

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



**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA TRATADOS CON HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL
AMBULATORIA CONTINUA DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN
(ESSALUD) DE TACNA
AGOSTO 2014 –FEBRERO 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

Bach. DIANA STEFANY CHAVEZ LUZA

**TACNA – PERÚ
2015**

ÍNDICE

RESÚMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1 Fundamentación del Problema	8
1.2 Formulación del Problema	10
1.3 Objetivos de la Investigación	10
1.3.1. Objetivo General	10
1.3.2. Objetivos Específicos	10
1.4 Justificación	11
1.5 Definición de términos	13
CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	15
2.1 Antecedentes de la investigación	16
2.2 Marco teórico	22
2.2.1 Calidad de vida	22
2.2.2. Insuficiencia Renal Crónica	23
2.2.3. Hemodiálisis	29
2.2.4. Diálisis Peritoneal	31
2.2.5. Cuestionario SF-36	32

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	36
3.1 Hipótesis	37
3.2 Operacionalización de las variables	37
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
4.1 Diseño (clasificación)	40
4.2 Población y muestra.	40
4.2.1 Criterios de Inclusión	40
4.2.2 Criterios de Exclusión	40
4.3 Instrumentos de recolección de datos	41
4.4 Procedimientos de análisis de datos	43
RESULTADOS	44
DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	68

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria continua del hospital Daniel A. Carrión (ESSALUD) Tacna Agosto 2014 – Febrero 2015.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, correlacional, prospectivo de corte transversal, en el Hospital Daniel A. Carrión (ESSALUD), durante el periodo Agosto 2014 –Febrero 2015. Se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario SF36 en pacientes de ambos sexos; 78 pacientes correspondientes a la unidad de hemodiálisis y 52 pacientes de la unidad de DIPAC. **Resultados:** según edad se encontró que 27.7% corresponde a pacientes de 50 a 59 años y 60 a 69 años, según grado de instrucción el 39.2% refiere tener secundaria, la ocupación más frecuente es dependiente, sin ocupación con 22.3%; según tiempo de enfermedad 52.3% corresponde a pacientes que tienen un tiempo de enfermedad de 6 a 10 años. Es así que podemos afirmar que en los pacientes que son tratados con hemodiálisis la esfera menos afectada es la función social con una media de 53.04 y la más afectada el rol físico con una media de 7.37; de los pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua la esfera menos afectada es la función social con una media de 61.30, y la esfera más afectada al rol emocional con una media de 11.22. **Conclusiones:** Según el análisis realizado en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y DIPAC el componente mental es el más afectado con una media de 29.79 y 31.51 respectivamente. En los pacientes con ocupación independiente tienen más afectados el componente mental con una media de 28.48 y del grupo de pacientes que recibe DIPAC el componente mental se ve más afectado en los pacientes sin ocupación con una media de 29.61.

Palabras claves: Cuestionario de salud SF- 36, calidad de vida, hemodiálisis, diálisis peritoneal ambulatoria continua.

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of life of patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis Daniel A. Carrion Hospital (ESSALUD) Tacna August 2014 - February 2015. Material and Methods: An observational, correlational, prospective cross-sectional study was conducted in the Daniel A. Carrion (ESSALUD) Hospital during the period August 2014-February 2015. Quality of life was assessed by the SF36 questionnaire patients both sexes; 78 patients corresponding to the hemodialysis unit and 52 patients DIPAC unit. Results: according to age was found that 27.7% were patients of 50-59 years, and 60-69 years, according to education level 39.2% reported having secondary, the most common occupation is dependent unoccupied with 22.3%; according to time of disease 52.3% are patients who have a disease time of 6 to 10 years. Thus we can say that in patients treated with hemodialysis least affected area is the social function with an average of 53.04 and the most affected the physical role with an average of 7.37; of patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis least affected area is the social function with an average of 61.30, and the area most affected by emotional role with an average of 11.22. Conclusions: According to the analysis conducted in patients on hemodialysis and DIPAC mental component is most affected with an average of 29.79 and 31.51 respectively. In patients with separate occupation have most affected the mental component with an average of 28.48 and the group of patients receiving DIPAC the mental component is most affected in patients without occupation with an average of 29.61.

Keywords: Health Questionnaire SF- 36, quality of life, hemodialysis, continuous ambulatory peritoneal dialysis.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica es una enfermedad con alta prevalencia e incidencia a nivel mundial. En las últimas décadas se ha producido un incremento significativo en el número de personas que la padecen. Es una enfermedad con desenlace mortal a corto o mediano plazo que afecta muchas estructuras del cuerpo, por lo que se asocia también a reducción de la calidad de vida.

Las terapias de reemplazo renal como la hemodiálisis y diálisis peritoneal corrigen solo parcialmente los síntomas experimentados por el paciente y provocan además cambios en el estilo de vida de estos¹.

A pesar de los avances en el conocimiento de los factores que condicionan la progresión de la enfermedad renal, la incidencia de nuevos casos en etapas terminales continúa aumentando y existe una demanda creciente de tratamiento sustitutivo con diálisis y trasplante. Actualmente más de un millón de pacientes en el mundo vive gracias a estos métodos de tratamiento. Esto provoca un fuerte impacto en los sistemas de salud, no solo por el número de pacientes afectados, sino por su implicancia económica sobre los sistemas de salud.

En este contexto es importante determinar la calidad de vida en el paciente con enfermedad renal ya que es una manera de estudiar la salud del individuo en sus 3 dimensiones físico, mental y social; no solamente en ausencia de enfermedad o dolencia tal como es definida por la OMS y como un nuevo modo de descubrir la percepción de vida de cada paciente².

La Insuficiencia renal crónica es considerada como una enfermedad catastrófica sobre la esfera mental por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en la familia, debido al riesgo incrementado de complicaciones médicas y por la repercusión que tiene sobre la economía nacional, institucional y familiar.

En el plano familiar específico la insuficiencia renal crónica genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, límites y

coaliciones establecidas por la familia. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar.

Por otra parte a nivel sociodemográfico, algunas variables han logrado explicar mejor la percepción de calidad de vida, e incluso se ha identificado que tienen implicación importante en la rehabilitación como lo son la edad, sexo, estado civil, actividad laboral y nivel educativo; por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica³.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una condición clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conduce a la destrucción irreversible de la masa de nefronas y consecutivamente a la insuficiencia de la función excretora y reguladora renal. Es reconocida además como un problema de salud pública, entre otras razones, por la afectación de la Calidad de Vida (CV) de personas de todas las edades, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud

Las tasas de incidencia de la insuficiencia renal crónica terminal en todo el mundo muestran tendencias importantes, las tasas han disminuido en algunos países, mientras que han aumentado en otros o se mantienen estables en los demás. En Taiwán, la prevalencia de la IRC llegó a 2,447 por millón de habitantes, mientras se reportan tasas de 2205 y 1811 para Japón y los EE.UU. En México, las tasas de Morelos y Jalisco llegaron a 597 y 419, respectivamente⁸.

Estudios de prevalencia nacionales han determinado con alguna precisión las tasas de prevalencia de la enfermedad renal crónica en sus diferentes estadios, sobre todo del estadio 5, siendo esta la población más vulnerable que demanda mayores servicios de atención sanitaria. Partiendo de las estimaciones de población para el año 2016, tomando en cuenta la población cubierta por el Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA, extrapolando los resultados del NAHNES para el Perú, se estima que existirían 9490 pacientes con IRC en estadio 5 y sólo aproximadamente 1500 pacientes en estadio 5 o fase terminal estarían recibiendo alguna Terapia de Reemplazo Renal (TRR) siendo la brecha estimada de 7990 pacientes que no tienen acceso a cualquier modalidad de terapia dialítica⁸.

Las personas con IRC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su

familia. A nivel físico, psicológico, social y económico, se ha demostrado que tanto la IRC como su tratamiento afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global⁴.

Los pacientes con insuficiencia renal terminal en tratamiento con hemodiálisis padecen afecciones crónicas, afectación en el desplazamiento que en definitiva causa un severo deterioro de su autonomía individual y familiar. Estos factores deberían ser suficientes para reducir la calidad de vida (CV) independientemente del deterioro físico.

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la concepción de cada individuo respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento que indicadores clásicos, brindando un mayor conocimiento referente a la historia natural de la enfermedad.

La calidad de vida hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental. En pacientes en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal esta se encuentra deteriorada respecto a la población general sana, el estado depresivo y el grado de comorbilidad son los factores determinantes más significativos de la CV.

A pesar de las normas, programas, avances tecnológicos y científicos para el tratamiento de estos pacientes no se ha logrado mantener en óptimas condiciones de vida a estos pacientes toda vez que su enfermedad es incurable y que además tiene una rápida progresión⁵.

Por lo anteriormente descrito surge el interés de identificar la calidad de vida de los pacientes tratados con los diferentes tipos de diálisis; los que son llevados a cabo en el Hospital Daniel Alcides Carrión III único hospital de EsSalud en Tacna que cuenta con una unidad de hemodiálisis y diálisis peritoneal, por lo que se formula la siguiente pregunta.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria continua del Hospital Daniel A. Carrión (ESSALUD) de Tacna agosto 2014 a febrero 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria continua del Hospital Daniel A. Carrión (ESSALUD) de Tacna agosto 2014 a febrero 2015

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características demográficas en pacientes con insuficiencia renal crónica sometida a tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal.
2. Determinar la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis.
3. Determinar la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua.
4. Determinar la dimensión afectada en la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con hemodiálisis.

