



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas



UNAN – León

Tesis de grado para optar al título de:

“Doctor en Medicina y Cirugía”

Calidad de vida de pacientes en tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo mayo a septiembre del 2017.

Autores:

Br. Adriana José Flores Zambrana

Br. Sadie Lorena García Padilla

Tutor:

Dr. Juan Almendárez

Profesor Titular Facultad Ciencias Médicas UNAN-León

¡A la libertad por la Universidad!

Septiembre, 2017



Resumen

La Insuficiencia Renal Crónica (ERC) representa un problema mundial de salud¹. En los últimos años el sistema de salud se ha enfocado en evaluación de la calidad de vida³. Para fines didácticos el concepto de calidad de vida relacionado con la salud según el CDC, es la manera cómo una persona percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo⁴.

Objetivo: Evaluar la percepción de la Calidad de vida de pacientes en tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo mayo a septiembre del 2017.

Material y Método: Estudio descriptivo, corte transversal, orientado a la identificación de necesidades en pacientes con una condición específica, utilizando como instrumento el SF-36 (RAND-36), en una población de 33 pacientes en tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

Resultados: El 72.7% son hombres, la mayor frecuencia en el rango de 51-60 años y el 45.5% no completó la primaria. Las dimensiones mas afectadas son: Limitaciones debido a la salud física (81.8%), limitaciones del rol debido a problemas emocionales (42.4%), salud general (39.4%), y funcionamiento físico (39.4%). Los pacientes que tienen de 6 meses a 1 año en terapia sustitutiva tienen mejor calidad de vida (80%).



Índice

| | Contenido | Páginas |
|-------|----------------------------|----------------|
| I. | Introducción | 1 |
| II. | Antecedentes | 2 |
| III. | Justificación | 4 |
| IV. | Planteamiento del problema | 5 |
| V. | Objetivos | 6 |
| VI. | Marco Teórico | 7 |
| VII. | Material y Método | 29 |
| VIII. | Resultados | 38 |
| IX. | Discusión | 42 |
| X. | Conclusiones | 44 |
| XI. | Recomendaciones | 45 |
| XII. | Referencias Bibliográficos | 46 |
| XIII. | Anexos | 50 |



I. **Introducción**

En la actualidad, la Insuficiencia Renal Crónica (ERC) representa un problema mundial de salud afectando cerca de un 10% de la población en general¹. La disminución de la función renal produce un cuadro sintomático que altera sus funciones cotidianas para lo cual se utilizan tratamientos que reemplacen la función renal y a su vez estos afectan la calidad de vida en todos sus aspectos. Por ello es trascendental analizar el bienestar físico y mental de la persona, su capacidad de relacionarse con la sociedad y la capacidad misma de función que se espera de la persona².

En los últimos años el sistema de salud se ha enfocado en evaluación de la calidad de vida de los pacientes, pese a esto no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos³ relacionados con la sociología, ciencias políticas, estudios de desarrollo empresarial etcétera. Para fines didácticos, según la *Control Disease Center* (CDC), el concepto de calidad de vida relacionado con la salud o HRQOL por sus siglas en inglés, es la manera cómo una persona percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo⁴. Su utilidad radica en la importancia de adecuar los servicios de salud a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas a llevar una vida con calidad y dignidad, aún en sus etapas terminales

En Nicaragua, los últimos años se han dedicado a realizar investigaciones científicas que han dejado en claro que la ERC es un serio problema de salud pública. Dichas investigaciones se han enfocado directamente en aspectos clínicos, sin embargo no se han estudiado ni la calidad de atención brindada por el sistema de salud, ni la calidad de vida de estos pacientes. Es por esto que se decidió estudiar uno de estos puntos (calidad de vida) para evaluar los efectos de esta terapia. Los resultados nos brindarán información para promover mejoras en los procesos de atención y promoción de la salud.



