------|------|---------|------|-------|------|
| | MALO | | REGULAR | | BUENO | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Femenino | 22 | 43.0 | 18 | 35.0 | 12 | 22.1 |
| Masculino | 14 | 28.0 | 17 | 33.7 | 18 | 38.3 |
| Total | 36 | 35.4 | 35 | 34.3 | 30 | 30.3 |

$$X^2 = 6736,572$$

$$p < 0,001$$

$$V \text{ de Cramer} = 0,193$$

$$p < 0,001$$

Mediante la prueba de chi cuadrado podemos afirmar que existe una asociación entre estas variables, estadísticamente significativa con un $p < 0,001$. Y con la correlación V de Cramer de 0,193 que significa una fuerza de asociación mínima.

Se afirmaría que, en la población estudiada, sobre todo el sexo femenino se relaciona a mala calidad de vida. (Tabla 04)

Tabla 05

CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL 2019

| ESTADO CIVIL | CALIDAD DE VIDA | | | | | |
|---------------------|------------------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| | MALO | | REGULAR | | BUENO | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Soltero | 4 | 38.9 | 4 | 42.3 | 1 | 18.8 |
| Casado | 17 | 28.7 | 21 | 34.8 | 22 | 36.4 |
| Viudo | 13 | 46.3 | 29 | 32.2 | 6 | 21.5 |
| divorciado | 4 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Total | 38 | 35.4 | 34 | 34.3 | 29 | 30.3 |

$X^2 = 11884,572$

$p < 0,001$

$V \text{ de Cramer} = 0,182$

$p < 0,001$

Mediante la prueba de chi cuadrado podemos afirmar que existe una asociación entre estas variables, estadísticamente significativa con un $p < 0,001$. Y con la correlación V de Cramer de 0,182 que significa una fuerza de asociación mínima.

Se podría afirmar que, con la situación de estar sin pareja, hay la predisposición de tener regular a mala calidad de vida. (Tabla 05)

Tabla 06

CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL 2019

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | CALIDAD DE VIDA | | | | | |
|----------------------|-----------------|------|---------|------|-------|------|
| | MALO | | REGULAR | | BUENO | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Primaria | 14 | 69.4 | 6 | 30.6 | 0 | 0.0 |
| Secundaria | 9 | 37.9 | 15 | 62.1 | 0 | 0.0 |
| Superior | 15 | 26.8 | 14 | 26.0 | 28 | 47.2 |
| Total | 38 | 35.4 | 35 | 34.3 | 28 | 30.3 |

$$X^2 = 52427,647$$

$$p < 0,001$$

$$V \text{ de Cramer} = 0,382$$

$$p < 0,001$$

Mediante la prueba de chi cuadrado podemos afirmar que existe una asociación entre estas variables, estadísticamente significativa con un $p < 0,001$. Y con la correlación V de Cramer de 0,382 que significa una fuerza de asociación baja.

Se determina que, a menor grado de instrucción, tienen mala calidad de vida. (Tabla 06)

Tabla 07

**CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL
LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS
DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE
TACNA EN EL 2019**

| <i>LUGAR DE RESIDENCIA</i> | <i>CALIDAD DE VIDA</i> | | | | | |
|----------------------------|------------------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| | <i>MALO</i> | | <i>REGULAR</i> | | <i>BUENO</i> | |
| | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
| <i>Tacna</i> | 5 | 14.20 | 11 | 33.10 | 17 | 52.70 |
| <i>Alto de la alianza</i> | 4 | 100.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| <i>Ciudad nueva</i> | 4 | 100.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| <i>Gregorio Albarracín</i> | 7 | 55.20 | 0 | 0.00 | 5 | 44.80 |
| <i>Pocollay</i> | 7 | 55.00 | 5 | 45.00 | 0 | 0.00 |
| <i>periferia otros</i> | 12 | 34.10 | 18 | 50.50 | 6 | 15.40 |
| <i>Total</i> | 39 | 35.40 | 34 | 34.30 | 28 | 30.30 |

$X^2 = 67412,527$

$p < 0,001$

$V \text{ de Cramer} = 0,433$

$p < 0,001$

Mediante la prueba de chi cuadrado podemos afirmar que existe una asociación entre estas variables, estadísticamente significativa con un $p < 0,001$. Y con la correlación V de Cramer de 0,433 que significa una fuerza de asociación moderada.