5. Determinar la dimensión afectada en la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia renal crónica es una entidad patológica con una elevada prevalencia a nivel mundial, en el mayor porcentaje de los casos es secundaria a complicaciones por Diabetes Mellitus y en menor frecuencia a Hipertensión Arterial Sistémica entre otras causas menos frecuentes.

En la actualidad es un problema de salud pública que afecta a población adulta y es uno de los motivos principales de hospitalización en las unidades de segundo nivel y un importante condicionante directo de mala calidad de vida en los sujetos que la padecen a pesar de los avances científicos y tecnológicos utilizados para su tratamiento, en este caso específicamente la hemodiálisis; situación que representa opción de tratamiento sobre todo en aquellos pacientes que debido a procesos infecciosos en el peritoneo y/o pobre respuesta a la diálisis no se logran los efectos deseados.

Entre las complicaciones atribuibles a la IRC se encuentran; complicaciones cardiovasculares, retención hídrica, encefalopatía urémica o síndrome urémico, alteración del metabolismo mineral y óseo así como por la hemolisis ocasionada por la hiperazoemia, todas las complicaciones anteriores son causa de deterioro en la calidad de vida. Además de que ocasiona severos estragos en la funcionalidad, estructura y economía familiar.

Así mismo no solo afecta la calidad de vida sino también la esperanza de vida del paciente, por lo expuesto el presente estudio, tiene como objetivo determinar la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometido a hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital Daniel A. Carrión de Tacna, inédito y con este trabajo se desea contribuir a conocer la calidad de vida de dichos pacientes.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Calidad de vida:** representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, que se refiere al grado de satisfacción con la vida o con el de felicidad que manifiesta sentir el mismo paciente y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades“.
- **Diálisis peritoneal ambulatoria continua:** Método dialítico que utiliza la membrana peritoneal para filtrar selectivamente el exceso de agua, electrolitos y metabolitos durante el día.
- **Hemodiálisis:** es una terapia de sustitución renal, que tiene como finalidad suplir parcialmente la función de los riñones. Es un proceso de eliminación de toxinas y exceso de fluidos de la sangre y los tejidos haciendo circular de forma continua la sangre a través de un filtro.
- **Insuficiencia renal crónica:** es la condición que se produce por el daño permanente e irreversible de la función de los riñones, se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar adecuadamente las toxinas y otras sustancias metabólicas de desecho de la sangre.
- **Síndrome Urémico:** es un conjunto de síntomas cerebrales, respiratorios, circulatorios, digestivos, etc., producido por la acumulación en la sangre de los productos tóxicos como la urea, que en estado normal, son eliminados por el riñón y que se hallan retenidos por un trastorno del funcionamiento renal.
- **Depuración de creatinina:** es un examen que se solicita para medir la cantidad de creatinina en el cuerpo e indirectamente nos ayuda a calcular la tasa de filtración glomerular

- **Síndrome Depresivo:** conjunto de síntomas que afecta la conducta de un individuo, es un trastorno del ánimo que desencadena tristeza, ansiedad, irritabilidad, desmotivación, que puede llegar a extremos de presentar pérdida de interés por la vida.
- **Trastorno hidroelectrolítico:** son todas aquellas alteraciones del contenido corporal de agua o electrolitos en el cuerpo humano. Se clasifican según sean por defecto o por exceso.
- **Peritonitis por Diálisis peritoneal ambulatoria continua:** es la inflamación de la membrana peritoneal causada por una infección de la cavidad peritoneal, generalmente por bacterias. Los pacientes tratados con diálisis peritoneal están expuestos a una posible infección de la cavidad peritoneal debido a la comunicación no natural de esta cavidad con el exterior mediante el catéter peritoneal y a la introducción reiterativa de las soluciones de diálisis

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Alfaro Cárdenas, Pedro Fernando realizó un estudio sobre Calidad de vida relacionada a la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Pontificia Universidad Católica del Perú (año 2012): La calidad de vida es un tema estudiado en enfermedades crónicas como la IRCT ya que se sabe que esta enfermedad y sus tratamientos tienen efectos muy perjudiciales para las personas. La calidad de vida se define como el juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad o satisfacción en la vida; esta evaluación es también objetiva en tanto mide aspectos más externos como vivienda, alimentación, trabajo, vestido, seguridad social, entre otros; sin embargo, resulta fundamental para el concepto la valoración personal que hacen las personas de su bienestar.

Se trabajó con una muestra definitiva de 100 personas en el Hospital Alberto Sabogal; de los cuales el 20% tenía entre 20 y 40 años de edad, 48% entre 41 y 60 años y el 32% pertenecía a un rango de edad entre 61 y 70 años. El 54% eran mujeres y 46% hombres. Más de la mitad de ellos eran casados o convivientes (56%), además un gran número de encuestados tuvo la oportunidad de acceder a una educación superior (41%), mientras que casi un tercio de la muestra tenía una escolaridad incompleta (31%). El 32% de personas no tenía trabajo, 22% eran amas de casa, 30% trabajaban de forma independiente y 16% de forma independiente. La gran mayoría de los participantes era de religión católica (76%) y vivía con su familia nuclear (80%). En cuanto a las variables de enfermedad, un 79% usaba una fístula como vía de acceso vascular. El 90% de participantes tenía comorbilidad con otras enfermedades entre las que destacaba la hipertensión y la diabetes con un porcentaje de 75 y 29 respectivamente, 38% de pacientes tenía entre 2-3 años de tratamiento en hemodiálisis, el rol físico se encuentra más afectado con una media de 41⁶.

Seguí Goma, Anna y asociados realizaron un trabajo sobre Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis (año 2010): para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo con diálisis. Objetivo: Evaluar la CV y las características personales de pacientes con IRC y comparar con la población general. Material y método: descriptivo de corte transversal con una muestra de 96 pacientes en diálisis de un centro de Tarragona. Para hacer la valoración de la Calidad de Vida utilizamos el cuestionario de salud SF-36 y lo comparamos con los valores normales de referencia de la población española. Se valoran los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, profesión, lugar donde vive, tiempo que tarda en llegar al centro de diálisis, transporte utilizado, tiempo que lleva en tratamiento y por último el acceso vascular. Resultados: La edad media del estudio es de 62,12 años en un rango comprendido entre 18 y 90 años. Predominan los varones con un 53,1%. El 66,7% están casados, unos 60,4% jubilados y el 88,6% viven acompañados. También hemos comparado según el trayecto a realizar hasta la unidad, tiempo que tardan y el tipo de transporte que utilizan siendo el 55,2% que se desplazan en ambulancia, del total de pacientes se hayo una media de 75 según las esferas de salud, además que la función social y rol emocional se encuentran disminuidos con una media de 36 y 41.4 respectivamente. ⁷.

Guerra Guerrero, Verónica y asociados realizaron un estudio sobre Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica. (oct. Año 2012) para: Determinar la calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica y su relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas. Método: estudio exploratorio, descriptivo, transaccional con muestreo probabilístico estratificado en función de los centros de diálisis en el total de personas con IRCT que se encontraban en hemodiálisis, en 11 de 13 centros de diálisis de la Séptima Región de Chile, y que hasta agosto del 2010 correspondieron a 673 personas. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS. Resultados: 354 personas en hemodiálisis crónica

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. Se encontró que: múltiples factores relacionados con la calidad de vida. Conclusión: existe necesidad de investigar otros aspectos que permitan enfocar y optimizar el cuidado dirigido a estas personas¹.

Contreras, Françoise y asociados realizaron un estudio sobre Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis (año 2006): El propósito de este estudio fue describir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital de Bogotá y observar si esta presentaba características distintas en función de la adhesión al tratamiento. Se utilizó el cuestionario de salud SF-36 y se registraron datos bioquímicos y clínicos con base en los cuales los especialistas reportaron su criterio médico de adhesión. Se observó un deterioro importante en las dimensiones evaluadas, no obstante la función social se encontró preservada. Los resultados muestran diferencias significativas en función física, entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento (n = 19 y n = 13 respectivamente). Así mismo, el primer grupo reportó mejor calidad de vida relacionada con salud mental, mientras que el segundo con aspectos físicos. Se determinó que: De las ocho dimensiones evaluadas así como de las dos escalas del instrumento se presentan en las diferentes tablas En ellas se puede observar que en la escalas función física, rol físico, dolor corporal, función social y rol emocional se presentan los valores máximos de la escala, lo cual indica que algunas de estas personas perciben una excelente calidad de vida en dichas dimensiones; no ocurre lo mismo en las escalas salud general, vitalidad y salud mental en las que el puntaje máximo es menor a 90⁹.

Sandoval Jurado, Luis y asociados realizaron un estudio sobre. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria (año 2006) : evaluar los diferentes aspectos de la calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Material y métodos: estudio transversal en pacientes con insuficiencia renal crónica mayores de 18 años de edad del Hospital General de Zona, Cancún/ México, con tres meses de estar inscritos en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. Se estimó una muestra de 48 pacientes. La versión 1.1 de la encuesta SF-36 validada para población mexicana sirvió como instrumento de evaluación. Resultados: de los sujetos estudiados (n. de población = 48), 52 % fue del sexo masculino; la edad promedio fue de 45 años. De ocho dimensiones analizadas, la puntuación promedio más baja correspondió al rol físico (media de 19.79; 13 hombres y 27.1 mujeres) y el más alto a salud mental (media de 61.66; 60 hombres y 64 mujeres)¹⁰.