II. Antecedentes

La enfermedad renal crónica avanzada tiene un gran impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Cada vez es más frecuente el uso de esta variable en estudios alrededor del mundo. En el año 2012, en México se realizó un estudio sobre la “Calidad de vida de pacientes en programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria”, en donde los resultados indicaban que la edad promedio de pacientes dializados era de 60 años y que era predominantemente en varones. Referente a calidad de vida en ambos programas los dos géneros tenían regular calidad de vida, pero los pacientes dializados tenían una peor percepción de su salud en general con respecto a los del programa de hemodiálisis.⁵

Los pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) conservan mejor función física, en relación al rol emocional se encontró que en hemodiálisis y DPCA los porcentajes son similares, aunque en el rol social en HD se encontró bueno (48%) y en DPCA regular (31%). En lo que respecta al dolor corporal el 45% de pacientes hemodializados nunca ha sentido dolor, mientras que el 52 % de paciente que reciben DPCA si ha sentido dolor, en energía o vitalidad el 62% de pacientes dializados está regular, lo que correspondería a más de la mitad.⁵

Por otra parte, en una revisión de estudios en 2015 sobre la calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada, realizada por la Sociedad Española de Nefrología se concluyó que la mayoría de los estudios refleja una calidad de vida afectada de forma importante en paciente con terapia sustitutiva, independientemente del instrumento utilizado para medir la calidad de vida. La mayoría de esos estudios analizaban calidad de vida en pacientes en hemodiálisis y en su mayoría se utilizaba el formato Short Form-36 Health Survey, y se enfatizaba en las conclusiones de la revisión que se necesitan más estudios



que aborden calidad de vida en prediálisis. Así como, estudios con muestras más grandes y diseños longitudinales, analíticos o experimentales.⁶

A nivel local no existen estudios que valoren la calidad de vida de las terapias de reemplazo renal, incluyendo entre estas la DPCA, más que todo se enfocan en evaluar aspectos asociados a las complicaciones y las técnicas de aplicación sin tomar en cuenta este aspecto psicológico.⁷

El único estudio que encontramos en nuestra búsqueda, realizado en población nicaragüense fue llevado a cabo en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello del departamento de León en el año 2010, que concluyó en que la satisfacción percibida por los pacientes en DPCA es de 70%, estos pacientes era predominantemente hombres, entre 40 y 59 años, del área urbana, con un mínimo de 3 meses de terapia y en su mayoría hipertensos.⁷



III. Justificación

El presente trabajo investigativo será beneficioso para los pacientes que reciben atención en el programa de Diálisis Peritoneal del HEODRA porque a través de ésta los investigadores, pueden identificar factores que estén alterando su calidad de vida y de esta manera se podrán hacer recomendaciones a la directiva del servicio.

Está claro que no todos los inconvenientes conciernen aspectos ligados con la atención médica, los insumos e infraestructura, sino que también juega un papel importante la manera de sobrellevar la enfermedad, por lo tanto es importante visualizar a estos pacientes de una manera integral, como un conjunto y no tomando en cuenta cada dimensión por aparte.

El estudio está enfocado de esta manera porque a lo largo de la carrera de medicina se aprende que como sistema de salud el primer objetivo es lograr una mejoría significativa de la condición de los pacientes que reciben servicio en los hospitales, en este caso la atención brindada en este programa, los resultados obtenidos no solo deben evaluarse por medio de estudios complementarios, ya que el concepto de salud va más allá de lo orgánico, el componente mental y en si la percepción del paciente sobre su propia salud son indicadores que completan dicho concepto y al hablar de esto se refiere a calidad de vida.

Los resultados del estudio también lograrán que se identifique otro componente clave del proceso de enfermedad, como es el abordaje psicológico y el soporte social que pueda beneficiar a cada paciente, y de esta manera poder sugerir medidas que cambien el efecto que la terapia y la misma enfermedad tienen sobre este aspecto; así renacerá una perspectiva más integral acerca del abordaje de estos pacientes.



IV. Planteamiento del problema

La calidad de vida es un concepto que aún con el avance de las ramas de la investigación no se ha concretado de manera definitiva. Sin embargo, cotidianamente se hacen trabajos investigativos en diversas poblaciones con distintas enfermedades y se realizan en países que tienen las posibilidades de abordar a los pacientes desde un punto de vista biopsicosocial.

En lo que respecta a nuestro país se ha hecho un esfuerzo, tanto desde el punto de vista clínico como desde el punto de vista investigativo por abarcar esta esfera aun cuando las limitantes han sido grandes. A pesar de ello se ha dejado un vacío en lo que respecta a la calidad de vida de los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo. Aunque existe información relacionada al tema en poblaciones internacionales, nuestra comunidad tiene características y factores distintos que faltan por estudiar y que afectan la calidad de vida de esta población. Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

También es necesario tener una visión realista de la CV de estos pacientes para poder identificar factores influyentes en el avance clínico de ellos, ya que la respuesta que dan los mismos al tratamiento depende del apego a la terapia, la magnitud del apoyo emocional, y la administración adecuada del tratamiento por parte del familiar encargado, derivándose todos estos aspectos de la percepción que el paciente tiene de su salud, de ahí la importancia de evaluar primeramente la CV en esta población.

