



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION.
SUBDIRECCION DE POSTGRADO E INVESTIGACION.**

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL
ADSCRITOS AL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO "DR.
BELISARIO DOMINGUEZ".**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
PRESENTADO POR DRA. ANA MARIA CALDERON ESCUTIA.**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.
DIRECTOR DE TESIS DR. HECTOR INFANTE SIERRA.**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN.
SUBDIRECCION DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN.**

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL
ADSCRITOS AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO “DR.
BELISARIO DOMÍNGUEZ”.**

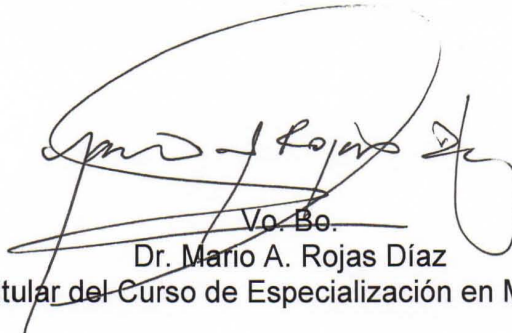
**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
PRESENTADO POR DRA. ANA MARÍA CALDERÓN ESCUTIA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.
DIRECTOR DE TESIS DR. HÉCTOR INFANTE SIERRA.**

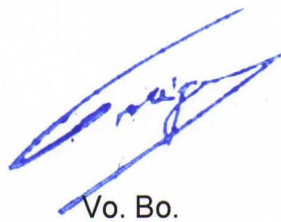
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL
ADSCRITOS AL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO DR. BELISARIO
DOMINGUEZ.



Dra. Ana María Calderón Escutia
Autor



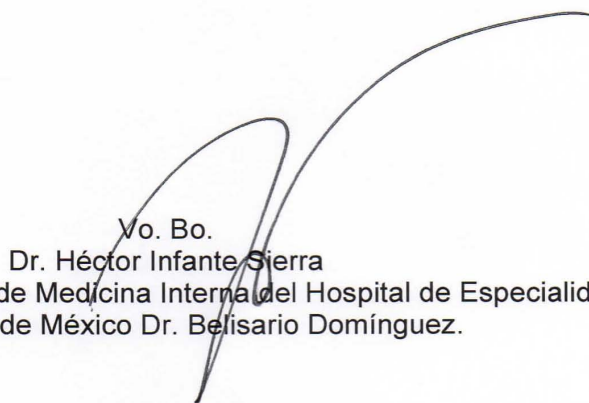
Vo. Bo.
Dr. Mario A. Rojas Díaz
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Interna



Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret
Director de Educación e Investigación



COMISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL



Vo. Bo.

Dr. Héctor Infante Sierra

Medico Adscrito al Servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades de
la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez.

Dedico este trabajo a:

MIS PADRES:

Enrique Calderón León y María de los Ángeles Escutia Zepeda por su sacrificio, su esfuerzo, apoyo incondicional, dedicación y amor que me brindaron para culminar con éxito la especialidad en Medicina Interna.

MIS HIJAS:

Ana Fernanda Ruiz Calderón y María José Ruiz Calderón por su amor, fortaleza, paciencia y cariño que me han brindado en los momentos más difíciles y sobre todo por saber esperar.

MI ESPOSO:

Jaime Ruiz Lavariega por sus consejos y palabras de consuelo en los momentos adversos.

CONTENIDO

RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA.....	2
1.2 ANTECEDENTES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.....	3
1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	5
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	6
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	
2. MARCO TEORICO.....	7
2.1 CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA.....	7
2.1.1 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA	
2.1.2 CARACTERISTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA	
2.1.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	
2.1.3.1 Manifestaciones Clínicas de la ERC	
2.1.3.2 Evaluación de la Enfermedad Renal Crónica	
2.1.3.3 Enfermedad Renal Crónica y Riesgo de Mortalidad	
2.1.4 DIALISIS PERITONEAL	
2.1.5 TIPOS DE DIALISIS PERITONEAL	
2.1.6 COMPLICACIONES DE LA DIALISIS PERITONEAL	
2.1.6.1 Complicaciones médicas	
2.1.6.2 Complicaciones metabólicas	
2.1.6.3 Complicaciones por aumento de la presión intraabdominal	
2.1.7 HEMODIALISIS	
2.1.8 TRANSPLANTE RENAL	
2.1.9 ASPECTOS ECONOMICOS DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL	

3.	HIPOTESIS.....	17
3.1	HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION.....	17
3.2	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	17
3.3	UNIDAD DE ANALISIS.....	19
3.4	VARIABLE.....	19
4.	DISEÑO METODOLOGICO.....	20
4.1	TIPO DE ESTUDIO.....	20
4.2	POBLACION Y MUESTRA.....	21
4.2.1	POBLACION	
4.3	TIPO DE MUESTREO.....	21
4.4	CRITERIOS PARA DETERMINAR LA MUESTRA.....	21
4.4.1	CRITERIOS DE INCLUSION	
4.4.2	CRITERIOS DE NO INCLUSION	
4.5	TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	22
4.5.1	TECNICA DOCUMENTAL	
4.5.2	TECNICA DE TRABAJO DE CAMPO	
4.6	INSTRUMENTO.....	22
4.7	PROCEDIMIENTO.....	28
4.7.1	PLANIFICACION	
4.7.2	EJECUCION	
4.8	PLAN DE ANALISIS.....	30
4.9	CONSIDERACIONES ETICAS.....	31
5.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	32
6.	CONCLUSIONES.....	42
7.	REFERENCIASBIBLIOGRAFICAS.....	45

TITULO: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL ADSCRITOS AL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO “DR. BELISARIO DOMINGUEZ”.

RESUMEN

Se trata de un estudio tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal sobre *calidad de vida relacionada con la salud* por lo que se plantea como objetivo describir la calidad de vida percibida en los pacientes con enfermedad renal crónica adscritos al programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”. Para ello utilizamos el cuestionario KDQOL-36 tomando en cuenta los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. La medición de la CVRS de nuestros pacientes en DPI con el KDQOL-36, muestra puntajes de salud física y mental por debajo del puntaje referencial reportado para la población general. Los puntajes significativamente más bajos, se observaron en los subgrupos de pacientes con diabetes, cardiopatía e hipertensión arterial y aquellos con niveles socioeconómicos y educacionales bajos.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica (ERC), Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI), Calidad de Vida Percibida (CVP).

1. INTRODUCCIÓN

1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

La Enfermedad Renal Crónica ERC es el deterioro gradual y permanente de la función renal a lo largo de varios meses. En el año 2002 la National Kidney Foundation de Estados Unidos en las guías K/DOQI definió a la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$. La ERC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis, hemodiálisis o trasplante para poder vivir (1).

Los datos compilados por la OMS muestran la existencia aproximada de 150 millones de personas a nivel mundial con diabetes, predicen que este dato puede ser doblado a más de 300 millones para el 2025 (18).

Con los datos antes mencionados esta patología, representa un extraordinario impacto en lo que se ha dado en llamar “epidemia” de la ERC en el mundo, su importancia radica en los grandes costos que origina. Por ejemplo en los EE.UU. se gastan entre 50 mil y 70 mil dólares por año/paciente dependiendo de la patología acompañante y la modalidad del tratamiento (17).

México está inmerso en un proceso de transición epidemiológica a través del cual ciertas enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial han desplazado a las enfermedades infecciosas como

principales causas de muerte. La ERC es una complicación frecuente de las dos enfermedades previamente mencionadas.