Rivera Ledesma, Armando y asociados realizaron un estudio en calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal(año 2012) para: evaluar el impacto del procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria en una muestra de pacientes y sus cuidadores primarios, centrandó el análisis en las semejanzas y diferencias entre ambos grupos, respecto a su calidad de vida, sus estrategias de afrontamiento, desajuste psicológico y otras variables asociadas al soporte social. En la investigación, de corte descriptivo-correlacional, participaron 83 pacientes diabéticos con IRC y en tratamiento con diálisis peritoneal de un hospital general gubernamental de la Ciudad de México. Los resultados mostraron que en los pacientes que reciben tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua, los roles más afectados son la salud general, y dolor corporal., además que la mayoría de pacientes correspondía a mujeres de 50 a 70 años en un 63%¹¹.

Caballero Morales S. y asociados realizaron un estudio para Comparar calidad de vida en pacientes manejados con hemodiálisis versus diálisis peritoneal continua ambulatoria (año 2010). Estudio transversal, comparativo, de mayo a octubre 2010, en el módulo de diálisis del Hospital General Regional de Orizaba /México, al total de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo (101) manejados con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis peritoneal automatizada. Se les aplicaron dos instrumentos uno que mide variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad) y el segundo denominado formato cortó para evaluar la Calidad de Vida en la enfermedad renal: SF 36 con 8 dimensiones. Se encontró que: La edad estuvo entre 15 a 85 años, media de 46 +-16.5, 54.5% fueron hombres, 80% con secundaria y menos, 65.3% casados, 50.5 % con diálisis peritoneal continua ambulatoria, 48 % fueron diabéticos. Los mayores promedios en las dimensiones fueron en apoyo social, dolor, calidad de las relaciones sociales, los menores promedios en estado laboral, papel de las limitaciones físicas, papel de las limitaciones emocionales salud general. Al dividir los pacientes por tipo de diálisis hubo disminuciones importantes en las puntuaciones de las dimensiones del instrumento en diálisis peritoneal ambulatoria y hemodiálisis, estas diferencias fueron significativas ($p < .05$) Conclusiones: La calidad de vida fue mejor en los pacientes con diálisis peritoneal, los pacientes con hemodiálisis tuvieron promedios más bajos del SF36¹².

Hernández M. José y asociados realizaron un trabajo sobre Calidad de vida en pacientes con tratamiento sustitutivo renal: diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis (año 2014): comparar la calidad de vida en pacientes tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y hemodiálisis (HD). Material y método: diseño descriptivo comparativo y transversal en 64 pacientes menores de 61 años del Hospital El cruce (Argentina), adscritos al menos durante 3 meses en los programas DPCA y HD. La encuesta SF-36 fue utilizada como instrumento de evaluación. Resultados: el

62% fue del sexo masculino; la edad promedio fue de 47 años. De 8 dimensiones analizadas, la puntuación promedio más alta correspondió a Dolor corporal (83, DPCA) y Rol físico (68, HD); mientras que los más bajos se presentaron en Vitalidad (60,1, DPCA) y Rol emocional (50,0, HD). En relación al sexo se observó en DPCA la puntuación promedio más alta en Dolor corporal (84,6, hombres) y Rol físico (83,6, mujeres); en HD se exhibió en función social (73,8, hombres) y rol físico (61,9, mujeres)¹³.

Morales J. Rosalba y asociados realizaron un trabajo sobre calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con tratamiento de sustitución renal (año2007): La depresión está bien identificada entre pacientes con enfermedad renal terminal, sin embargo, pocos pacientes reciben evaluación o terapia médica para minimizar los efectos de este trastorno. Nuestro estudio evalúa la calidad de vida de estos pacientes y su relación con depresión. Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en 123 pacientes mayores de 19 años de edad con tratamiento sustitutivo renal del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Morelos, México . La calidad de vida y la depresión se evaluaron mediante los cuestionarios de calidad de vida. El estado metabólico se determinó mediante estudios de laboratorio. Los predictores de calidad de vida se estimaron mediante modelos múltiples de regresión logística ordinal. Resultados: En el módulo genérico del instrumento de calidad de vida, las calificaciones más altas correspondieron a las dimensiones de función social (62.7) y rol físico (65.9), mientras que para el módulo específico correspondieron a apoyo del equipo de diálisis (78.2) y apoyo social (75.3). El predictor de calidad de vida más consistente fue depresión. Conclusiones: La medición de calidad de vida, antes y después de, la terapia dialítica, y la evaluación psiquiátrica temprana pueden ser muy útiles para monitoreo del mejoramiento, del deterioro y la respuesta al tratamiento antidepresivo durante la evolución de la insuficiencia renal terminal¹⁴.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. 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 idea¹⁵.

Así, calidad de vida, bienestar, satisfacción y felicidad suelen ser utilizados indistintamente. El concepto y su desarrollo no se han presentado ni brusca ni fácilmente y su definición ha sido lenta y dificultosa¹⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), que ya en 1948 definió la salud como "Un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no sólo como la ausencia de enfermedad". Posteriormente, la OMS en 1994 describió la calidad de vida como la "Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones¹⁶.

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 Calidad de Vida Relacionada con la Salud CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional¹⁷.

2.2.1.1. Dimensiones de la calidad de vida:

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

- **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 calidad¹⁵.

- **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 sufrimiento¹⁵.

- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral¹⁵.

2.2.2. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La National Kidney Foundation ha definido la IRC como el daño renal o la presencia de un filtrado glomerular (FG) disminuido durante un periodo superior a tres meses.

Se reconocen cinco estadios de IRC y se aplica el término de insuficiencia renal cuando el filtrado glomerular es $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. El daño renal o el nivel de función renal determinan el estadio de la clasificación independientemente de la causa¹⁷.

Una VFG $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ por sí sola define IRC, porque implica la pérdida de al menos la mitad de la función renal, lo que ya se asocia a complicaciones¹⁸.

Si VFG es mayor o igual a $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, el diagnóstico de IRC se establece mediante evidencias de daño renal, que puede ser definido por¹⁸:

- Alteraciones urinarias (albuminuria, microhematuria)
- Anormalidades estructurales (por ej.: imágenes renales anormales)
- Enfermedad renal genética (riñones poliquísticos)
- Enfermedad renal probada histológicamente

El requerimiento de un período mínimo de 3 meses en la definición de IRC implica que las alteraciones deben ser persistentes y habitualmente serán progresivas¹⁸.

2.2.2.1. Estadios evolutivos de la IRC:

La IRC es una enfermedad progresiva, que evoluciona en diferentes estadios en los que se van incrementando las manifestaciones clínicas. Dichos estadios se establecen basados en la función renal medida por el filtrado glomerular estimado¹⁹.

ETAPA	VFG	Descripción
IRC	(ml/min/1.73 m ²)	
1	>90	VFG normal con daño renal
2	60-89	VFG levemente reducida con daño renal
3	30-59	VFG moderadamente recudida
4	15-29	VFG severamente reducida
5	<15 o diálisis	Falla renal terminal

Fig. 1 Clasificación de ERC¹⁹

2.2.2.2. Manifestaciones clínicas y signos de IRC:

En general, las manifestaciones clínicas de la IRC aparecen de forma progresiva, manteniendo una gran variabilidad de un paciente a otro, en función de la velocidad de progresión y de la cantidad de masa renal funcionante. En la Fig. 2 se resumiría la evolución natural. Aclaramientos de creatinina inferiores a 30 ml/min marcan habitualmente la frontera en la que la IRC se hace sintomática, desarrollándose a partir de entonces un amplio espectro de manifestaciones clínicas paralelas al estadio evolutivo¹⁹.

Función renal	Aclaramiento de creatinina	
< Reserva funcional renal	120-60	Disminución de nefronas funcionantes y aumento del filtrado en nefronas residuales. Balance equilibrado de sodio, agua y ácido.
Deterioro renal	59-30	Disminución del filtrado glomerular. Aumento de PTH. Disminución de 1,25 (OH) D3. Anemia leve.
Insuficiencia renal	20 a 10	Aumento del P. hiperparatiroidismo. Osteodistrofia. Acidosis. Uremia. Anemia. Hipocalcemia (no siempre). Astenia. Hiponatremia. Falta de concentración y dilución de la orina.
Uremia	< 10	Irritabilidad. Letargia. Anemia severa. Coagulopatía. Inmunosupresión. HTA. Anorexia. Vómitos. Neuropatía periférica. Osteodistrofia: fracturas. Impotencia. Esterilidad. Homeostasis del K y H2O dependiente de diuresis. Gastritis. Disnea y edema agudo de pulmón.