¿Cómo es la Calidad de vida de pacientes en tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo mayo a septiembre del 2017?



V. *Objetivos*

Objetivo General:

Evaluar la percepción de la Calidad de vida de pacientes en tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo mayo a septiembre del 2017.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal incluidos en el estudio.
2. Determinar la Calidad de Vida en los pacientes en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal según el tiempo transcurrido desde el inicio de la terapia.
3. Identificar las dimensiones más afectadas en la percepción de Calidad de vida de pacientes en tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal.



VI. **Marco Teórico.**

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) o enfermedad renal terminal, es un problema de salud que implica el deterioro progresivo e irreversible del 90-95% de la función renal, siendo preciso instaurar tratamiento sustitutivo con Diálisis o Trasplante para mantener la vida de los pacientes.⁹

Con todas las complicaciones que trae este problema de salud el destino de estas personas si no son tratadas, es tarde o temprano la muerte. Este destino ha cambiado en forma espectacular con el advenimiento de los procedimientos de sustitución de la función renal mediante la Diálisis y el Trasplante Renal.⁸

1- Terapia de reemplazo renal.

Las terapias de reemplazo renal son un recurso terapéutico de soporte de la función renal. A diferencia de otras formas de insuficiencia de un órgano en estado terminal, la ERC es única en cuanto a que posee tres modalidades de tratamiento: 1) hemodiálisis; 2) diálisis peritoneal, y 3) trasplante renal. Cada forma de terapia renal sustitutiva (TRS) posee riesgos y beneficios únicos.^{8, 10}

a. Trasplante renal

El trasplante renal llevado a cabo con éxito ofrece a los pacientes la mejor calidad de vida. Se liberan de tener que restringir sus consumos de potasio y de líquidos, tienen libertad para viajar y para trabajar, y logran corregir las alteraciones metabólicas y la anemia con la restauración de la normalidad de la función renal. Además, en comparación con la hemodiálisis, el trasplante renal también mejora la supervivencia a largo plazo tanto en los pacientes diabéticos como en los no diabéticos.¹¹

b. Hemodiálisis

La diálisis sustituye a dos funciones principales del riñón: *aclaramiento de solutos* y *aclaramiento de líquidos*. En la hemodiálisis, el aclaramiento de solutos se realiza fundamentalmente por aclaramiento de difusión, que es el movimiento de los solutos



desde el compartimento sanguíneo al compartimento del líquido del dializado a través de una membrana semipermeable.¹⁰

El aclaramiento del líquido en hemodiálisis ocurre por el proceso de ultrafiltración. La tasa de ultrafiltración se determina por el gradiente de presión hidrostática a lo largo de la membrana de diálisis, denominada presión transmembrana. La ultrafiltración aumenta si se aplica presión positiva al compartimento sanguíneo o si la presión negativa se aplica en el lugar del líquido de diálisis de la membrana. Durante la diálisis, la tasa de ultrafiltración se ajusta para obtener la pérdida de líquido deseada.^{10, 11}

En la mayoría de las circunstancias, el aclaramiento de los solutos y del líquido se produce de forma simultánea. Sin embargo, si se lleva a cabo una vigorosa ultrafiltración durante la hemodiálisis convencional, los pacientes con frecuencia se quejan de calambres, náuseas y vómitos. Además, durante un aclaramiento agresivo de líquidos puede producirse un descenso en la resistencia vascular sistémica, que lleva a un descenso de la presión arterial. Separar la ultrafiltración de la diálisis permite un aclaramiento eficiente del líquido con una mayor estabilidad hemodinámica. Los cambios osmóticos se minimizan con ultrafiltraciones aisladas (p. ej., aclaramientos de líquidos sin aclaramiento de solutos). Como resultado, la resistencia vascular se mantiene de forma adecuada y, en consecuencia, se producen menos episodios de hipotensión asociados con mayores cambios en los líquidos.^{10, 12}

Dentro de las posibles complicaciones, están las que se presentan durante la hemodiálisis y las complicaciones a largo plazo. En las primeras, además de los problemas relacionados con los accesos vasculares, las complicaciones más frecuentes que suceden durante la hemodiálisis son hipotensión, calambres musculares, náuseas, vómitos, cefaleas y dolor torácico. Aunque el aclaramiento excesivo de líquidos es la causa más frecuente de hipotensión, es fundamental excluir otras causas potenciales si la hipotensión continúa después de la reposición de líquidos. Entre estas se incluyen sepsis, isquemia miocárdica, taponamiento pericárdico, arritmias y hemorragia activa.