En México aún no se cuenta con el Registro Nacional; sin embargo, considerando que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (principal factor etiológico), según la Encuesta Nacional del 2000, es de 10.8% en la población mayor de 18 años y el riesgo de padecer nefropatía es entre 20 y 40%, se calcula que por lo menos hay ocho millones de personas con ERC; de las cuales, cerca de 40,000 están adscritas a algún tipo de terapia sustitutiva de la función renal como: Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI), Diálisis Peritoneal Ambulatoria (DPA), Diálisis Peritoneal Automatizada (DPCA) o Hemodiálisis.

Por lo antes mencionado se hace relevante el conocer la Calidad de Vida Percibida de los pacientes que padecen ERC con tratamiento mediante Diálisis Peritoneal Intermitente.

1.2 ANTECEDENTES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

En Medicina, el interés por la calidad de vida relacionada con la salud es relativamente reciente. Este interés fue estimulado por el desarrollo del éxito en la prolongación de la vida humana y por la creciente comprensión de que ello puede representar un arma de doble filo, ya que los pacientes quieren vivir, no sobrevivir (13).

La calidad de la supervivencia de las personas es a veces cuestionable, por lo que los debates como la eutanasia, el mantenimiento artificial de la vida y la propia definición de la muerte, están adquiriendo cada vez mayor importancia (14).

La calidad de vida se define, según la Organización Mundial de la Salud OMS como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del

contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (17).

El concepto de calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) incorpora una perspectiva distinta a la puramente biológica, ampliando el foco de atención a rubros relacionados con el funcionamiento social y la percepción subjetiva del bienestar general del individuo. Así pues, bajo esta perspectiva, la CVRS representa “las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, lo cual influye sobre la medida en que se puede conseguir la satisfacción personal en las circunstancias de la vida” (19). La importancia de incluir indicadores de calidad de vida en el control clínico de los enfermos radica en la estrecha relación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad (13,17).

La calidad de vida en los pacientes que padecen de ERC que están en tratamiento sustitutivo mediante diálisis peritoneal intermitente en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” se hace relevante debido al aumento considerable de casos de pacientes que se diagnostican con dicha enfermedad y que su prevalencia es cada vez mayor año con año, por lo anterior y por los beneficios que puede aportar esta investigación como son: conocer la calidad de vida en pacientes que padecen ERC y están en el programa de diálisis peritoneal intermitente en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, tener la percepción del paciente de lo que es el concepto de Calidad de Vida.

A través de este trabajo se busca beneficiar a los profesionales de la salud como (médicos, enfermeras, estudiantes de pregrado, estudiantes de postgrado, etc.)

sobre Calidad de Vida en pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo y que ayude a otras ramas relacionadas a la salud para realizar estudios referentes a la Calidad de Vida tanto en pacientes renales como de otras patologías.

1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Qué calidad de vida relacionada con la salud perciben los pacientes que padecen enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal mediante diálisis peritoneal intermitente del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

1. Describir la calidad de vida percibida en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica adscritos al programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, “Dr. Belisario Domínguez”.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Aplicar el cuestionario KDQOL-36 a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica adscritos al programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.

2. Evaluar la calidad de vida en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica adscritos al programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.

3. Describir las características socio demográficas en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica adscritos al programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital de especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.

4. Identificar los aspectos modificables para mejorar la calidad de vida en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica adscritos al programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital de especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.

2. MARCO TEORICO

2.1 CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

El término "Calidad de Vida" fue admitido en el Index Medicus en 1977, este ha sufrido numerosas modificaciones en los últimos años y ha adquirido un protagonismo creciente en todos los ámbitos de la vida humana. Es un concepto dinámico y por ello, distintos términos se han utilizado para hacer referencia a una misma idea. Así, calidad de vida, bienestar, satisfacción y felicidad suelen ser utilizados indistintamente (22).

Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término (23).

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (23).

Aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), Herdman y Baró citan la definición propuesta por Shumaker y Naughton:

"La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son

importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional" (24).

2.1.1 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

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

a) Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

b) Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

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

2.1.2 CARACTERISTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

- a) **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- b) **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- c) **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo bio-psicosocial. El ser humano es un todo.
- d) **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- e) **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Describir la Calidad de Vida en el ser humano es muy importante, más cuando está relacionada con personas que padecen ERC y que reciben tratamiento mediante diálisis peritoneal intermitente.

2.1.3 ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Los riñones realizan varias funciones en el organismo: 1) filtran la sangre y eliminan productos de desecho del metabolismo así como sustancias endógenas y exógenas, 2) mantienen el balance hidroelectrolítico, 3) regulan el equilibrio ácido – base, 4) secretan hormonas como la eritropoyetina y la renina y 5) modifican sustancias como la vitamina D, para la regulación del fósforo y el calcio (1).

Las causas de ERC se pueden agrupar en enfermedades vasculares,

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

El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundario a la disfunción renal. Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal. Se han identificado sustancias tóxicas como la homocisteína, las guanidinas y la beta-2 micro globulina, además de una serie de alteraciones metabólicas y endocrinas (1).

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de morbimortalidad en los pacientes con ERC, ocasionando 30 veces más riesgo de morir que el de la población general. Este riesgo puede ser atribuible a una correlación entre la uremia y la aterosclerosis acelerada. En pacientes con ERC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemias, edad avanzada, DM y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular (1).

2.1.3.1 Manifestaciones Clínicas de la ERC

Un riñón con una TFG normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se presentan alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardiaca y edema pulmonar (1, 3, 4, 6).

La hipertensión arterial es la complicación más común de la ERC en presencia de uremia, siendo el aumento del volumen corporal su causa principal. Por sí misma, la hipertensión causa más daño renal, cayendo en un círculo vicioso que perpetúa el deterioro de la función renal. Un alto porcentaje de pacientes con IRC desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y cardiomiopatía dilatada (1, 3, 4, 6).

La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la TFG disminuye a menos de $30\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$. La anemia ocasiona un aumento del gasto cardiaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardiacas, angina, insuficiencia cardiaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico.

La uremia produce disfunción plaquetaria manifestada como diátesis hemorrágica. Los pacientes de ERC también presentan acidosis, hiperglucemia, malnutrición y aumento de la osmolaridad sérica. Otra de las complicaciones de la uremia es una

leve intolerancia a carbohidratos. En las mujeres con ERC es común la amenorrea y la incapacidad de llevar un embarazo a término. Una vez que la TFG disminuye a menos de $20 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, se presentan síntomas como anorexia, hipo, náusea, vómito y pérdida de peso que son los síntomas más tempranos de la uremia (1, 3, 4, 6).

2.1.3.2 Evaluación de la Enfermedad Renal Crónica

La proteinuria es un marcador de la progresión de la enfermedad renal. Un individuo sano normalmente excreta una cantidad de proteínas mínima en orina (menos de 150 mg al día). La pérdida de proteínas en orina es detectable mediante las tiras reactivas cuando es mayor o igual a 300mg/L o 300 mg de albúmina/g creatinina, lo que se conoce como micro albuminuria, la cual ya no es detectable en tiras reactivas. Tanto la micro como la macro albuminuria son marcadores de riesgo de progresión de la enfermedad renal, especialmente en diabéticos e indican un mayor riesgo de muerte cardiovascular.