Fig. 2 Evolución natural de la IRC ¹⁹

2.2.2.3. Factores de Riesgo:

Factor de riesgo es un atributo que se asocia con mayor probabilidad a un pronóstico. Esta condición de riesgo puede ser demográfica, no modificable, o desarrollarse durante la vida de un individuo, susceptible, teniendo en cuenta que los factores de riesgo más importantes son la diabetes y la hipertensión arterial ²⁰. (Ver Fig. 3)

Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de daño renal
Edad avanzada
Historia familiar de ERC
Masa renal disminuida
Bajo peso al nacer
Raza negra y otras minorías étnicas
Hipertensión arterial
Diabetes
Obesidad
Nivel socioeconómico bajo
Factores iniciadores: inician directamente el daño renal
Enfermedades autoinmunes
Infecciones sistémicas
Infecciones urinarias
Litiasis renal
Obstrucción de las vías urinarias bajas
Fármacos nefrotóxicos, principalmente AINE
Hipertensión arterial
Diabetes
Factores de progresión: empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal
Proteinuria persistente
Hipertensión arterial mal controlada
Diabetes mal controlada
Tabaquismo
Dislipidemia
Anemia
Enfermedad cardiovascular asociada/ Obesidad
Factores de estadio final: incrementan la morbimortalidad en situación de fallo renal
Dosis baja de diálisis (Kt/V) _a
Acceso vascular temporal para diálisis
Anemia
Hipoalbuminemia

Fig. 3 Factores de riesgo de ERC¹⁹

2.2.2.4. Tratamiento:

Teniendo en cuenta el progresivo incremento en el número de pacientes afectados por IRC, tanto la monitorización cuidadosa como el tratamiento predialítico adecuado adquieren cada vez mayor importancia.

Una valoración temprana por el nefrólogo ha demostrado un aumento en la supervivencia en esta población.¹⁹

El tratamiento de IRC, según la etapa en que se encuentre el paciente, incluye¹⁸:

- Terapia específica, basada en el diagnóstico
- Evaluación y manejo de condiciones co-mórbidas
- Aminorar la pérdida de función renal
- Prevención y tratamiento de enfermedad cardiovascular
- Prevención y tratamiento de complicaciones de la función renal reducida
- Preparación para terapias de sustitución renal
- Reemplazo de la función renal por diálisis o trasplante ⁽¹⁸⁾

Individuos en riesgo, pero que no tienen ERC, deben ser aconsejados para seguir un programa de reducción de factores de riesgo, y control periódico. Las opciones de tratamiento de remplazo renal para los pacientes en IRC basada en la diálisis, bajo cualquiera de sus modalidades¹⁹.

Criterios de inclusión y exclusión de los pacientes con Hemodiálisis

Criterios de inclusión

- ✓ Depuración de creatinina $<15\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$
- ✓ Tener acceso vascular funcionante
- ✓ Paciente con contraindicaciones para diálisis peritoneal.
- ✓ Paciente en espera de trasplante renal que cuente con donador vivo en protocolo de estudio vigente.
- ✓ Peritonitis refractara al tratamiento.

- ✓ Pacientes niños(as) y adultos(as)
- ✓ Con Diagnóstico confirmado de Insuficiencia Renal Crónica Terminal

Criterios de exclusión

- ✓ presencia de insuficiencia hepática severa.
- ✓ Enfermedades psiquiátricas
- ✓ Retardo mental profundo
- ✓ Trastornos de coagulación
- ✓ Cáncer activo
- ✓ Enfermedad Crónica con esperanza de vida menor a 2 años

Criterios de inclusión y exclusión de los pacientes con DIPAC

- ✓ Enfermedad Intestinal Inflamatoria
- ✓ Absceso Intestinal
- ✓ Isquemia Mesentérica

2.2.3. HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis es un tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter o fístula), con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial donde se produce la diálisis (eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido) con regreso de la sangre una vez depurada¹⁹.

Procedimiento:

Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración⁽²⁰⁾

La difusión es el principal mecanismo por el cual se eliminan moléculas y depende de la diferencia entre la concentración plasmática y del líquido de diálisis, el área de superficie de la membrana semipermeable y el coeficiente de difusión de la membrana. El tamaño y la carga de la molécula influyen directamente en su paso por la membrana semipermeable. Mientras menor sea el peso molecular de una sustancia, su gradiente de difusión por la membrana aumenta. La convección permite la eliminación de solutos siguiendo el flujo del líquido. La ultrafiltración se refiere a la eliminación de agua libre debido a la aplicación de una presión hidrostática negativa, que puede ser manipulada dependiendo del exceso de volumen que se desea eliminar²¹.

La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica. Cuando no es posible realizar una FAV se utiliza un injerto para establecer una conexión entre una arteria y una vena. Los injertos tienen la ventaja de poder ser utilizados semanas después de su colocación y son relativamente fáciles de canular²¹.

En la IRC la hemodiálisis debe ser iniciada el momento en el que todavía hay función renal residual suficiente como para que no haya una uremia manifiesta. Actualmente las técnicas de hemodiálisis siguiendo un régimen de 5 horas 3 veces por semana, solamente alcanzan una depuración equivalente a 20 ml/min en un individuo de 70 kg²¹.

En la hemodiálisis, se permite que la sangre fluya, unas onzas por vez, a través de un filtro especial que elimina los desechos y los líquidos innecesarios. (Una onza equivale a aproximadamente 30 ml.). La sangre filtrada se devuelve luego a su cuerpo. La eliminación de los desechos dañinos, la sal y los líquidos innecesarios ayuda a controlar la presión arterial y a mantener el equilibrio adecuado de sustancias químicas en el cuerpo, como el potasio y el sodio²¹.

2.2.4. DIÁLISIS PERITONEAL

La diálisis peritoneal es un método de depuración sanguínea extrarrenal de solutos y toxinas. Está basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana vascularizada semipermeable, que mediante mecanismos de transporte osmótico y difusivo, permite pasar agua y distintos solutos desde los capilares sanguíneos peritoneales al líquido dializado²⁰.

Las sustancias que atraviesan la membrana peritoneal son las de pequeño peso molecular: urea, potasio, cloro, fosfatos, bicarbonato, calcio, magnesio, creatinina, ácido úrico. Por el contrario las sustancias de peso molecular elevado no consiguen atravesar el peritoneo²².

Utilizando estos principios fisiológicos, la diálisis lo que hace es infundir en la cavidad peritoneal un líquido dializante de composición similar al líquido extracelular, y dejándolo un tiempo en el interior del peritoneo. Siguiendo el gradiente osmótico, se producirá la difusión y osmosis de tóxicos y electrolitos desde la sangre al líquido introducido²².

Si se desea eliminar más volumen de agua del paciente, se añade glucosa a la solución de diálisis, y esta diferencia de osmolaridad entre el plasma y el líquido producirá ultrafiltrado. La cantidad de glucosa

que se añade la prescribe el médico y variará en función de las necesidades de cada niño.

La eficacia de este método puede verse afectada cuando existan cambios en la permeabilidad de la membrana peritoneal (ej.: infección, irritación...), o disminución del flujo sanguíneo peritoneal o alteración del flujo sanguíneo capilar (ej.: vasoconstricción, vasculopatías...).

2.2.5. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 ESPAÑOL:

EL cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS)¹. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales²³.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud

El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior²³

Se ha demostrado que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS).

Puntuación de Escalas:

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud.

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). (23)

Siguiendo los criterios de evaluación de instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud del Medical Outcome Trust, se recogieron los datos sobre la fiabilidad (consistencia interna y

reproducibilidad), el modelo de medida, la validez de constructo y la sensibilidad al cambio.

Fueron recogidos los coeficientes alfa de Cronbach, que evalúan la consistencia interna y la fiabilidad de un instrumento de medida; para el presente trabajo se estableció un alfa de Cronbach de 0.7 como punto de corte mínimo para trabajos sobre comparaciones de grupos, y 0,9 para trabajar individuales.

VALORES PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENCUESTA SF-36

NÚMERO DE PREGUNTA	RESPUESTA ORIGINAL	VALOR
1,2,20,22,34,36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1	0
	2	50
	3	100
13,14,15,16,17,18,19	1	0
	2	100
21,23,26,27,30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24,25,28,29,31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32,33,35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Fig., 4 Valores de calificación²⁴

NÚMERO DE PREGUNTAS CORRESPONDIENTES A CADA DIMENSIÓN

NIVEL DE ANÁLISIS	NÚMERO DE PREGUNTAS	PUNTAJE PROMEDIO DE LAS PREGUNTAS
Función física	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Rol físico	4	13,14,15,16
Dolor corporal	2	21,22
Salud general	5	1,33,34,35,36
Vitalidad	4	23,27,29,31
Función social	2	20,32
Rol emocional	3	17,18,19
Salud mental	5	24,25,26,28,30

Fig. 5 Núm. de preguntas para cada esfera²⁴

SIGNIFICADO DE LAS PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO SF-36

Área	N. De ITEMS	Significado de resultados	
		Baja puntuación	Alta puntuación
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias, debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Fig. 6 Significado de las puntuaciones²⁴

CAPÍTULO III

1. METODOLOGÍA:

3.1. HIPÓTESIS

H₀ La calidad de vida no es afectada en pacientes con Insuficiencia renal crónica en tratamiento con Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua.

H₁ La calidad de vida es afectada en los pacientes con Insuficiencia renal crónica en tratamiento con Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua.