Puede que sea necesario no tomar fármacos antihipertensivos antes de la diálisis para evitar así la hipotensión.^{10, 12}

Los émbolos de aire son las complicaciones técnicas más temidas del procedimiento de hemodiálisis. A pesar de la presencia de detectores de aire en el aparato de diálisis, persiste el riesgo de que se forme un émbolo de aire con las desconexiones repetidas de los catéteres. Los pacientes pueden desarrollar agitación, tos, disnea y dolor torácico. Tan pronto como se sospeche este diagnóstico, el paciente debería adoptar la posición de decúbito prono lateral izquierdo en un intento de atrapar el aire en el ventrículo derecho. Debería administrarse oxígeno al 100%.¹⁰

Entre las complicaciones a largo plazo se encuentran la anemia normocítica normocrómica, enfermedad cardiovascular, que es la causa más importante de fallecimiento en los pacientes con ERC, en los pacientes que inician la diálisis, la anormalidad cardíaca principal es la hipertrofia ventricular izquierda, a menudo acompañada por dilatación ventricular, la rigidez arterial y aterosclerosis coronaria con calcificación importante.¹⁰

La nutrición de estos pacientes también se ve afectada. La hipoalbuminemia se ha visto asociada con un aumento de la mortalidad de los pacientes hemodializados. El importante catabolismo, la anorexia y las limitaciones estrictas de la dieta durante el período de prediálisis llevan a una pérdida de peso magro, después de iniciado el tratamiento, los pacientes suelen mejorar su apetito.^{11, 12}

c. Diálisis peritoneal.

Con el término de Diálisis Peritoneal englobamos todas aquellas técnicas de diálisis que utilizan el peritoneo como membrana de diálisis y su capacidad para permitir, tras un periodo de equilibrio, la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis. La estructura anatómico-funcional de la membrana peritoneal, las características físico-químicas de la solución de diálisis y el catéter, constituyen los tres elementos básicos de ésta técnica de diálisis.¹²



I. ¿Cómo funciona la diálisis peritoneal?

El peritoneo, la fina membrana que cubre su abdomen, tiene abundante cantidad de pequeños vasos sanguíneos. Proporciona un suministro continuo de sangre a purificar. Durante su PD, usted llena su estómago con dializado, una solución que tiene agua y químicos (electrolitos). La cantidad de líquido de cada bolsa para PD es suficiente para llenar una botella de refresco de 2 litros. La solución fluye a través del catéter que se coloca durante un procedimiento quirúrgico generalmente realizado de manera ambulatoria.^{10, 11}

Para tener acceso al peritoneo y poder realizar la PD, se debe colocar un catéter (un tubo hueco flexible) en la parte baja del abdomen. Tiene el tamaño de una pajilla. Es de aproximadamente un pie de largo y quedan solamente cuatro o cinco pulgadas de la misma fuera del cuerpo. Generalmente se coloca el catéter en un quirófano (para minimizar la infección) y casi siempre con anestesia local. Por lo general, un catéter tarda entre 3 y 4 semanas en cicatrizar lo suficiente como para poder comenzar a utilizarlo en sus tratamientos de PD.^{10,11}

Los desechos y el líquido extra y los desechos de la sangre se filtran a través del peritoneo y se recogen en la solución. La solución permanece en el abdomen por un periodo de tiempo. Luego, se drena y es reemplazada con dializado nuevo. Este proceso se denomina intercambio.¹⁰

II. Ventajas de la diálisis peritoneal

- Menos restricciones alimenticias: puede comer frutas y verduras
- Mejor control de su presión arterial y de su peso
- Mejor manejo del potasio
- Mejor manejo de la anemia
- Más independencia para trabajar y estudiar
- Mayor libertad para viajar
- Mantener sus actividades sociales, físicas y recreativas
- Ideal para portadores de virus



-
- Ideal para pacientes pediátricos
 - No usa anticoagulante
 - Menos riesgo de sangramiento
 - No necesita punciones
 - Solo un control mensual
 - Ideal para pacientes rurales
 - Mejor tolerancia en pacientes cardiopatas
 - Mejor estabilidad hemodinámica

III. Modalidad de tratamiento

La terapia de Diálisis Peritoneal se puede realizar a través de dos modalidades:

- Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria o DPCA:

Consiste en administrar una solución de diálisis en la cavidad peritoneal, dejarla un tiempo de permanencia, durante el cual se produce el intercambio de moléculas (toxinas y agua) desde la sangre a la cavidad peritoneal y posteriormente drenarla. Es un procedimiento continuo, que cubre las 24 hora dado que se realiza todos los días es más fisiológica, es decir muy parecido a cómo funcionan sus riñones.^{10, 11}

- 4 cambios al día
- Concentraciones 1,5%. 2,5% 4,25%
- Volumen de Infusión: 2000 ml - 2500 ml
- Tiempo permanencia: 4 a 6 horas
- Intercambio Nocturno: 8 a 10 horas.