La ERC se divide en cinco estadios según la TFG y la evidencia de daño renal. El estadio 1 se caracteriza por la presencia de daño renal con TFG normal o aumentada, es decir mayor o igual a $90 \text{ ml/min/1.73m}^2$. Por lo general la enfermedad es asintomática (1, 3, 4, 6).

Las guías de la National Kidney Foundation clasifican a los pacientes que tienen diabetes y micro albuminuria con una TFG normal en el estadio 1.

El estadio 2 se establece por la presencia de daño renal asociada con una ligera disminución de la TFG entre 89 y 60 ml/min/1.73m^2 . El estadio 3 es una disminución moderada de la TFG entre 30 y 59 ml/min/1.73m^2 . El estadio 4 se

refiere a daño renal avanzado con una disminución grave de la TFG entre 15 y 30 ml/min/1.73m². El estadio 5 o insuficiencia renal crónica terminal, la TFG cae por debajo de 15 ml/min/1.73m². En este estadio el tratamiento sustitutivo es requerido.

2.1.3.3 Enfermedad Renal Crónica y Riesgo de Mortalidad

Los pacientes con enfermedad renal crónica tienen un mayor riesgo de morir y padecer enfermedades cardiovasculares que la población general. En el año 2006, se publicó un meta análisis que mostró un aumento del riesgo relativo de mortalidad cardiovascular a ERC, que fue mayor en cohortes con pacientes más jóvenes. Calcularon que en pacientes con un promedio de 50 años de edad, el riesgo relativo es de 3.4 (IC 95% 2.1-5.5); mientras que en pacientes con una media de 70 años en riesgo relativo es de 1.5 (IC 95% 0.96-2.3). En conclusión, hay evidencia de que la enfermedad renal crónica incrementa el riesgo de muerte por cualquier causa y específicamente por eventos cardiovasculares de manera significativa (1,3).

2.1.4 DIALISIS PERITONEAL

El sistema de diálisis peritoneal consta de una bolsa que contiene el líquido de diálisis, conectada a un catéter a través del cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal. La difusión de solutos mediada por las fuerzas oncóticas y líquido a través del peritoneo ocurre mediante un sistema de poros en los capilares peritoneales, los cuales proporcionan un área de intercambio extensa.

2.1.5 TIPOS DE DIALISIS PERITONEAL

Existen diferentes modalidades de diálisis peritoneal, siendo la diálisis peritoneal ambulatoria (DPA) y la diálisis peritoneal automatizada (DPCA) las mayormente utilizadas. La situación socioeconómica del paciente y su capacidad de realizar el procedimiento son factores muy importantes al momento de prescribir la diálisis peritoneal.

Los pacientes en diálisis peritoneal reportaron una mejor calidad de vida considerando su percepción de la capacidad de viajar, problemas financieros, restricciones en la dieta y la ingesta de líquidos y problemas del acceso dialítico. Es de vital importancia identificar a los mejores candidatos para cada modalidad dialítica, evitando así complicaciones y costos excesivos.

2.1.6 COMPLICACIONES DE LA DIALISIS PERITONEAL

2.1.6.1 Complicaciones médicas

Hipovolemia: Se manifiesta por calambres, hipotensión y disminución de peso.

Hipervolemia: Se produce por una ingesta de líquidos superior a las pérdidas. Es frecuente al perder la función renal residual.

Hipernatremia: Es rara y suele asociarse a ultrafiltración excesiva por el uso de cambios hipertónicos y de corta duración, que producen un excesivo balance negativo de agua.

2.1.6.2 Complicaciones metabólicas

Los pacientes con ERC presentan una dislipidemia característica que no es corregida por la diálisis peritoneal. Un 40-80% presentan hipertrigliceridemia, a veces grave. Un 20-60% tiene hipercolesterolemia, que suele ser discreta. Por lo general se acompaña de un incremento del colesterol-LDL. Este perfil lipídico es

muy aterogénico. La alteración más característica y de mayor relevancia pronóstica es la hipoalbuminemia. Se debe fundamentalmente a malnutrición proteica, aunque puede estar agravada en la diálisis peritoneal por otros factores como la pérdida peritoneal de proteínas, la hemodilución, etc. La hipoalbuminemia es más frecuente que en la hemodiálisis y condiciona un mal pronóstico. Hasta un 40% de los pacientes en diálisis peritoneal presenta algún grado de desnutrición, aunque suele ser leve.

2.1.6.3 Complicaciones por aumento de la presión intraabdominal

El aumento de presión depende del volumen de líquido intraperitoneal y varía con la posición del paciente.

Hernias: Un 10-25% de los pacientes en diálisis peritoneal presenta hernias, cuya incidencia es superior en la DPCA que en la DPA.

Fugas: Suponen la salida de líquido peritoneal, generalmente peri catéter, a la altura de la implantación. Se manifiestan como edema subcutáneo o genital.

Hidrotórax: Se produce por paso del líquido de diálisis a la cavidad pleural a través de defectos diafragmáticos congénitos o adquiridos. Aparece en un 2% de los pacientes (es más frecuente en mujeres y en el lado derecho).

2.1.7 HEMODIALISIS

La hemodiálisis utiliza una máquina de diálisis y un filtro especial (dializador). La sangre del paciente ingresa a la máquina desde el punto de acceso en el paciente (fistula, injerto vascular o una línea central temporal), se filtra y luego vuelve al paciente. La sangre y los líquidos de diálisis no se mezclan, la sangre fluye a través de una membrana semipermeable que solo permite el paso de algunas moléculas.

2.1.8 TRASPLANTE RENAL

El trasplante renal consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía. El injerto es colocado en el interior de la parte baja del abdomen y generalmente se conectan la arteria y vena renal del injerto a la arteria iliaca externa y la vena iliaca del paciente. No todos los pacientes con ERC son candidatos a trasplante renal por lo que su evaluación adecuada minimiza la morbilidad y mortalidad, al igual que mejora la calidad de vida.

2.1.9 ASPECTOS ECONOMICOS DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

La ERC representa una de las enfermedades más costosas a nivel mundial. Los costos globales de su tratamiento son muy altos y continúan aumentando, constituyendo un reto económico para los sistemas de salud. Existen factores económicos importantes que influyen en la selección de la modalidad de diálisis, especialmente el financiamiento, el reembolso por el servicio y la disponibilidad de recursos. En el caso particular de nuestro país en que más del 70% de los pacientes reciben DP, su alta utilización se debe en parte a que es la modalidad con el mayor apoyo financiero por parte del sistema de seguridad social y las instituciones públicas. En los últimos años ha habido una tendencia a promover el financiamiento de la HD, lo que podría estar en relación con la disminución en el uso de DP que se aprecia en México actualmente. Algunos autores sugieren que los pacientes con terapia en casa, HD o DP, tienen mejores resultados con respecto a sobrevivencia, calidad de vida y satisfacción (5).

En conclusión, la prevalencia de la ERC en México es probablemente mayor que la estimada. En la mayoría de los casos la modalidad utilizada es la DP .

3. HIPOTESIS

3.1 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

Por tratarse de un estudio transversal no aplica.