1.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA
CALIDAD DE VIDA	COMPONENTE FÍSICO	<ul style="list-style-type: none">▪ FUNCIÓN FÍSICA▪ ROL FÍSICO▪ DOLOR CORPORAL▪ SALUD GENERAL	NOMINAL
	COMPONENTE MENTAL	<ul style="list-style-type: none">▪ VITALIDAD▪ FUNCIÓN SOCIAL▪ ROL EMOCIONAL▪ SALUD MENTAL	
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	TIPO DE MANEJO	<ul style="list-style-type: none">• HEMODIÁLISIS• DIÁLISIS PERITONEAL	NOMINAL

	TIEMPO DE TRATAMIENTO	1 a 5 años 5 a 10 años 11 años a mas	ORDINAL
	SESIONES POR SEMANA	3 por semana 4 por semana	ORDINAL
	FRECUENCIA	Diarias semanales	NOMINAL
SEXO	GÉNERO	MASCULINO FEMENINO	NOMINAL
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	<20 años De 20 a 29 De 30 a 39 De 40 a 49 De 50 a 59 Mayor de 60	INTERVALO
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS	Analfabetismo Primaria Secundaria Superior	NOMINAL
OCUPACIÓN	ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL USUARIO	Ama de casa Jubilado Estudiante Dependiente Independiente Sin ocupación	NOMINAL

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTGACIÓN

4.1 Diseño de Investigación

Estudio observacional, correlacional, prospectivo de corte transversal.

4.2. Población y Muestra

Población de Estudio

Muestra

- Se tomó a la población del Hospital Daniel Alcides Carrión (ESSALUD) con insuficiencia renal crónica tratados en la Unidad de hemodiálisis que corresponde a 84 pacientes y la Unidad de diálisis peritoneal ambulatoria continua que corresponden a 54 pacientes desde agosto 2014 a febrero 2015.
- Según criterios de exclusión no se realiza la encuesta a 8 pacientes.

4.2.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en agosto 2014 a febrero 2015.
- pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria en agosto 2014 a febrero 2015.
- Pacientes de ambos sexos que se encuentren recibiendo tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal en agosto 2014 a febrero 2015.

4.2.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes con secuelas neurológicas graves.
- Pacientes en estado crítico.
- Pacientes en abandono social.
- Pacientes con retardo mental.
- Pacientes con funciones cognitivas alteradas (Encefalopatía).

4.3. Instrumentos de recolección de datos

La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario de salud SF-36, diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

- Función física : Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
- Rol físico: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
- Dolor corporal: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
- Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
- Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
- Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

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

Las respuestas para cada ítem van desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta las preguntas tienen una puntuación del 0 al 100, representando 100 el máximo valor de funcionamiento posible.

Por ejemplo, si se quiere medir en las personas el nivel de Energía/Fatiga percibida, se debe promediar las respuestas a las preguntas 23,27, 29 y 31 y tomar los puntajes señalados para cada pregunta. Si la respuesta 4 de la pregunta 23 tiene un puntaje de 40, la respuesta 3 de la pregunta 27 tiene un puntaje de 60 y la respuesta 3 de la pregunta 29 tiene un valor de 40 y la pregunta 31 no es contestada (en blanco). El promedio para este nivel es $40+60+40=140$. (No se considera la respuesta en blanco) Ahora se divide entre 3 y el total es 46.7. Si 100 representa el total máximo de energía percibida, un valor bajo de 46.7% una percepción de un importante compromiso o alteración en este nivel.

Ver Cuestionario de Salud SF-36 en anexos

4.4. Procedimientos de análisis de datos

Para la realización del estudio se utilizó los siguientes programas.

- Microsoft Office – Word: Procesador de texto.
- Microsoft Office – Excel: Elaboración de base de datos.
- SPSS V 15.0: Análisis estadístico de base de datos y diseño de tablas y gráficos
- SF – 36 V2.0: Calificación de Cuestionario de Salud SF-36

Para el procesamiento de los datos obtenidos, se procedió a revisar cada uno de los instrumentos de recolección de datos (Cuestionario SF-36), evaluando el llenado completo y entendible del mismo, se creó una base de dato digital en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office – Excel, de donde se realizó el control de calidad.

Para el análisis estadístico de la base de datos se utilizó el programa SPSS V15.0, mediante el cual se etiqueto cada una de las variables y se agregaron los distintos valores para cada una de las mismas. Posteriormente se procedió a calificar el instrumento (Cuestionario SF-36) mediante el programa SF-36 V2.0, con el fin de ejercer una calificación más rápida y exacta de cada uno de los instrumentos basados en el tamaño de nuestra muestra poblacional.

Para la presentación de los resultados obtenidos, se elaboró tablas y gráficos, según las variables descritas. Finalmente los resultados se presentaran en el programa Microsoft Office – Word

CAPÍTULO V

RESULTADOS

TABLA N°1

SEXO SEGÚN TIPO DE DIALISIS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y DIPAC DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN (ESSALUD) DE TACNA AGOSTO 2014 – FEBRERO 2015

		TIPO DE DIALISIS					
		Hemodiálisis		DIPAC		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
SEXO	Femenino	38	48.70%	26	50.00%	64	49.20%
	Masculino	40	51.30%	26	50.00%	66	50.80%
	Total	78	100.00%	52	100.00%	130	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla n°1 se aprecia que del total de pacientes encuestados, el 50.8% corresponde a varones 66 y el 49.2% a 64 mujeres. Además del grupo que recibe tratamiento con hemodiálisis se aprecia que el 51.3% corresponde a 40 pacientes varones y 48.7% a 38 pacientes mujeres.

Del grupo de pacientes que recibe tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua encontramos que el 50% corresponde a pacientes tanto varones como mujeres.

TABLA N°2

VARIABLES DEMOGRAFICAS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y DIPAC DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN (ESSALUD) DE TACNA AGOSTO 2014 – FEBRERO 2015

		SEXO					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	< 20	1	1.6%	0	0.0%	1	.8%
	20 a 29 años	3	4.7%	2	3.0%	5	3.8%
	30 a 39 años	1	1.6%	10	15.2%	11	8.5%
	40 a 49 años	5	7.8%	8	12.1%	13	10.0%
	50 a 59 años	23	35.9%	13	19.7%	36	27.7%
	60 a 69 años	20	31.3%	16	24.2%	36	27.7%
	70 a mas	11	17.2%	17	25.8%	28	21.5%
	Total	64	100.0%	66	100.0%	130	100.0%
Grado de instrucción	Analfabetismo	6	9.4%	2	3.0%	8	6.2%
	Primaria	18	28.1%	6	9.1%	24	18.5%
	Secundaria	20	31.3%	31	47.0%	51	39.2%
	Técnico	9	14.1%	9	13.6%	18	13.8%
	Superior	11	17.2%	18	27.3%	29	22.3%
	Total	64	100.0%	66	100.0%	130	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla n°2 se aprecia que del total de pacientes encuestados, el 35.9% corresponde a 23 pacientes mujeres entre 50 a 59 años seguido por 31.3% a 20 mujeres de 60 a 69 años; en cuanto a varones encontramos que el 25.8% corresponde a 17 varones entre 70 años a más y 24.2% a 16 varones entre 60 a 69 años.

También podemos evidenciar que de las mujeres 31.3% tienen grado de instrucción secundaria y 28.1% grado de instrucción primaria; los varones 47.0% tiene educación secundaria y 27.3% grado de instrucción tienen estudio superior.

TABLA N°3

OCUPACIÓN SEGÚN TIPO DE DIÁLISIS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y DIPAC DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN (ESSALUD) DE TACNA AGOSTO 2014 – FEBRERO 2015

		TIPO DE DIÁLISIS					
		Hemodiálisis		DIPAC		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
OCUPACION	Ama de casa	11	14.1%	10	19.2%	21	16.2%
	Jubilado	10	12.8%	8	15.4%	18	13.8%
	Estudiante	2	2.6%	2	3.8%	4	3.1%
	Dependiente	13	16.7%	16	30.8%	29	22.3%
	Independiente	20	25.6%	9	17.3%	29	22.3%
	Sin ocupacion	22	28.2%	7	13.5%	29	22.3%
	Total	78	100.0%	52	100.0%	130	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla n° 3 muestra que en el grupo de pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis el 28.2% corresponde a 22 pacientes sin actividad laboral y un 25.6% corresponde a 20 pacientes que su actividad laboral es independiente.

Además del total de pacientes que reciben tratamiento con Diálisis peritoneal ambulatoria continua el 30.8% corresponde a 16 pacientes con ocupación dependiente y el 19.2% a 10 pacientes que se dedican a la actividad doméstica.

TABLA N^o4

NÚMERO DE SESIONES Y FRECUENCIA DE TRATAMIENTO, TIEMPO DE TRATAMIENTO Y TIEMPO DE ENFERMEDAD SEGÚN TIPO DE DIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y DIPAC DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN (ESSALUD) DE TACNA AGOSTO 2014 – FEBRERO 2015

		TIPODIÁLISIS					
		Hemodiálisis		DIPAC		Total	
		n	%	n	%	n	%
NÚMERO DE SESIONES	3	78	100.0%	0	0.0%	78	60.0%
	4	0	0.0%	52	100.0%	52	40.0%
	Total	78	100.0%	52	100.0%	130	100.0%
FRECUENCIA DE TRATAMIENTO	Semanal	78	100.0%	0	0.0%	78	60.0%
	Diaria	0	0.0%	52	100.0%	52	40.0%
	Total	78	100.0%	52	100.0%	130	100.0%
TIEMPO DE TRATAMIENTO	<=1 año	9	11.5%	8	15.4%	17	13.1%
	2 a 5 años	37	47.4%	36	69.2%	73	56.2%
	6 a 10 años	29	37.2%	8	15.4%	37	28.5%
	11 a mas	3	3.8%	0	0.0%	3	2.3%
	Total	78	100.0%	52	100.0%	130	100.0%
TIEMPO DE ENFERMEDAD	1 a 5 años	26	40.6%	25	37.9%	51	39.2%
	6 a 10 años	30	46.9%	38	57.6%	68	52.3%
	11 a mas	8	12.5%	3	4.5%	11	8.5%
	Total	64	100.0%	66	100.0%	130	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla n^o 4 podemos apreciar que del total de pacientes encuestados en la unidad de hemodiálisis todos reciben tratamiento 3 veces por semana y del total de pacientes que reciben tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua él se dializan 4 veces por día.