Se afirmaría que, los residentes del cercado de Tacna, tienen mejor calidad de vida. (Tabla 07)

Tabla 08

**CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS
COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS
DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE
TACNA EN EL 2019**

| <i>COMORBILIDADES</i> | <i>CALIDAD DE VIDA</i> | | | | | |
|------------------------------|------------------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| | <i>MALO</i> | | <i>REGULAR</i> | | <i>BUENO</i> | |
| | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>N</i> |
| <i>Diabetes Mellitus</i> | 22 | 39.5 | 24 | 44.8 | 7 | 7 |
| <i>Hipertensión Arterial</i> | 14 | 36.8 | 12 | 35.3 | 10 | 10 |
| <i>Otros</i> | 2 | 19.4 | 0 | 0.0 | 10 | 10 |
| <i>Total</i> | 38 | 35.4 | 36 | 34.3 | 27 | 27 |

$X^2 = 44105,106$

$p < 0,001$

$V \text{ de Cramer} = 0,495$

$p < 0,001$

Mediante la prueba de chi cuadrado podemos afirmar que existe una asociación entre estas variables, estadísticamente significativa con un $p < 0,001$. Teniendo una correlación V de Cramer de 0,495 que significa una fuerza de asociación moderada.

Se afirmaría que, principalmente los diabéticos e hipertensos, tienen de mala a regular calidad de vida (Tabla 08)

Tabla 09

**CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL
TIEMPO DE INICIO DE HEMODIÁLISIS DE LOS
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN
HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRION DE TACNA EN EL 2019**

| INICIO DE HEMODIALISIS | CALIDAD DE VIDA | | | | | |
|---------------------------|-----------------|------|---------|------|-------|------|
| | MALO | | REGULAR | | BUENO | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 4 - 7 MESES | 10 | 56.7 | 0 | 0.0 | 7 | 43.3 |
| 8 - 12 MESES | 2 | 13.3 | 4 | 22.7 | 10 | 64.0 |
| > 2 AÑOS | 12 | 33.9 | 11 | 32.7 | 13 | 33.3 |
| > 3 AÑOS | 12 | 38.0 | 20 | 62.0 | 0 | 0.0 |
| TOTAL | 36 | 35.4 | 35 | 34.3 | 30 | 30.3 |

$$X^2 = 60090,770$$

$$p < 0,001$$

$$V \text{ de Cramer} = 0,408$$

$$p < 0,001$$

Mediante la prueba de chi cuadrado podemos afirmar que existe una asociación entre las variables, estadísticamente significativa con un $p < 0,001$. Y según la correlación V de Cramer de 0,408 que significa una fuerza de asociación moderada.

Se estaría afirmando que, los pacientes con más tiempo en hemodiálisis, tienen predominantemente de regular a mala calidad de vida (Tabla 09)

Tabla 10

**CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL
PROGRAMA DE HEMODIALISIS DE LOS PACIENTES
CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN
HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRION DE TACNA EN EL 2019**

| PROGRAMA DE HEMODIALISIS | CALIDAD DE VIDA | | | | | |
|--------------------------------|-----------------|------|---------|------|-------|------|
| | MALO | | REGULAR | | BUENO | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 2 VECES A LA SEMANA | 7 | 43.3 | 0 | 0.0 | 10 | 56.7 |
| 3 VECES A LA SEMANA | 30 | 36.2 | 36 | 43.2 | 18 | 20.6 |
| TOTAL | 37 | 35.4 | 36 | 34.3 | 28 | 30.3 |

$X^2 = 45751,406$

$p < 0,001$

$V \text{ de Cramer} = 0,356$

$p < 0,001$

Mediante la prueba de chi cuadrado podemos afirmar que existe una asociación entre estas variables, estadísticamente significativa con un $p < 0,001$. Teniendo la correlación V de Cramer de 0,356 que significa una fuerza de asociación baja.