3.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION
Genero	Contexto	Características genóticas con el que se identifica al nacer a un individuo.	Cualitativa	Hombre. Mujer.
Edad	Contexto	Conteo de días vividos desde la fecha de nacimiento hasta el momento del interrogatorio.	Cuantitativa	Específico.
Estado civil	Contexto	Condición legal en la que una persona cohabita.	Cualitativa	Soltero. Casado. Unión libre. Viudo. Divorciado. Otros.
Escolaridad	Contexto	Nivel de estudio terminado con certificado hasta la actualidad.	Cualitativa	Analfabeto. Primaria. Secundaria. Preparatoria. Licenciatura. Otros.
Peritonitis	Contexto	Infección de la cavidad abdominal con conteo de más de 100,000 leucocitos por campo.	Cualitativa	Sí. No.
Trabajo	Contexto	Oficio o profesión que una persona ejerce.	Cualitativa	Sí. No.
Diabetes Mellitus tipo 2	Contexto	Enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia, según guías de ADA, glucosa mayor a 200 mg/dl en dos muestras al azar más sintomatología como polifagia, polidipsia y poliuria.	Cualitativa	Sí. No.
Hipertensión Arterial	Contexto	Enfermedad crónica	Cualitativa	Sí.

Sistémica		caracterizada por aumento continuo de la presión arterial con cifras superiores a 130/90 mmHg en dos o más mediciones.		No.
Número de catéter peritoneal	Contexto	Catéter peritoneal tipo Tenckhoff que sirve para dializar.	Cuantitativa	Específico.
Religión	Contexto	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Cualitativa	Católico. Cristiano. Ateo. Otros.
Cardiopatía	Contexto	Enfermedad del corazón de múltiples etiologías.	Cualitativa	Sí. No.
Residencia	Contexto	Estar establecido en un lugar.	Cualitativa	Urbano. Rural.
Nivel Socioeconómico	Contexto	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona.	Cualitativa	Bajo. Medio. Alto.
Convivencia	Contexto	Hecho de compartir o convivir con otras personas.	Cualitativa	Sólo. Con Familia. Con Amigos. Otros.
Componente físico	Contexto	Grado en que la salud, limita las actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos también incluye el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.	Cualitativa	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita en lo absoluto.
Componente mental	Contexto	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a estas, rendimiento menos y disminución	Cualitativa	Siempre. Casi siempre. Muchas veces. Algunas veces. Casi nunca. Nunca.

		del esmero en el trabajo.		
Carga	Contexto	Grado en que los problemas de salud física derivados de la enfermedad interfieren en el aspecto emocional.	Cualitativa	Totalmente cierto. Bastante cierto No sé. Bastante Falso. Totalmente falso.
Síntomas	Contexto	Grado en que los problemas de salud física causan sintomatología derivada de la enfermedad renal.	Cualitativa	Nada. Un poco. Regular. Mucho. Muchísimo.
Efectos	Contexto	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.	Cualitativa	Nada. Un poco. Regular. Medio. Muchísimo.

3.3 UNIDAD DE ANALISIS

Pacientes que presentan Enfermedad Renal Crónica y que están en tratamiento mediante diálisis peritoneal intermitente en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.

3.4 VARIABLE

1.- Calidad de Vida

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo cualitativo ya que el objetivo de este trabajo fue describir la Calidad de Vida que presentan los pacientes que padecen Enfermedad Renal Crónica y que están en tratamiento mediante Diálisis Peritoneal Intermitente.

Según el tiempo y la ocurrencia de la investigación es de tipo:

Prospectiva: Se registro la información en el momento en que se administro el instrumento de trabajo a la población en estudio.

Según el periodo y ocurrencia del estudio, este fue:

Transversal: Se estudió la variable Calidad de Vida en los pacientes que padecen Enfermedad Renal Crónica en tratamiento mediante Diálisis Peritoneal Intermitente, haciendo un corte en el tiempo de enero a junio de 2014, sin ningún seguimiento posterior.

En base al alcance de los resultados la investigación fue:

Descriptiva: El objetivo es describir las dimensiones como son: Componente Físico (PCS) y Componente Mental (MCS), sub escalas: carga; síntomas/problemas, y efectos de la enfermedad renal.

Según la fuente de datos la investigación se caracterizó por ser de tipo:

Documental: Porque la información que se consulta para este estudio está basado en artículos, revistas, congresos y sitios web y datos proporcionados por el Servicio de Diálisis Peritoneal del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez".

Según la forma de obtención de los datos para el estudio:

De Campo: Se obtuvieron los resultados de las técnicas de trabajo de campo como es el cuestionario KDQOL-36 para evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en el programa de Diálisis Peritoneal Intermitente.

4.2 POBLACION Y MUESTRA

4.2.1 POBLACION

La población de pacientes con ERC adscritos al programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” es de aproximadamente 134 pacientes, dicha información fue brindada por la Jefe de enfermería del servicio de Medicina Interna.

4.3 TIPO DE MUESTREO

Se trata de un estudio determinístico accidental ya que se realizó el cuestionario a un total de 95 pacientes (correspondiente al 89% de pacientes totales), adscritos al programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, una vez habiendo cumplido los criterios de inclusión

4.4 CRITERIOS PARA DETERMINAR LA MUESTRA

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad.
- 2.- Que estén inscritos en el programa de dialisis peritoneal intermitente del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.
- 3.- Tener más de 3 meses de pertenecer al programa de dialisis peritoneal intermitente del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.

4.4.2 CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1.- Situación clínica grave, trastorno psiquiátrico o cognitivo, que incapacite al paciente para responder al cuestionario al momento del interrogatorio.
- 2.- Que pertenezca al programa de Diálisis peritoneal ambulatoria o al programa de Hemodiálisis del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.
- 3.- Sufrir ingreso hospitalario en las cuatro semanas previas a la recolección de datos, ya que muchas preguntas se refieren a cómo se sintió el paciente durante este periodo de tiempo.
- 4.- Negativa expresa a participar en el estudio.
- 5.- Que hable algún idioma distinto al español.

4.5 TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

4.5.1 TECNICA DOCUMENTAL

Se obtuvo información médica en múltiples artículos sobre los temas de interés tratados en este estudio de investigación.

4.5.2 TECNICA DE TRABAJO DE CAMPO

Se aplicó el cuestionario KDQOL-36 a la población seleccionada por parte de la investigadora principal de este estudio.

4.6 INSTRUMENTO

En este estudio se aplicó el cuestionario KDQOL-36, que es una versión abreviada del KDQOL-SF con 36 ítems para la evaluación de CVRS en pacientes en diálisis, lo cual permite disminuir el tiempo de entrevista y mejorar su aceptación. El cuestionario KDQOL-36 utilizado tuvo su base en la versión del KDQOL- SF

traducida al español por la Dra. Silvia Giacoletto de Argentina y autorizada por el *Kidney Disease Quality of Life Working Group* en su sitio web.

El componente genérico del KDQOL-36 (ítems 1-12) es el SF-12, el cual permite obtener 2 puntajes generales: el Resumen del Componente Físico (PCS) y el Resumen del Componente Mental (MCS). El cuestionario SF-12 está validado para la población chilena y se utilizó en la Encuesta de Calidad de Vida aplicada por el Ministerio de Salud de Chile el año 2006. El componente específico del KDQOL-36 (ítems 13-36), permite obtener los puntajes de las subescalas específicas carga; síntomas/problemas, y efectos de la enfermedad renal.