En cuanto a tiempo de tratamiento evidenciamos que los pacientes encuestados del grupo de hemodiálisis el 47.4% corresponde a un tiempo de tratamiento ente 2

a 5 años y el 37.2% de 6 a 10 años; y del total de pacientes tratados con Diálisis peritoneal ambulatoria continua el 56.2% corresponde a un tiempo de tratamiento ente 2 a 5 años y el 28.5% de 6 a 10 años.

Así mismo el 46.9% corresponde a mujeres con tiempo de enfermedad que va desde los 6 a 10 años y 40.6% a mujeres con tiempo de enfermedad de 1 a 5 años, además observamos que el 57.6% correspondería a varones von tiempo de enfermedad de 6 a 10 años y 37.9% con tiempo de enfermedad de 1 a 5 años.

TABLA N° 5

TABLA DE ESFERAS DE SALUD SEGÚN TIPO DE DIÁLISIS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y DIPAC DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN (ESSALUD) DE TACNA AGOSTO 2014 – FEBRERO 2015

	TIPODIÁLISIS		
	Hemodiálisis	DIPAC	TOTAL
	Media	Media	Media
FUNCION FISICA (0-100)	43.97	54.52	48.1923
ROL FISICO (0-100)	7.37	12.14	9.2788
DOLOR CORPORAL (0-100)	50.91	56.56	53.1692
SALUD GENERAL (0-100)	35.97	42.88	38.7385
VITALIDAD (0-100)	33.97	42.39	37.3397
FUNCION SOCIAL (0-100)	53.04	61.30	56.3462
ROL EMOCIONAL (0-100)	8.12	11.22	9.3590
SALUD MENTAL (0-100)	52.46	55.20	53.5681
TOTAL			38.2489

Fuente cuestionario de salud SF-36

En el tabla n° 5 podemos apreciar la comparación de las 8 esferas que son medidas por el SF-36 con el tipo de diálisis, se evidencia la media total de 38.24, así como las medias de cada una de las esferas de la encuesta SF-36, halladas en la población estudiada, independientemente una de la otra, cuyo rango de

variabilidad va desde un valor de 0 para la peor percepción, hasta 100 para la mejor.

Apreciamos que las esferas más afectadas son el rol físico y el rol mental pero en diferentes distribuciones, podemos decir que en los pacientes tratados con hemodiálisis se ve más afectado el rol físico con una media de 7.37 y el rol emocional con una media de 8.12; siendo los menos afectados la función social con 53.04, salud mental con una media de 52.46.

Además podemos encontrar que en los pacientes tratados con diálisis peritoneal ambulatoria continua se ve más afectada el rol emocional con 11.22 y el rol físico con 12.14 y entre las esferas menos afectadas podemos encontrar la función social con 61.30 y el dolor corporal con una media de 56.56.

TABLA N ° 6

COMPONENTES FÍSICO Y MENTAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y DIPAC DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN (ESSALUD) DE TACNA AGOSTO 2014 – FEBRERO 2015

	TIPO DE DIÁLISIS						
	Hemodiálisis			DIPAC			TOTAL
	Media	N°	%	Media	N°	%	MEDIA
COMPONENTE FÍSICO	35.31	78	100%	38.81	52	100%	36.7298
COMPONENTE MENTAL	29.79	78	100%	31.51	52	100%	30.4841

Fuente cuestionario de salud SF-36

La tabla n° 6 nos muestra la media de las escalas de componente físico y mental de la encuesta SF-36, halladas en la población estudiada, independientemente una de la otra, cuyo rango de variabilidad va desde el valor 0 para la baja percepción, hasta 100 para la alta.

Ambas escalas se aprecian disminuidas; encontrándose la escala física con una media de 36,72 y la escala mental que es la más afectada con 30,48.

Podemos decir que del total de pacientes encuestados el componente físico se encuentra más afectado en los pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis con una media de 35.31, del total de pacientes el componente mental se encuentra más afectado en los pacientes que son tratados con hemodiálisis con una media de 29.79.

TABLA N° 7

OCUPACIÓN SEGÚN COMPONENTE FÍSICO Y MENTAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y DIPAC DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN (ESSALUD) DE TACNA AGOSTO 2014 – FEBRERO 2015

		TIPO DE DIÁLISIS			
		Hemodiálisis		DIPAC	
		COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL	COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL
		Media	Media	Media	Media
OCUPACIÓN	Ama de casa	34.17	30.99	39.22	30.61
	Jubilado	34.76	30.26	33.67	33.09
	Estudiante	45.70	30.90	42.72	41.44
	Dependiente	40.81	31.45	42.03	31.74
	Independiente	36.57	28.48	36.85	30.12
	Sin ocupacion	30.81	29.06	38.61	29.61

Fuente cuestionario de salud SF-36

En la tabla n° 7 podemos apreciar que del total de pacientes encuestados del grupo de hemodiálisis en el componente físico se encuentra menos afectado los pacientes con ocupación estudiante con una media de 45.7 por el contrario el grupo de personas que actualmente se encuentran sin ocupación son los más afectados con una media de 30.81 y en el componente mental se encuentra menos afectado los pacientes que tiene como ocupación Dependiente con una media de 31.45 y el más afectado; por los pacientes que tiene como ocupación independiente con una media de 28.48.

En los pacientes que reciben tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua, en el componente físico y mental se encuentra menos afectado en el grupo de pacientes que tiene como ocupación estudiantes con una media de 42.7 y 41.44 respectivamente.

De este mismo grupo que reciben tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua en el componente físico se encuentra más afectado los pacientes que son jubilados con una media de 33.67 y en el componente mental los pacientes sin ocupación con una media de 29.61.

TABLA N° 8

CORRELACIÓN DE LAS ESFERAS PERCIBIDAS POR LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÒN AGOSTO – FEBRERO 2015

		FUNCIÓN FÍSICA (0-100)	ROL FÍSICO (0-100)	DOLOR CORPORAL (0-100)	SALUD GENERAL (0-100)	VITALIDAD (0-100)	FUNCIÓN SOCIAL (0-100)	ROL EMOCIONAL (0-100)	SALUD MENTAL (0-100)
FUNCIÓN FÍSICA (0-100)	Correlación de Pearson	1	,616**	,516**	,589**	,500**	,562**	,211*	,439**
	Valor p		.000	.000	.000	.000	.000	.016	.000
ROL FÍSICO (0-100)	Correlación de Pearson	,616**	1	,524**	,465**	,430**	,513**	,210*	,359**
	Valor p	.000		.000	.000	.000	.000	.016	.000
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Pearson	,516**	,524**	1	,308**	,384**	,531**	,434**	,380**
	Valor p	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson	,589**	,465**	,308**	1	,395**	,475**	,218*	,347**
	Valor p	.000	.000	.000		.000	.000	.013	.000
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Pearson	,500**	,430**	,384**	,395**	1	,536**	,294**	,709**
	Valor p	.000	.000	.000	.000		.000	.001	.000
FUNCIÓN SOCIAL (0-100)	Correlación de Pearson	,562**	,513**	,531**	,475**	,536**	1	,408**	,550**
	Valor p	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Pearson	,211*	,210*	,434**	,218*	,294**	,408**	1	,378**
	Valor p	.016	.016	.000	.013	.001	.000		.000
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Pearson	,439**	,359**	,380**	,347**	,709**	,550**	,378**	1
	Valor p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

Fuente cuestionario de salud SF-36

La tabla n° 8 nos muestra la correlación existente entre cada una de las esferas estudiadas, estableciendo como punto de corte un valor p menor o igual a 0.05, para demostrar la influencia que ejerce cada una de ellas sobre el resto de las mismas. Según lo expuesto, podemos afirmar que la asociación es altamente significativa entre las esferas que están comprendidas en el presente estudio.

TABLA N° 9

CORRELACIÓN DE LOS COMPONENTES FÍSICO Y MENTAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN AGOSTO – FEBRERO 2015

		COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL
FUNCION FÍSICA (0-100)	Correlación de Pearson	.885	.250
	Valor <i>p</i>	.000	.005
ROL FÍSICO (0-100)	Correlación de Pearson	.742	.256
	Valor <i>p</i>	.000	.004
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Pearson	.759	.321
	Valor <i>p</i>	.000	.000
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson	.690	.298
	Valor <i>p</i>	.000	.001
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Pearson	.419	.760
	Valor <i>p</i>	.000	.000
FUNCIÓN SOCIAL (0-100)	Correlación de Pearson	.551	.679
	Valor <i>p</i>	.000	.000
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Pearson	.173	.589
	Valor <i>p</i>	.052	.000
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Pearson	.261	.881
	Valor <i>p</i>	.003	.000

Fuente cuestionario de salud SF-36

La tabla nº 9 nos muestra la correlación existente entre cada una de las esferas estudiadas y el componente físico y mental, estableciendo como punto de corte un valor p menor o igual a 0.05, para demostrar la influencia que ejerce cada una de las mismas sobre los dos componentes.