- Diálisis Peritoneal Automatizada o DPA:

El tratamiento es realizado a través de una cicladora. Durante la noche la máquina automáticamente realiza los cambios de la solución de diálisis (de 3 a 5 veces), mientras el paciente duerme. El tratamiento dura aproximadamente de 9 a 10 horas. Por la mañana, el paciente se desconecta y puede dejar en la cavidad abdominal una solución nueva para continuar dializando durante el día.^{10, 11}



2- Calidad de vida

La utilización del concepto de calidad de vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras.³

El hecho que desde sus inicios haya estado vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, ha posibilitado que, a la fecha, aún muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta³.

El concepto multidimensional incluye la situación económica, estilos de vida, salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otras. Por ello, la calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales.¹³

La calidad de vida se ha estudiado y aplicado a diferentes disciplinas y saberes: médicas, filosóficas, económicas, éticas, psicológicas, políticas y ambientales. La medicina la asocia con la salud psicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología o la ausencia de enfermedad; los filósofos, con la felicidad o una buena vida; los economistas, con la utilidad del ingreso o de los bienes y servicios; los sociólogos, con la inserción del individuo en la arena social; los políticos, como una meta que ha de alcanzarse para sus ciudadanos en el mediano o corto plazo; y los ambientalistas, con las condiciones ambientales en que vive, crece, se reproduce y muere un individuo¹³

a. Definiendo Calidad de vida



La tarea no es sencilla, dados la relativamente reciente aparición del concepto como objetivo de investigación, su carácter abstracto, su multidimensionalidad, la multiplicidad de perspectivas desde las que puede afrontarse su estudio, y la abundancia de medidas y técnicas para su abordaje.¹⁴

Una de las primeras referencias que afecta a la definición de Calidad de Vida aparece en Aristóteles cuando apunta que la mayoría de las personas conciben la 'buena vida' como lo mismo que 'ser feliz'. Aristóteles destaca que la felicidad es materia de debate, que significa diferentes cosas para personas diferentes y en momentos diferentes: cuando se enferma, la salud es felicidad; cuando se es pobre, lo es la riqueza.¹⁴

Pero el origen académico de la idea de Calidad de Vida se remonta a mediados de los años 60 del siglo XX, alrededor del movimiento de Indicadores Sociales desarrollado a partir de las actividades de la Escuela de Chicago. El auge de este movimiento, aunque en período de prosperidad, coincidió con un clima político y social de cuestionamiento del crecimiento económico como principal objetivo político e indicador social de primer orden.¹⁴

En este contexto, el concepto Calidad de Vida nació como una alternativa a la cuestionada sociedad de la opulencia y, con el tiempo, derivó desde el significado de bienestar de las poblaciones basado en dimensiones materiales, hacia un constructo más complejo que incluiría también aspectos como la calidad del entorno, las relaciones sociales o la salud.¹⁴

Una definición influyente, por provenir de un organismo internacional, es la elaborada por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL Group), que destaca el carácter subjetivo de la evaluación al referir la Calidad de Vida a: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales,



así como su relación con su entorno”, dicho concepto fue publicado por el Grupo de la OMS sobre la Calidad de Vida en el año 1996 y hasta la actualidad sigue teniendo vigencia.^{14,15}

Se ha considerado la salud como uno de los principales dominios responsable de la Calidad de Vida. Esta creencia proviene, en gran parte, de la propia definición de salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social”.^{14,16}

b. Concepto multidimensional

Existe un acuerdo generalizado en lo concerniente a que el concepto Calidad de Vida es un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componentes diversos, que no se explica por un solo elemento sino por la combinación o interrelación de todos ellos.¹⁴

Sin embargo, es difícil encontrar concreción sobre las dimensiones que deben ser consideradas, y las investigaciones suelen ser unitarias, circunscritas a aquellos aspectos que los investigadores consideran relevantes para los objetivos concretos de sus disciplinas particulares.¹⁴

Con objetivo de profundizar en este concepto multidimensional, nos hemos basado en el estudio de las distintas facetas que ha establecido la OMS, aunque previo a esto se deja en claro que en los estudios investigativos se abarcan estas mismas esferas de manera distinta según el instrumento utilizado y según el tipo de población en el que se desee estudiar la Calidad de Vida.