Las puntuaciones para cada dimensión oscilan de 0 a 100, de manera que puntajes más altos representan mejor CVRS. Se utilizó como puntuación referencial el valor de 50.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BELISARIO DOMINGUEZ.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL ADSCRITOS AL PROGRAMA DE DIALISIS

PERITONEAL INTERMITENTE

Cuestionario número:

Nombre:

Número de expediente:

Número de catéteres Tenckhoff que se le han colocado:

Peritonitis: SI NO

Número de evento de peritonitis:

Edad	18-20	21-30	31-40	41-50	51-60	Más de 60
Genero	Hombre	Mujer				
Estado civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Unión libre	Otros
Escolaridad	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Otros
Religión	Católico	Cristiano	Ateo	Otros		
HAS+	Sí	No	No lo sé			

DM2++	Sí	No	No lo sé			
Cardiopatía	Sí	No	No lo sé			
¿Con quién vive?	Sólo	Con la Familia	Con amigos	Otros		
Residencia	Urbano	Rural				
Empleo	Sí	No				
Nivel Socioeconómico	Bajo	Medio	Alto			

+HAS: Hipertensión arterial sistémica, ++Diabetes Mellitus Tipo 2.

KDQOL-36.

Esta encuesta es sobre su salud, sobre cómo se ha sentido durante las últimas 4 semanas. Por favor, marque con una X la respuesta elegida para cada pregunta.

SU SALUD

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

- a) Excelente (1)
- b) Muy buena (2)
- c) Buena (3)
- d) Pasable (4)
- e) Mala (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.- Actividades moderadas , tales como mover una mesa.	1	2	3
3.- Subir varios pisos por la escalera.	1	2	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.- Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2
5.- Ha tenido limitaciones en cuanto al		

tipo de trabajo u otras actividades	1	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.- Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2
7.- Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual	1	2

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

- a) Nada en lo absoluto (1)
- b) Un poco (2)
- c) Medianamente (3)
- d) Bastante (4)
- e) Extremadamente (5)

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas.

	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9.- Se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
10.- Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
11.- Se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	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.)?

- a) Siempre (1)
- b) Casi siempre (2)
- c) Algunas veces (3)
- d) Casi nunca (4)
- e) Nunca (5)

SU ENFERMEDAD DEL RIÑÓN:

¿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.	1	2	3	4	5
14.- Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	1	2	3	4	5
15.- Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	1	2	3	4	5
16.- Me siento una carga para la familia	1	2	3	4	5

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

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
17.- ¿Dolores musculares?	1	2	3	4	5
18.- ¿Dolor en el pecho?	1	2	3	4	5
19.- ¿Calambres?	1	2	3	4	5
20.- ¿Picazón en la piel?	1	2	3	4	5

21.- ¿Sequedad de piel?	1	2	3	4	5
22.- ¿Falta de aire?	1	2	3	4	5
23.- ¿Desmayos o mareos?	1	2	3	4	5
24.- ¿Falta de apetito?	1	2	3	4	5
25.- ¿Agotado/a, sin fuerza?	1	2	3	4	5
26.- ¿Entumecimiento de manos o pies?	1	2	3	4	5
27.- ¿Nauseas o molestias del estómago?	1	2	3	4	5
28.- ¿Problemas con el catéter?	1	2	3	4	5

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

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	Medio	Muchísimo
29.- ¿Limitación de líquidos?	1	2	3	4	5
30.- ¿Limitaciones en la dieta?	1	2	3	4	5
31.- ¿Su capacidad para trabajar en la casa?	1	2	3	4	5
32.- ¿Su capacidad de viajar?	1	2	3	4	5
33.- ¿Depender me médicos y de otro personal sanitario?	1	2	3	4	5
34.- ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su	1	2	3	4	5

enfermedad del riñón?					
35.- ¿Su vida sexual?	1	2	3	4	5
36.- ¿Su aspecto físico?	1	2	3	4	5

4.7 PROCEDIMIENTO

4.7.1 PLANIFICACION

Para la realización de esta investigación se determinó la importancia de conocer la Calidad de Vida que presentan los pacientes que presentan Enfermedad Renal Crónica y que están en tratamiento mediante Diálisis Peritoneal Intermittente en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”. Se elaboro el perfil de investigación, y con la aprobación del perfil se realizo la elaboración del protocolo de investigación, todo ello comprendido en el mes de enero hasta el mes de julio del año 2014.

4.7.2 EJECUCION

Inicialmente se solicitó apoyo a los pacientes mayores de 18 años de edad adscritos al servicio de diálisis peritoneal intermitente del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” para responder el cuestionario KDQOL-36. Una vez que los pacientes acepten participar, se procederá a realizar el cuestionario una vez que se encuentren al final del evento dialítico.

Esta etapa de la investigación se desarrollo en un periodo de siete meses y se dividió en seis fases:

1.- Realización de instrumentos para recolección de datos: Se realizó durante la primera semana del mes de Enero del 2014.

2.- Validación de Instrumentos: Se realizó durante la primera semana del mes de Enero del 2014. El cuestionario KDQOL-36 utilizado tuvo su base en la versión del KDQOL- SF traducida al español por la Dra. Silvia Giacoletto de Argentina y autorizada por el *Kidney Disease Quality of Life Working Group* en su sitio web.

3.- Recolección de datos: Inició la recolección de datos en la segunda semana del mes de enero, y finalizó en la última semana del mes de junio del 2014. La recolección de datos se realizó a través de la administración del cuestionario KDQOL-36, el cual es reconocido internacionalmente para evaluar la calidad de vida en los pacientes con ERC.

4.- Captura de datos: Se capturaron los datos en la base de datos en la última semana del mes de Junio del 2014.

5.- Análisis de datos: El análisis de datos se llevó a cabo durante todo el mes de Julio del 2014.

6.- Redacción de conclusiones: La redacción de conclusiones se realizó la última semana del mes de julio del 2014.

Aquí se muestra el cronograma de actividades:

ACTIVIDAD/MES	ENERO 2014	FEBRERO 2014	MARZO 2014	ABRIL 2014	MAYO 2014	JUNIO 2014	JULIO 2014
Realizar instrumentos para recolección de datos.	X						
Validación de Instrumentos.	X						
Recolección de datos.	X	X	X	X	X	X	
Captura de datos.						X	
Análisis de datos.							X
Redacción de conclusiones							X

4.8 PLAN DE ANALISIS

Para poder obtener el análisis de la información obtenida, se tomó como base fundamental lo siguiente: El KDQOL-SF es uno de los cuestionarios más utilizados internacionalmente en estudios multicéntricos. Sus principales inconvenientes son su longitud y el tiempo requerido para responder, lo que limita la participación y buena disposición de los pacientes.

En este estudio se aplicó el cuestionario KDQOL-36, que es una versión abreviada del KDQOL-SF con 36 ítems para la evaluación de CVRS en pacientes en diálisis, lo cual permite disminuir el tiempo de entrevista y mejorar su aceptación.

El componente genérico del KDQOL-36 (ítems 1-12) es el SF-12, el cual permite obtener 2 puntajes generales: el Resumen del Componente Físico (PCS) y el Resumen del Componente Mental (MCS). El cuestionario SF-12 está validado para la población chilena y se utilizó en la Encuesta de Calidad de Vida aplicada por el Ministerio de Salud de Chile el año 2006. El componente específico del KDQOL-36 (ítems 13-36), permite obtener los puntajes de las subescalas específicas carga; síntomas/problemas, y efectos de la enfermedad renal. Las puntuaciones para cada dimensión oscilan de 0 a 100, de manera que puntajes más altos representan mejor CVRS. Se utilizó como puntuación referencial el valor de 50.

4.9 CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo al artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, se trata de un estudio sin riesgo, por lo que no requiere de carta de consentimiento informado. La participación de la población fue voluntaria, previamente se les explicó en qué consistió el estudio para que con su consentimiento fueran entrevistadas.