Según lo expuesto, podemos afirmar que el rol emocional que presenta un valor p : 0.052, no presenta influencia significativa sobre el componente físico.

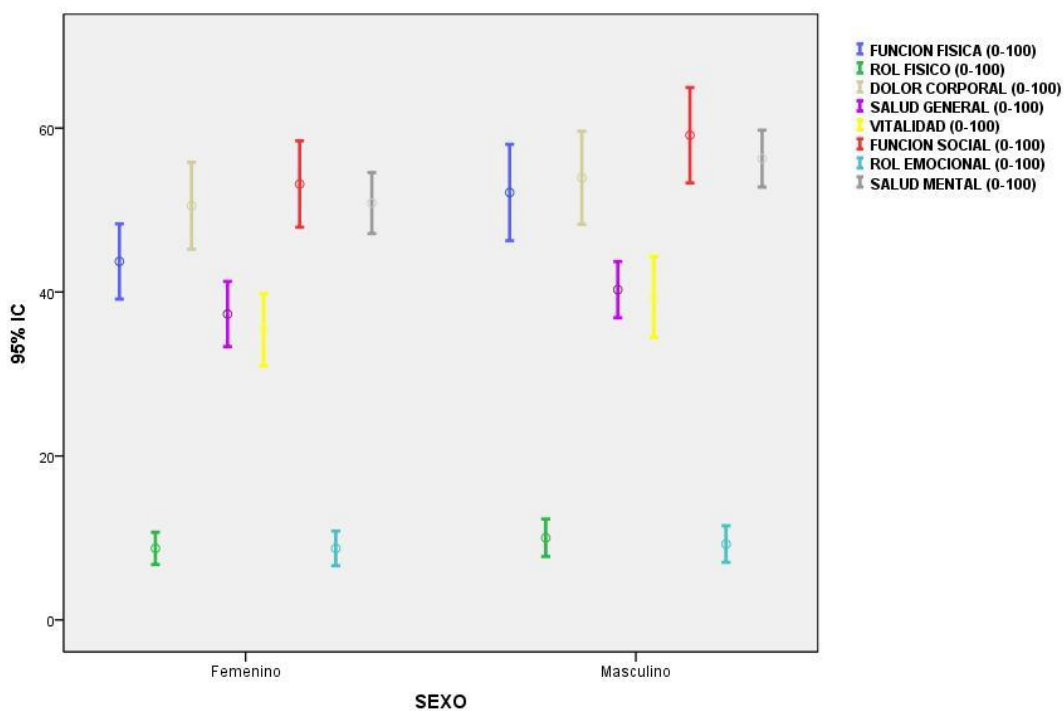
Además concluimos que las demás esferas al obtener un valor P : menor a 0.05 si presentan significancia con los componentes físico y mental.

TABLA N° 10

COMPARACIÓN DE LAS ESFERAS DE SALUD CON EL SEXO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÀLISIS Y DIÀLISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÒN AGOSTO – FEBRERO 2015

		FUNCIÓN FÍSICA (0-100)	ROL FÍSICO (0-100)	DOLOR CORPORAL (0-100)	SALUD GENERAL (0-100)	VITALIDAD (0-100)	FUNCIÓN SOCIAL (0-100)	ROL EMOCIONAL (0-100)	SALUD MENTAL (0-100)
Femenino	Media	43.7	8.6	51.3	37.2	35.1	53.1	9.0	50.9
	Mínimo	0.0	0.0	12.0	0.0	0.0	12.5	0.0	25.0
	Máximo	85.0	25.0	100.0	72.0	75.0	100.0	25.0	83.3
Masculino	Media	52.6	9.9	55.0	40.2	39.5	59.5	9.7	56.3
	Mínimo	15.0	0.0	12.0	15.0	0.0	12.5	0.0	30.0
	Máximo	90.0	25.0	100.0	67.0	83.3	100.0	25.0	83.3

GRÁFICO N° 1



En la tabla nº 10 y gráfico nº11 podemos apreciar la comparación de las 8 esferas de salud con los tipos de sexos de los pacientes, donde apreciamos que en los pacientes de sexo femenino el rol más afectado es el rol físico con una media de 8.6 y en los pacientes de sexo masculino el rol emocional es el más afectado con una media de 9.7

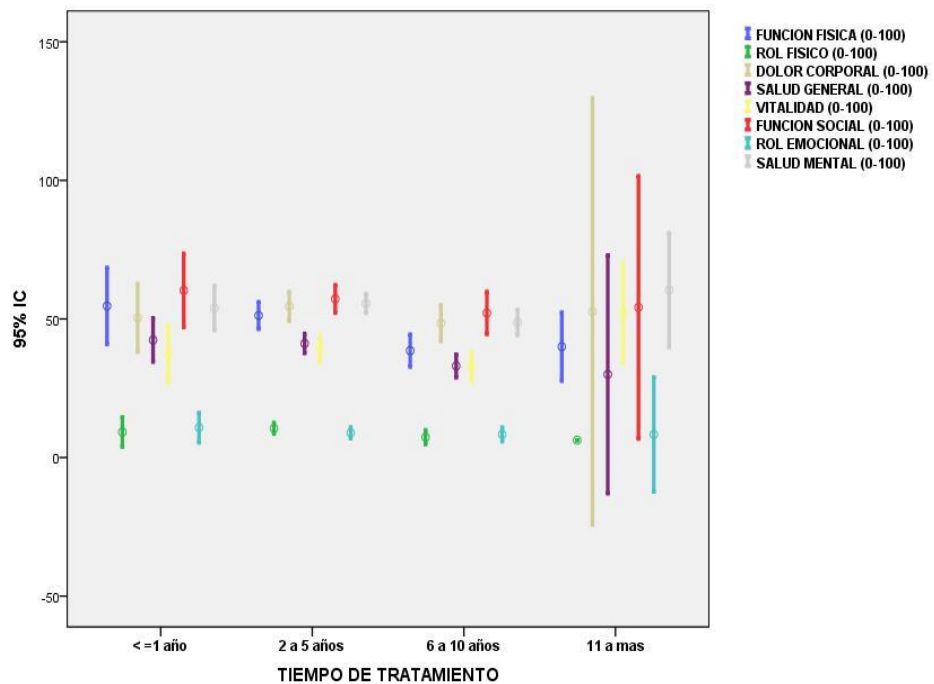
Podemos afirmar con un 95% de intervalo de confianza que los roles físico y mental se encuentran más afectados y la función social es la escala menos afectada en ambos sexos.

TABLA N° 11

COMPARACIÓN DE LAS DIFERENTES ESFERAS DE SALUD CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÀLISIS Y DIÀLISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÒN AGOSTO – FEBRERO 2015

		FUNCIÓN FÍSICA (0-100)	ROL FÍSICO (0-100)	DOLOR CORPORAL (0-100)	SALUD GENERAL (0-100)	VITALIDAD (0-100)	FUNCIÓN SOCIAL (0-100)	ROL EMOCIONAL (0-100)	SALUD MENTAL (0-100)
		Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
TIEMPO DE TRATAMIENTO	<=1 año	54.71	9.19	50.41	42.41	37.13	60.29	10.78	53.97
	2 a 5 años	51.30	10.27	54.82	41.18	38.81	57.19	9.13	55.58
	6 a 10 años	39.73	7.60	51.22	32.95	33.33	53.04	9.23	48.71
	11 a mas	40.00	6.25	52.67	30.00	52.08	54.17	8.33	60.42

GRÁFICO N° 2



En la tabla n° 11 y el gráfico n°5 se aprecia las diferentes esferas de salud que son proporcionadas por el cuestionarioSF-36 según el tiempo de tratamiento donde observamos que los roles físico y mental tienen las medias más bajas; por lo que podemos afirmar con un 95% de intervalo de confianza que el rol físico y mental son los más afectados durante todo el tiempo de tratamiento, así mismos observamos que a partir de los 11 años de tratamiento en adelante estos roles se ven aún más afectados, y los demás roles se afectan indistintamente.

También podemos afirmar con un 95% de intervalo de confianza que la función social es el menos afectado durante todo el tiempo de tratamiento.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se observa la tabla (1) donde el 50.8% corresponde a 66 pacientes varones y 64 pacientes mujeres que corresponderían al 49.2%; lo que concuerda con el trabajo de Caballero M. Salvador (Veracruz) ¹² donde presenta 46 pacientes varones que corresponde a 54.4% y a 38 pacientes mujeres que corresponde a 45.5%.

En la tabla (2) la escolaridad predominante es educación secundaria con 51 paciente que corresponde a 39.2% y con menos prevalencia los que no tienen educación que correspondería a 8 pacientes con 6.2%. Dato semejante a Hernández M. José (Durango) ¹³ que indica que el 42.2% de sus pacientes tienen secundaria y que 1.3% correspondería a los pacientes sin escolaridad.