Se afirmaría que, los pacientes dializados de 3 veces por semana, son los que sobre todo tienen regular a mala calidad de vida. (Tabla 10).

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar las características clínico – epidemiológicas y el nivel de calidad de vida en relación con la salud en los pacientes en hemodiálisis, mediante un instrumento validado como el KDQOL – 36, teniendo una población total de 101 pacientes que pertenecen al Programa de Hemodiálisis del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, en el año 2019.

Se encontraron varias limitaciones, particularmente en la recolección de datos ya que, al ser sobre todo pacientes mayores de edad, les fue dificultoso la comprensión de algunos ítems con el test empleado.

Pese a ello, se obtuvieron datos necesarios y se lograron los objetivos. Se evidenció que la edad más frecuente en los pacientes hemodializados estuvo entre los 61 y los 70 años., la mayoría era de sexo femenino, de condición civil predominantemente casados, de grado de instrucción declarado como superior, y así mismo la mayoría reside en el cercado de Tacna.

Estos pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, presentaban como comorbilidad más frecuente la diabetes mellitus, y en su mayoría tenía más de 2 años de haber empezado la hemodiálisis, siendo el programa más usado de 3 veces por semana.

En cuanto a la apreciación de la calidad de vida con la Escala KDQOL – 36 en estos pacientes, el componente de salud mental se calificó preferentemente con mala calidad de vida; el componente de salud física se valoró sobre todo con regular a mala calidad de vida. En relación a los ítems específicos de la enfermedad, la subescala carga de la enfermedad se calificó predominantemente con regular calidad de vida y en referencia a los síntomas y al efecto de la enfermedad se consideró mayoritariamente con mala la calidad de vida.

En general, los pacientes hemodializados en un 69.7% consideraron tener de regular a mala la calidad de vida.

Este resultados fueron similares al estudio nacional de Chata Anahua (19), en el que se apreció la repercusión del componente físico y carga de la enfermedad (19), y el estudio local de Chavez Luza (40) de hace 5 años, en el que lo más afectado fue el aspecto mental y físico. Y la investigación de Cusipaucar Supo (18), donde ninguno calificó a su salud como excelente o muy buena.

Además se puede afirmar que según el análisis estadístico, se relaciona a una mala calidad de vida, las siguientes características estudiadas: mayor edad, en condición civil sin pareja, sin grado de instrucción, no residentes en el cercado de Tacna; con comorbilidad diabetes mellitus; mayor tiempo en hemodiálisis, y con programa de 3 veces a la semana, y aunque el número de encuestados fue limitado, se obtuvo significancia estadística entre estas variables con la calidad de vida medida por el KDQOL-36, con una fuerza asociativa mínima a moderada por el Coeficiente de Cramer.

Entre las controversias, según el estudio de Moreno F. y cols (17), se señala una relación directa: a mayor edad mejor calidad de vida, ocurriendo lo inverso en nuestro estudio. Según el estudio de Chata (19) el sexo femenino se relacionaba a una buena calidad de vida, en nuestro estudio fue también inverso; ocurriendo lo mismo respecto al estado civil, ya que en nuestro trabajo el paciente sin conyugue percibió mayoritariamente una mala de vida. Más bien, hubo datos similares con respecto al grado de instrucción, donde a mayor grado de instrucción mejor calidad de vida.