5 PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabla N°1. Frecuencia de edad

Edades	Número	%
18-35	12	12.6
36-50	16	16.8
51-75	67	70.5
Total	95	100

Análisis:

El rango de edad de los pacientes que están en tratamiento mediante Diálisis Peritoneal Intermitente en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” que se presenta con mayor frecuencia está en el rango de edad entre los 51 a 75 años de edad con 67 pacientes (promedio 51.5, máximo 74, mínimo 27, moda 54, DE 9.6).

Interpretación:

El mayor porcentaje en el rango de edad está entre los 51 a 75 años de edad con un 70.5%; lo que se relaciona con la frecuencia en los pacientes que padecen ERC y cuya mayor incidencia se encuentra entre estas edades.

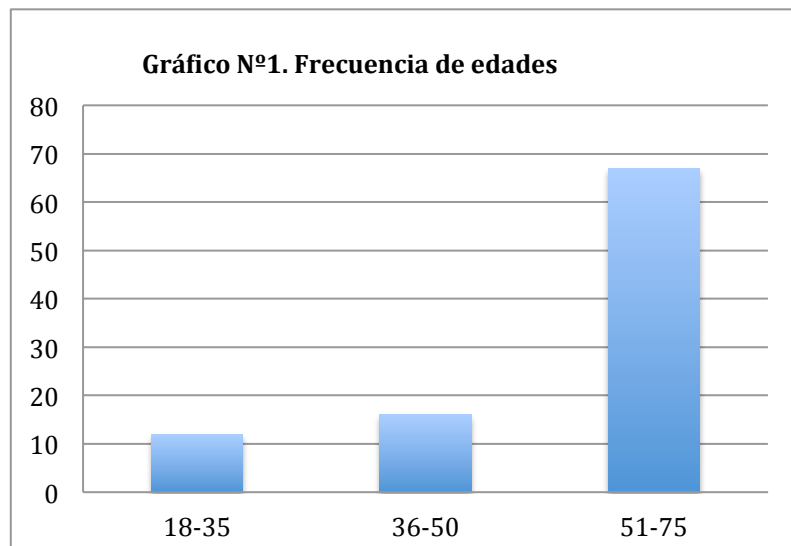


Tabla N°2. Frecuencia según género

Genero	Número	%
Hombre	57	60
Mujer	38	40
Total	95	100

Análisis:

Se observa que los pacientes con ERC y tratamiento mediante DPI la mayoría corresponden al sexo masculino con una frecuencia de 57 pacientes.

Interpretación:

En la grafica No 2 se representa la distribución de los pacientes por género y en donde se puede observar que la mayoría corresponde al sexo masculino lo que también refleja que la ERC es más frecuente en el sexo masculino que el femenino.

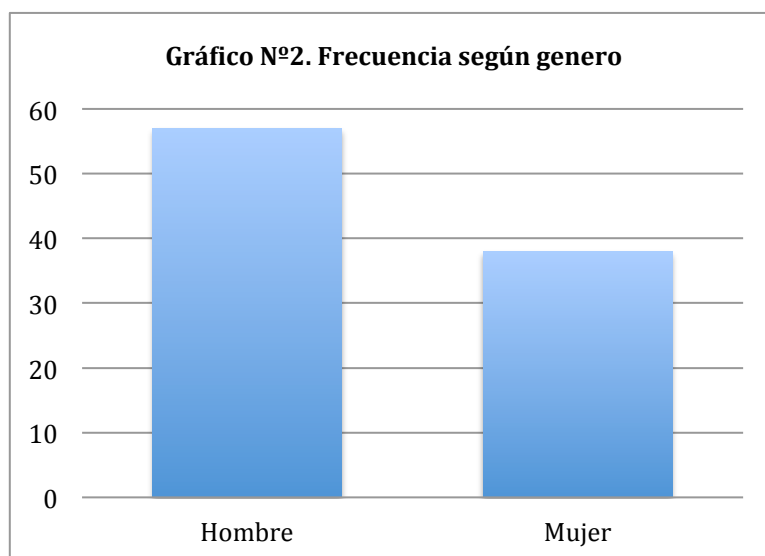


Tabla N°3. Frecuencia según delegación

	Delegación	Número	%
1	Gustavo A. Madero	2	2.1
2	Iztapalapa	24	25.26
3	Iztacalco	2	2.1
4	Xochimilco	4	4.21
5	Edo. México	6	6.31
6	Tláhuac	24	25.26
7	Álvaro Obregón	2	2.1
8	Cuauhtémoc	2	2.1
9	Azcapotzalco	2	2.1
10	Coyoacán	2	2.1
11	Milpa Alta	11	11.57
12	Tlalpan	11	11.57
13	Miguel Hidalgo	3	3.15
	TOTAL	95	100%

Análisis:

Las delegaciones a las que la mayoría de los pacientes pertenecen son las de Iztapalapa y Tláhuac con 48 pacientes de los 95 que se entrevistaron, seguidas de Milpa Alta y Tlalpan con 22 pacientes.

Interpretación:

El mayor porcentaje de pertenencia a las delegaciones fueron Iztapalapa y Tláhuac cada uno con 25%, ambas con 51% del total de la población.

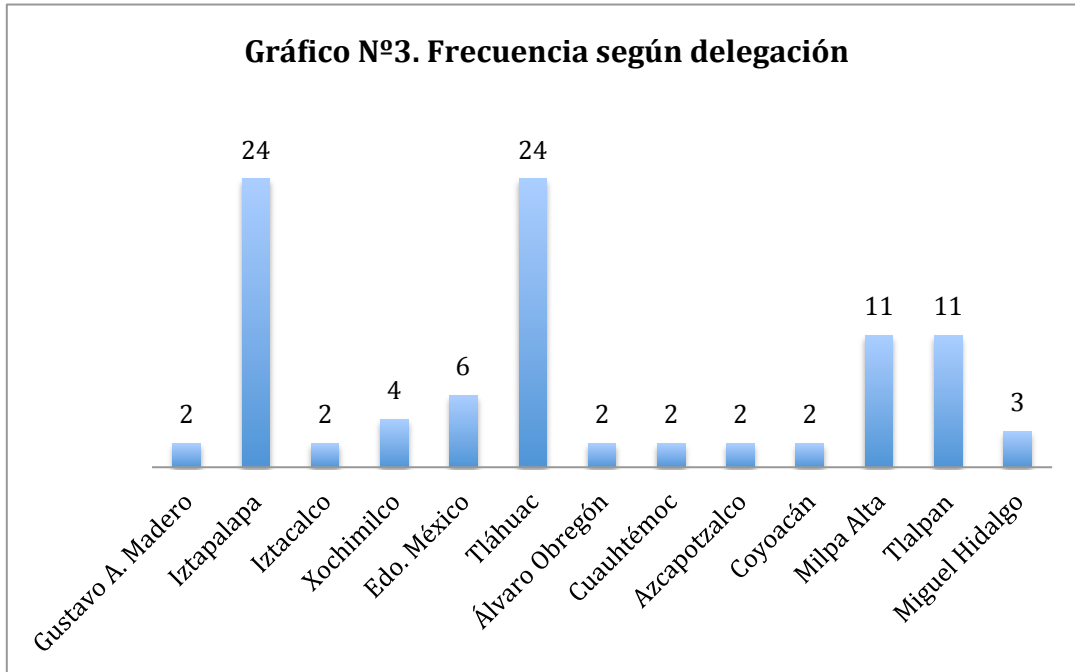


Tabla N°4. Calidad de Vida Relacionada con la Salud

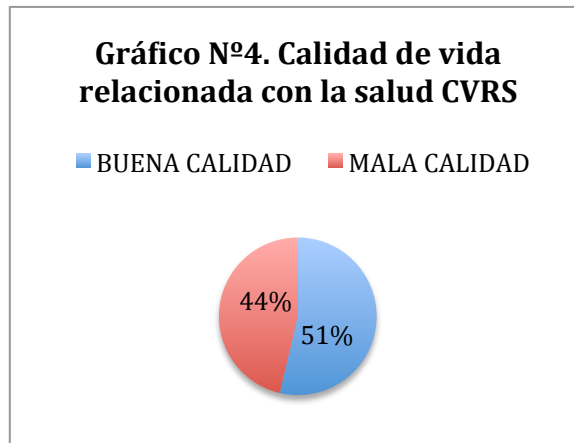
CVRS	Número	%
Buena Calidad de Vida	51	53.68
Mala Calidad de Vida	44	46.31
Total	95	100