En el presente estudio se observa también en la tabla (2) que el 55.4% corresponde a 72 pacientes de edades entre 50 y 69 años, lo que es semejante al trabajo de Hernández M. José (Durango) ¹³ que indica que el rango de edades fue de 47 a 65 años correspondiente a 58 pacientes con un porcentaje de 46%.

Según los resultados obtenidos de nuestra investigación se encontró el valor de la media (38.24) representando una baja percepción de la calidad de vida de la población estudiada. Estos estudios corroboran los obtenidos en el estudio realizado con el cuestionario sf-36 por Anna S. Gomá (Tarragona/España)⁷, para la pérdida de la calidad de vida, donde el puntaje promedio fue de 33.3. Así también nuestros resultados no concuerdan con los obtenidos por Salvador C. Morales (Veracruz) ¹² indicando que la media de su población fue de 67.2.

De los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento con hemodiálisis encontramos que la esfera menos afectada es la función social con una media de 53.04 y la esfera más afectada es el rol físico con una

media de 7.37. Esto concuerda con el trabajo de Anna S. Gomá (Tarragona/España)⁷ donde se aprecia menos afectada la esfera de función social con una media de 59.2 y la esfera más afectada; el rol físico con una media de 27.1; además del trabajo de Hernández M. José (Durango)¹³ donde apreciamos que la esfera más baja es el rol físico con una media de 48.5 y la esfera menos afectada la función social con una media de 63.4. Datos que no concuerdan con el trabajo Magali Rodríguez donde el Rol Físico tiene una media de 64,7, y la función Social (55,9) y Salud Mental 38,1.

Encontramos que del total de pacientes encuestados el componente físico y mental se encuentran disminuidos; así también apreciamos que el componente físico y mental se encuentra disminuidos con una media de 36.72 y 30.48 respectivamente lo que concuerda con los resultados de Salvador Caballero donde el Componente físico obtuvo una media de 39.6 y Componente mental una media de 37.2

Del total de pacientes encuestados que reciben tratamiento de DIPAC tienen como esfera menos afectada a la función social con una media de 61.3 y la esfera más afectada el rol emocional con una media de 11.22; lo que concuerda con el trabajo realizado por Rivera Ledesma, Armand (México)¹¹ donde encontramos que la esfera menos afectada es la función social con una media de 56.2 y la esfera más afectada es el rol emocional con una media de 13.5; nuestro trabajo no concuerda con los resultados del trabajo de Sandoval J. Luis (Cancún/ México)¹⁰ donde observamos que la esfera menos afectada es el rol físico y el rol emocional con una media de 79.2 y 39.6 respectivamente, así como la esfera más afectada es la función física con una meda de 18.

CONCLUSIONES

1. Del total de pacientes el 50.8% corresponde a 66 pacientes varones y 49.2% a pacientes mujeres, además el 39.2% corresponde a 51 pacientes con educación secundaria seguido por el 22.3% que correspondería a educación superior; los pacientes que reciben hemodiálisis el componente mental están más afectado en pacientes con ocupación independiente media de 28.48, los pacientes que reciben DIPAC el componente mental se encuentra más afectada en los pacientes que no tienen ocupación.
2. Los pacientes con IRC tratados con hemodiálisis, el componente mental con una media de 29.79 es el más afectado.
3. Los pacientes que reciben tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua, el componente mental con una media de 31.51 es el más afectado.
4. Los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis la esfera de salud más afectada es el rol físico con una media de 7.37.
5. Los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria continua tienen el rol emocional más afectado con una media de 11.22.

RECOMENDACIONES

- Proponer el cuestionario SF-36 como instrumento de evaluación dentro de esta institución, para medir la percepción de la salud en las demás áreas del hospital, así como la calidad de vida relacionada a la salud.
- Mejorar el programa de apoyo psicológico al paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal a fin de disminuir la afectación del componente mental y mejorar de esta manera su percepción sobre su calidad de vida.
- Proponer la adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a diálisis peritoneal ambulatoria continua para no disminuir su calidad de vida
- Realizar el cuestionario SF- 36 para determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes antes y durante el tratamiento dialítica.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Guerra Guerrero, Verónica y asociados.** Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.20 no.5. Oct. 2012. Pág.1
2. **Pérez Escobar, María Mercedes y asociados.** Factores sociales que contribuyen a la morbi-mortalidad en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15. 2010. Pág.2
3. **García E., Azcarate y asociados.** Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Revista Medigraphic Artemisa año 2009. Pág.2
4. **Martínez Regalado, Isabel.** Calidad de Vida de pacientes en programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Universidad Veracruzana 2012. Pág.7
5. **Badia, X. Lizan, L.** Estudios de calidad de vida. Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Rev. El sevier. 2012 Pág.5
6. **Alfaro Cárdenas, Pedro Fernando.** Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Pontificia universidad Católica del Perú. Año 2011
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1287/alfaro_cardenas_pedro_calidad.pdf?sequence=1
7. **Seguí Gomà, Anna.** Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol v.13 n.3 Madrid jul.-sep. 2010. Pág.1

8. **MINSA.** Boletín epidemiológico. Volumen 30 (año 2014). Pág. 1
9. **Contreras, Francoise y asociados.** Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Universidad Santo Tomas. Bogotá. 2006. Pág.2
file:///C:/Users/user/Downloads/455-945-1-PB.pdf
10. **Sandoval Jurado, Luis y asociados.** Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc 2007.
11. **Rivera Ledesma, Armando.** Calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. Salud Ment vol.35 no.4 México jul. /ago. 2012
12. **Caballero Morales S. y asociados.** Calidad de vida en pacientes manejados con hemodiálisis versus diálisis peritoneal continua ambulatoria. Universidad Veracruzana. Año 2010. Pág.5
13. **Hernández M. José y asociados.** Calidad de vida en pacientes con tratamiento sustitutivo renal: diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis. Rev. Iberoamérica de Educación e investigación de Medicina. Año 2014. Pág.2
14. **Morales J. Rosalba y asociados.** Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con tratamiento de sustitución renal. Rev. Medigraphic vol 5. (año2007) Pág.2.
15. **Aparicio López, Cristina.** Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica y repercusión. Universidad Complutense de Madrid. Año 2008. Pág.6
16. **Madrigal de Torres, Manuel y asociados.** Evaluación de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Rev. N° 7. Año 2011. Pág.2
17. **Álvarez Ude, Fernando.** Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica... Año 2009. Pág.1

18. **C. Flores Juan y asociados.** Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. méd. Chile v.137 n.1. Año 2009. Pág.3
19. **Gómez Carracedo, Ana y asociados.** Insuficiencia renal crónica. Rev. Tratado de Geriatría Residentes. Año 2011. Pág.4
20. **Martínez Castelao, Alberto y asociados.** Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Rev. ELSERVIER Año 2014. Pág.3
21. **Venado Estrada, Aida y asociados.** Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de proyectos especiales, Universidad Nacional Autónoma de México. Año 2010. Pág.14
22. **Rivas Martín, Rocío.** Diálisis peritoneal. Cap. 143. Año 2014. Pág.1
23. **Vilaguta, Gemma. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.** Universitat Autònoma de Barcelona. Año 2009. Pág.6
24. **Valdez Huarcaya, William y asociados.** Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional. Año 2008.

ANEXO

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VERSIÓN ESPAÑOLA

- 1.- En general, usted diría que su salud es:
- 1 • Excelente
 - 2 • Muy buena
 - 3 • Buena
 - 4 • Regular
 - 5 • Mala
- 2.- ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
- 1 • Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 • Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 • Más o menos igual que hace un año
 - 4 • Algo peor ahora que hace un año
 - 5 • Mucho peor ahora que hace un año
- 3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
- 1 • Sí, me limita mucho
 - 2 • Sí, me limita un poco
 - 3 • No, no me limita nada

4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 • Sí
- 2 • No

14.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 • Sí
- 2 • No

15.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 • Sí
- 2 • No

16.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 • Sí

2 • No

17.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 • Sí

2 • No

18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 • Sí

2 • No

19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 • Sí

2 • No

20.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 • Nada

2 • Un poco

3 • Regular

4 • Bastante

5 • Mucho

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

1 • No, ninguno

2 • Sí, muy poco

3 • Sí, un poco

- 4 • Sí, moderado
- 5 • Sí, mucho
- 6 • Sí, muchísimo

22.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

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

23.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1 • Siempre
- 2 • Casi siempre
- 3 • Muchas veces
- 4 • Algunas veces

5 • Sólo alguna vez

6 • Nunca

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

1 • Siempre

2 • Casi siempre

3 • Muchas veces

4 • Algunas veces

5 • Sólo alguna vez

6 • Nunca

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

1 • Siempre

2 • Casi siempre

3 • Muchas veces

4 • Algunas veces

5 • Sólo alguna vez

6 • Nunca

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

1 • Siempre

2 • Casi siempre

3 • Muchas veces

4 • Algunas veces

5 • Sólo alguna vez

6 • Nunca

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

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

33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

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

34.- Estoy tan sano como cualquiera.

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

35.- Creo que mi salud va a empeorar.

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

36.- Mi salud es excelente.

- 1 • Totalmente cierta

- 2 • Bastante cierta
- 3 • No lo sé
- 4 • Bastante falsa
- 5 • Totalmente falsa