Este estudio nos ha permitido obtener información similar a la de otras investigaciones y hacer comparaciones frente a estos. Además, se obtuvo datos epidemiológicos y sobre la calidad de vida, que pueden ser de utilidad para implementar o mejorar medidas, que reviertan algunos

aspectos de la calidad de vida entre los pacientes hemodializados de nuestra localidad.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio se encuestaron 101 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. El rango de edad promedio fue de 61 a 70 años (35.6%), predomina el sexo femenino (51.5%), el estado civil más frecuente fue casado (59.4%), prevalece el nivel de estudio superior (56.4%), en su mayoría residen en cercado de Tacna (32.7%). La comorbilidad más frecuente es la diabetes mellitus (52.5%), en su mayoría iniciaron hemodiálisis desde hace más de dos años (35.6%), y el programa de hemodiálisis más usado fue de tres veces por semana (83.2%).
2. En relación al Test de Calidad de Vida KDQOL – 36, el componente más afectado fue la salud mental y la subescalas más afectadas fueron los síntomas y los efectos de la enfermedad. En general un 35.4% de la población consideró tener una mala calidad de vida.
3. Existió una asociación significativa entre las características clínicas epidemiológicas estudiadas y la calidad de vida, con una fuerza de asociación de mínimo a moderado ($p < 0.05$), relacionándose con una mala calidad de vida: mayor edad, sexo femenino, no tener conyugue, nivel de educación primaria, no residir en cercado de Tacna, tener comorbilidad como diabetes mellitus; inicio de hemodiálisis desde hace más de 2 años y tener una frecuencia de diálisis de 3 veces por semana.

RECOMENDACIONES

1. Dar a conocer los resultados de esta investigación, a los responsables del programa de hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, a fin de que se puedan adoptar medidas que puedan mejorar en cierta medida la calidad de vida de estos pacientes, haciendo énfasis a los componentes afectados.
2. Realizar evaluaciones periódicas que incluyan las visitas domiciliarias y aplicación de la escala de calidad de vida a los pacientes en hemodiálisis, pidiendo el apoyo de sus familiares para mejorar sus condiciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedad Renal Crónica | Nefrología al día [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo/enfermedad-renal-cronica-136>
2. Aguilera M, Cisne YD. Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica hospitalizados en el área de nefrología del hospital Carlos Andrade Marín. 2018 [citado 12 de marzo de 2020]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/14953>
3. ¿Qué es calidad de vida? | Logos Boletín Científico de la Escuela Preparatoria No. 2 [Internet]. [Citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa2/article/view/1120>
4. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento | OPS OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es
5. Análisis de la Situación de la enfermedad renal crónica en el Perú - 2015 [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=598&Itemid=353
6. OPS/OMS | Nueva publicación de OPS presenta las bases metodológicas y enfoques para la vigilancia de salud pública de la Enfermedad Renal Crónica [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13530:new-paho-publication-presents-the-methodological-basis-and-approaches-for-public-health-surveillance-of-chronic-kidney-disease&Itemid=4327&lang=es

7. María Auxiliadora Moya Ruiz Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v20n1/07_original6.pdf
8. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-69952016000300009
9. DeCS Server - List Terms [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
10. documento-consenso-sobre-enfermedad-renal-cronica.pdf [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://secardiologia.es/images/publicaciones/documentos-consenso/documento-consenso-sobre-enfermedad-renal-cronica.pdf>
11. articulo2.pdf [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15_2/articulo2.pdf
12. Costa GMA, Pinheiro MBGN, Medeiros SM de, Costa RR de O, Cossi MS. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global*. julio de 2016;15(43):59-73.
13. Calidad de vida de pacientes en diálisis peritoneal y su impacto en la dimensión social [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452019000100219&lng=en&nrm=iso&tlng=es