Análisis:

Del total de pacientes con ERC encuestados que están en tratamiento mediante Diálisis Peritoneal Intermitente en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, 51 de estos pacientes refieren percibir una adecuada calidad de vida relacionada con la salud, mientras 4 de ellos refieren tener una mala calidad de vida relacionada con la salud.

Interpretación:

El mayor porcentaje de pacientes con ERC refieren percibir una adecuada calidad de vida relacionada con la salud con un 53,6%, mientras que el 46.3% refieren percibir una mala calidad de vida relacionada con la salud.



En la Tabla N°5 se muestran las variables socio demográficas de los pacientes del género masculino incluidos en este trabajo de investigación. El promedio de edad fue de 57 años de edad (rango 27-74), con un 100% laboralmente inactivo. El 34% de los pacientes tenía un nivel de enseñanza básico (primaria). El 71.92% de los hombres que participaron en esta estudio se encuentran casados, mientras el 8.7% se encuentran solteros. El 73.68% son católicos y el 85.96% viven con la familia, lo cual tiene un alto impacto, evitando que los pacientes se depriman con lo que se aumenta la morbimortalidad. El 96.49% viven en alguna delegación del distrito federal, mientras que el 3.5% en el interior de la república mexicana.

Tabla N°5. Características socio demográficas de los pacientes con ERC del género masculino

Edad		57	3.9
Sexo (n % varones)		57	60
		n	%
Estado civil			
	Soltero	5	8.771929825
	Casado	41	71.92982456
	Viudo	2	3.50877193
	Divorciado	2	3.50877193
	Unión Libre	7	12.28070175
Escolaridad			
	Analfabeta	10	17.54385965
	Primaria	34	59.64912281
	Secundaria	9	15.78947368
	Licenciatura	4	7.01754386
Religión			
	Católico	42	73.68421053
	Cristiano	9	15.78947368
	Ateo	6	10.52631579
Con quien vive			
	Solo	8	14.03508772
	Con la familia	49	85.96491228
Residencia			
	Urbano	55	96.49122807
	Rural	2	3.50877193

En la Tabla N°6 se muestran las variables socio demográficas de los pacientes del género femenino incluidos en este trabajo de investigación. El promedio de edad fue de 57 años de edad (rango 27-74), con un 100% laboralmente inactivo. El 44.73% de los pacientes tenía un nivel de enseñanza básico (primaria). El 34.21% de las mujeres que participaron en esta estudio se encuentran casadas, mientras el 13.15% se encuentran solteras. El 89.74% son católicos y el 85.96% viven con la familia, lo cual tiene un alto impacto, evitando que los pacientes se depriman con lo que se aumenta la morbilidad. El 89.47% viven en alguna delegación del distrito federal, mientras que el 10.52% en el interior de la república mexicana.

Tabla N°6. Características socio demográficas de los pacientes con ERC del género femenino.

Edad		57	13.1
Sexo (n % mujeres)		38	40
		n	%
Estado civil			
	Soltera	5	13.15789474
	Casada	13	34.21052632
	Viuda	8	21.05263158
	Divorciada	2	5.263157895
	Unión Libre	10	26.31578947
Escolaridad			
	Analfabeta	11	28.94736842
	Primaria	17	44.73684211
	Secundaria	6	15.78947368
	Preparatoria	2	5.263157895
	Otros	2	5.263157895
Religión			
	Católica	34	89.47368421
	Cristiana	4	10.52631579
Con quien vive			
	Sola	2	5.263157895
	Con la familia	36	94.73684211
Residencia			
	Urbano	34	89.47368421
	Rural	4	10.52631579

En la Tabla N°7 se presentan dos puntuaciones sumarias promedio física (PCS) y mental (MCS), y los tres puntajes promedios de las sub escalas: síntomas/problemas; carga de la enfermedad renal; y efectos de la enfermedad renal en la vida cotidiana. En la escala de 1 a 100, 80% de las puntuaciones PCS y 61% de los MCS fueron menores del puntaje referencial de 50. La sub escala carga fue la que obtuvo más baja puntuación en comparación con otras sub-escalas específicas de la enfermedad renal.

El análisis de consistencia interna del KDQOL-36 realizado mediante el alfa de Cronbach mostró valores aceptables en las tres sub-escalas específicas síntomas, carga y efecto, respectivamente.

Tabla N°7. Puntaje promedio KDQOL-36, porcentaje menor de 50 y alfa de Cronbach

	X+/- DS	Puntaje <50 puntos	Alfa de Cronbach
Síntomas (S)	75,58 +/- 16,2	8%	0,82
Carga (C)	28,82 +/- 25,6	80%	0,67
Efecto (E)	56,76 +/- 22	43%	0,76
PCS 1	38,17 +/- 11	80%	-
MCS 2	45,01 +/- 12,1	61%	-

1 Resumen del Componente Físico (PCS) y 2 Resumen del Componente Mental (MCS).

En las Tablas N° 7 y 8 se comparan los puntajes promedios de escalas/sub-escalas del KDQOL-36 y variables socio demográficas (genero y edad) y biomédicas, respectivamente. Todos los puntajes de KDQOL-36 fueron significativamente menores en pacientes con comorbilidades asociadas, como: diabetes, hipertensión, peritonitis o cardiopatía.

Tabla N°8. Comparación de medias de escalas/sub-escalas del KDQOL-36, con variables género y edad.

	N	PCS 1	MCS 2	Síntomas	Efecto	Carga
Hombre	57	38,4 +/- 11	44,9+/- 12	76,8+/- 17	54,2+/- 23	28,4+/- 23
Mujer	38	37,9 +/- 11	45+/- 12	74,2+/- 15	59,9+/- 21	29,4+/- 28
P	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Edad <50	28	41,3+/- 11	46,2+/- 11	77,9+/- 15	56,8+/- 20	31,6+/- 24
Edad >50	67	35,5+/-10	44+/-13	73,7+/- 17	56,7+/- 24	26,5+/-2 7
P	NS	<0,05	NS	NS	NS	<0,05

Valores expresados en X +/- DS.

Tabla N°9. Comparación de medias de escalas/sub-escalas del KDQOL-36, con variables biomédicas.