14. Relación entre las complicaciones y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200112
15. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Cáceres-Espina M. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2012; 20(5): 838-846. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000500004&script=sci_arttext&tlng=es
16. Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000200177
17. Moreno, F. y cols. Calidad de Vida en los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Factores Relacionados con la Calidad de Vida de los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis. *Nefrología*. 2009; 16 (2): 64-72.
18. Cusipaucar Supo m. Características Epidemiológico-clínicas y calidad de vida de pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal, hemodializados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2013. 2014.
19. Chata Anahua, Clever. Repositorio.unjbg.edu.pe. 2015. calidad de vida y factores de riesgo en pacientes en terapias de reemplazo renal: diálisis peritoneal y hemodialisis en el hospital nacional edgardo rebagliati martins, en el periodo 2014. Disponible en URL: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2088/519_2015_c_hata_anahua_cr_facsc_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Accessed 17 April 2020].

20. CKD Evaluation and Management – KDIGO [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/>
21. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán JM, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 1 de mayo de 2014;34(3):302-16.
22. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán JM, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. :15.
23. Herrera- Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Taype-Rondan A. La enfermedad renal crónica en el Perú: Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. *Acta Médica Peruana*. abril de 2016;33(2):130-7.
24. Farreras Rozmann. «MEDICINA INTERNA». XVIII. Barcelona - España: Mosby; 2016. 2663 p.
25. Achiardi Rey RD, Vargas JG, Echeverri JE, Moreno M, Quiroz G. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Rev Med*. 30 de noviembre de 2011;19(2):226.
26. Burkhard Tönshoff, MD, PhD. Pathogenesis, evaluation and diagnosis of growth impairment in children with chronic kidney disease - UpToDate [Internet]. [citado 5 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-evaluation-and-diagnosis-of-growth-impairment-in-children-with-chronic-kidney-disease?search=Pathogenesis,%20evaluation%20and%20diagnosis%20of%20chronic%20kidney%20disease&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

27. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100026
28. Valoración de la nueva ecuación CKD-EPI para la estimación del filtrado glomerular | Nefrología [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-valoracion-nueva-ecuacion-ckd-epi-estimacion-articulo-X021169951003616X>
29. Pathogenesis, evaluation and diagnosis of growth impairment in children with chronic kidney disease - UpToDate [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-evaluation-and-diagnosis-of-growth-impairment-in-children-with-chronic-kidney-disease>
30. Sellares, Victor Lorenzo. Enfermedad Renal Crónica [Internet]. [citado 31 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/en-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
31. Sellarés VL. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife. :18.
32. Herrera- Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Taype-Rondan A. La enfermedad renal crónica en el Perú: Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Acta Médica Peruana. abril de 2016;33(2):130-7.
33. Piaskowski P. Hemodiálisis y diálisis peritoneal. capítulo 19:14.
34. Complicaciones agudas en hemodiálisis - Página 2 de 3 [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/complicaciones-agudas-hemodialisis/2/>
35. ¿Que es calidad de vida? [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>

36. Zúñiga SM C, Dapuetto P J, Müller O H, Kirsten L L, Alid A R, Ortiz M L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario «Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)». Revista médica de Chile. febrero de 2009;137(2):200-7.
37. Sánchez-Cabezas AM, Morillo-Gallego N, Merino-Martínez RM, Crespo-Montero R. Calidad de vida de los pacientes en diálisis. Revisión sistemática. :17.
38. Ana Julia Carrillo-Algara. Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: Revisión integrativa. Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v21n4/2255-3517-enefro-21-04-334.pdf>
39. Carlos Zúñiga. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario “Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)”. Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n2/art03.pdf>
40. Diana Chavez Luza. Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria continua del Hospital Daniel A. Carrios (ESSALUD-Tacna), agosto 2014-febrero 2015. Oficina de Biblioteca Central de la Universidad Privada de Tacna. Peru.