	N	PCS 1	MCS 2	Síntomas	Efecto	Carga
Diabético	72	33,5 +/- 1	42,3+/- 11	71,2+/- 17	51,3+/- 20	20,2+/- 25
No Diabético	23	40,3 +/- 11	46,3+/- 12	77,6+/- 16	59,3+/- 22	32,8+/- 25
P	NS	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Hipertenso	83	31,9+/- 10	40,5+/- 12	66,1+/- 15	46,5+/- 23	17,3+/- 27
No Hipertenso	12	37,7+/-11	46,5+/-13	75,9+/- 17	58,9+/- 23	30,8+/- 26
P	NS	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Cardiópata	8	35,7 +/- 10	44,8+/- 13	73,8+/- 15	55,8+/- 23	26+/- 27
No Cardiópata	87	39,2 +/- 11	45+/- 12	76,5+/- 16	57,1+/- 21	30+/- 25
P	NS	<0,05	NS	NS	NS	NS
Peritonitis	15	36,6+/- 11	43+/- 12	74,2+/- 16	57,4+/- 23	27,5+/- 28
No peritonitis	80	39,9+/-11	47,1+/-12	77,4+/- 15	56,1+/- 21	30,5+/- 23
P	NS	<0,05	<0,05	NS	NS	NS

Valores expresados en X +/- DS.

6 CONCLUSIONES

Finalmente esta investigación, en donde se utilizó en cuestionario KDQOL-36, ratifica lo publicado previamente, donde se señala que los pacientes con ERC en tratamiento mediante diálisis peritoneal tienen una menor calidad de vida percibida relacionada con la salud respecto a la población general. Un alto porcentaje de los pacientes obtuvo puntajes bajo en valor referencia de 50, de una escala de 1 a 100, en las dos puntuaciones sumarias promedio física (PCS) y mental (MCS), en los puntajes promedios de las sub-escalas carga de la enfermedad renal en la vida cotidiana. Los bajos puntajes de la sub-escala carga, en comparación con las otras sub escalas, síntomas y efecto de la enfermedad renal, puede explicarse porque la sub-escala carga evalúa la percepciones de frustración e interferencia de la enfermedad en la vida de cada persona, independiente de los síntomas o la adaptación a los efectos de la enfermedad e su vida cotidiana. Ello concuerda con la alta prevalencia de depresión señalado en múltiples publicaciones y plantea la necesidad de incorporar el área psicológica en la atención de pacientes en diálisis. La diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica y la cardiopatía son comorbilidades prevalentes en pacientes en diálisis. Según la información obtenida en esta investigación, de los pacientes que se encuentran en diálisis peritoneal tienen diabetes mellitus e hipertensión arterial y de ellos 64.6% tiene actividad limitada o incapacidad de auto cuidado. En este estudio afecto negativamente la evaluación de la CVRS en forma aislada el nivel socioeconómico, la educación básica y calidad de vida baja, ratifica de necesidad de ampliar la atención actual, limitada a los aspectos biomédicos de la terapia

dialítica, y reorientar hacia un enfoque que integre una concepción biopsicosocial de la persona.

En nuestro país, el número de pacientes con enfermedad renal crónica ha ido aumentando progresivamente, paralelamente a la incidencia creciente de patologías como diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica. Los avances terapéuticos tiene un impacto parcial en la valoración de la calidad de vida percibida por el paciente, que incluye no sólo los aspectos físicos de la enfermedad sino también psíquicos, afectivo emocionales, sociales y económicos que habitualmente no son considerados en el modelo biomédico tradicional.

Es indispensable incorporar y desarrollar protocolos para mejorar la calidad de vida de los pacientes, aumentar su adhesión al tratamiento y facilitar e incorporar el apoyo social y familiar en la terapia. Esta investigación valida la necesidad de un enfoque terapéutico bio psicosocial y reafirma la necesidad de integrar a otros profesionales en las unidades de diálisis, como asistentes sociales, psicólogos que apoyen y contribuyan en el logro de una mejor calidad de vida de pacientes.

Considerando que la expectativa de vida de los pacientes renales esta acortada y las comorbilidades asociadas genera múltiples síntomas que afectan su calidad de vida, se ha propuesto incorporar los fundamentos de la medicina paliativa en la atención de las personas con enfermedad renal avanzada, por ser un modelo que considera e integra todos los aspectos bio psicosociales y espirituales de las personas.

La medición de la CVRS de nuestros pacientes en DPI con el KDQOL-36, muestra puntajes de salud física y mental por debajo del puntaje referencial reportado para la población general.

Los puntajes significativamente más bajos, se observaron en los subgrupos de pacientes con diabetes, cardiopatía e hipertensión arterial y aquellos con niveles socioeconómicos y educacionales bajos.

Por último se enfatizara en la importancia de evaluación del impacto que la enfermedad y el tratamiento tienen en los diversos aspectos bio psicosociales de los pacientes en diálisis como un objetivo de calidad en la atención integral de ellos.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Inker, LA (2014). KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. *Am J Kidney Dis*, 63(5): 713-37.-
- 2.-Boudreau, D (2014). Quality of life in end stage renal disease: a concept analysis. *CANNT*, 24(1): 12-20.
- 3.- Kliger, AS (2013). KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Anemia in CKD. *Am J Kidney Dis*, 62(5): 849-59.
- 4.-Taler, SJ (2013). KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for management of blood pressure in CKD. *Am J Kidney*, 62(2):201-13.
- 5.- Alvares, J (2013). Factors associated witch quality of life in patients in renal replacement therapy in Brazil. *Cien Saude Colet*, 18(7): 1903-10.
- 6.- Weiner, DE (2012). A decade after the KDOQI CKD guidelies: impact on the cardiovascular disease-CKD paradigm. *Am J Kidney*, 60(5):710-2.
- 7.- Al Wakeel, J (2012). Quality of life in hemodialysis and peritoneal dialysis patients in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*, 32(6): 570-4.
- 8.- Urzúa, A (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1): 61-71.
- 9.- Paraskevi, T (2011). Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment. *J Clin Med Res*, 3(3): 132-138.
- 10.-Theofilou, P (2011). Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment. *J Clin Med Res*, 3(3): 132-138.
- 11.- Madhan, K (2010). Quality of life. *Nephrology*, 15(1): S32-S34.

- 12.- Wu, A (2010). Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis: generic and disease specific measures. *J Am Soc Nephrol*, 15(3): 743-53.
- 13.- Urzúa, A (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 138(1): 358-365.
- 14.- Esquivel, C (2009). Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Med Int Mex*, 25(6): 443-449.
- 15.- Gómez, E (2009). A Historical Analysis of the health and quality of life through the documents of the OMS. *TOG (A Coruña)*, 6(1): 1885-527X.
- 16.- Rodríguez-Zamora, M (2008). Calidad de vida en pacientes con terapia dialítica. *Revista CONAMED*, 13(2).
- 17.- Sandoval, L (2007). Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45(2): 105-109.
- 18.- Martín de Francisco, F (2007). Insuficiencia renal crónica. *FMC: Nefrología e Hipertensión*, 3(9): 22-43.
- 19.- Herdman, M (2007). La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. *Rev Med Sal*, 3(1): 19-33.
- 20.- Caballero- Morales, A (2006). Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. *Archivos de Medicina Familiar*, 8(3): 163-168.
- 21.- Estefan, J (2005). La inflamación y la enfermedad cardiovascular en la enfermedad renal crónica. *Nefrología Mexicana*, 13(6): 17-26.
- 22.- Ruiz, R (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud en las diferentes terapias sustitutivas de la Insuficiencia Renal Crónica. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 6(4): 6-16.

23.-Velarde-Jurado, E (2002). Evaluación de la calidad de vida. Salud pública de México, 44(4): 20-26.

24.-Ramirez, F (2002). Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y diálisis. Rev Med Hond, 70(1): 3-8.