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE DATOS:

- a. EDAD: _____
- b. SEXO: femenino () masculino () otro ()
- c. ESTADO CIVIL soltero () casado () viudo () separado ()
- d. GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria () secundaria () superior ()
- e. LUGAR DE RESIDENCIA: _____
- f. ALGUNA ENFERMEDAD ANTERIOR:

HTA ()

DM ()

Otros:

- g. CUANDO INICIO DIÁLISIS Y PROGRAMA:
-

ANEXO 02

ESCALA: ENFERMEDAD DEL RIÑÓN Y CALIDAD DE VIDA (KDQOL™-36)

Comprendida por:

- Componente de Salud Mental y Física
- Subescala específica: carga de la enfermedad, síntomas de la enfermedad y efecto de la enfermedad.

COMPONENTE DE SALUD MENTAL Y FÍSICO.

SU SALUD

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.

1. En general, ¿diría que su salud es. ?:

| Excelente | Muy buena | Buena | Pasable | Mala |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

| | Sí, me limita mucho | Sí, me limita un poco | No, no me limita en absoluto |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 2. <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| 3. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

| | Sí | No |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 4. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 5. Ha tenido limitaciones en cuanto al <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

| | Sí | No |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 6. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 7. Ha hecho el trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado</u> de lo usual | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

| Nada en absoluto | Un poco | Mediana-mente | Bastante | Extremadamente |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

| | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 9. Se ha sentido tranquilo y sosegado? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 10. Ha tenido mucha energía? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 11. Se ha sentido desanimado y triste? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SU ENFERMEDAD DEL RIÑÓN

SUBESCALA CARGA DE LA ENFERMEDAD

¿En qué medida considera cierta o falsa en su caso cada una de las siguientes afirmaciones?

| | Totalmente cierto | Bastante cierto | No sé | Bastante falso | Totalmente falso |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 13. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 14. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 15. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 16. Me siento una carga para la familia | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SUBESCALA SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?

| | Nada | Un poco | Regular | Mucho | Muchísimo |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 17. ¿Dolores musculares? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 18. ¿Dolor en el pecho? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 19. ¿Calambres? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 20. ¿Picazón en la piel? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 21. ¿Sequedad de piel? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 22. ¿Falta de aire? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 23. ¿Desmayos o mareo? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 24. ¿Falta de apetito? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 25. ¿Agotado/a, sin fuerzas? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 26. ¿Entumecimiento (hormigqueo) de manos o pies? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 27. ¿Náuseas o molestias del estómago? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 28a. (Sólo para pacientes hemodiálisis) ¿Problemas con la fistula? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 28b. (Sólo para pacientes en diálisis peritoneal) ¿Problemas con el catéter? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SUBESCALA EFECTOS DE LA ENFERMEDAD

Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria, mientras que a otras no. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas?

| | Nada | Un poco | Regular | Mucho | Muchísimo |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 29. ¿Limitación de líquidos?..... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 30. ¿Limitaciones en la dieta? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 31. ¿Su capacidad para trabajar en la casa? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 32. ¿Su capacidad para viajar? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 33. ¿Depender de médicos y de otro personal sanitario? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 34. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 35. ¿Su vida sexual? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 36. ¿Su aspecto físico? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se realizará una encuesta a los pacientes pertenecientes al Programa de Hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, para realizar un trabajo investigación titulado:

Características Clínico - Epidemiológicas y calidad de vida en relación con la salud en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna.

El trabajo de investigación es con fines académicos para obtener el grado de titulación en Medicina Humana.

El estudio está a cargo de la **Bachiller Diana Paola Téllez Ccahuana.**

El objetivo de la investigación es recolectar datos personales y la aplicación de una encuesta de 36 preguntas para evaluar la calidad de vida en estos pacientes.

Por lo cual, a través de este medio doy mi consentimiento para que todo tipo de información acerca del paciente mencionado a continuación, sea usados con fines científicos y docentes.

Nombre del paciente:.....

Comprendo que no se publicará el nombre del paciente y que se intentará en todo lo posible mantener el anonimato de la identidad en el texto.

Documento de identidad:.....

Firma.....

Fecha y hora:.....