A la hora de evaluar la Calidad de vida es importante abarcar todos los ámbitos que pudiesen afectarla, desde aquellos que se encuentran en el entorno del individuo hasta aquellos que son intangibles y que muchas veces son obviados. El manual de instrucciones de la OMS sobre la Calidad de Vida organiza estos ámbitos de la siguiente manera.¹⁷



- **ÁMBITO 1 – ÁMBITO FÍSICO**

- 1. *Dolor y malestar*

En esta faceta se exploran las sensaciones físicas desagradables experimentadas por una persona y en qué medida son penosas y constituyen trabas para su vida. Aun cuando una persona no sienta dolor en realidad, ya sea por haber tomado medicamentos o porque el dolor sea por naturaleza esporádico (por ejemplo, la migraña), su calidad de vida puede resultar afectada por el miedo constante al dolor. Se reconoce que las personas re-accionan de diferentes formas ante el dolor y es probable que las diferencias en tolerancia y aceptación del dolor influyan en los efectos de éste en su calidad de vida.¹⁷

- 2. *Energía y fatiga*

En esta faceta se explora la energía, el entusiasmo y la resistencia que tiene una persona para realizar las tareas necesarias en la vida cotidiana, además de otras actividades elegidas, como las recreativas. Puede abarcar desde cansancio incapacitante hasta niveles adecuados de energía y sensación real de estar vivo. El cansancio puede ser consecuencia de varias causas: por ejemplo, enfermedad, problemas como la depresión o esfuerzos excesivos.¹⁷

- 3. *Sueño y descanso*

Esta faceta versa sobre el grado en que el sueño y el descanso y los problemas al respecto afectan a la calidad de vida de una persona. Algunos de los problemas del sueño serían los siguientes: dificultad para conciliar el sueño, despertarse durante la noche, despertarse demasiado temprano por la mañana sin poder volver a conciliar el sueño y sueño no reparador.¹⁷

Esta faceta se centra en si resulta o no perturbado el sueño; puede deberse a cualquier razón, relacionada con la persona o con el medio.¹⁷

- **ÁMBITO II - PSICOLÓGICO**

- 4. *Sensaciones positivas*



En esta faceta se examina hasta qué punto una persona experimenta sensaciones positivas de satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida. Se considera parte importante de esta faceta la opinión y las ideas de una persona sobre el futuro. En el caso de muchos entrevistados se puede considerar esta faceta análoga a la calidad de vida. No figuran las sensaciones negativas, pues corresponden a otra faceta.¹⁷

5. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

En esta faceta se explora la opinión de una persona sobre su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para adoptar decisiones. Comprende también la rapidez y la claridad de pensamiento.¹⁷

6. Autoestima

En esta faceta se examinan los sentimientos que abrigan las personas hacia sí mismas. Pueden ser desde sentimientos positivos hasta sentimientos extraordinariamente negativos. Se explora la sensación que tiene una persona de su valía como tal. También forma parte de esta faceta el aspecto de la autoestima en relación con la propia eficacia, la satisfacción consigo misma y el control.¹⁷

Es importante indagar sobre los sentimientos de la persona hacia sí misma en una diversidad de ámbitos: cómo se llevan con otras personas, su grado de instrucción, su evaluación de su capacidad para cambiar o para realizar determinadas tareas o adoptar determinadas conductas, sus relaciones familiares y su sensación de dignidad y autoaceptación. Para algunas personas la autoestima depende en gran medida de cómo funcionan, ya sea en el trabajo o en el hogar, o cómo las ven y las tratan los demás. En algunas culturas la autoestima depende de la estima dentro de la familia más que de la estima individual.¹⁷

7. Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto

En esta faceta se examina el concepto que una persona tiene de su cuerpo. Se incluye la cuestión de si ve el aspecto de su cuerpo de forma positiva o negativa. Se centra en



la satisfacción de la persona con su aspecto y su efecto en el concepto que tiene de sí misma, incluida la cuestión de hasta qué punto se pueden corregir defectos corporales reales o «percibidos», en caso de que existan (por ejemplo, mediante maquillaje, ropa, prótesis, etc.).¹⁷

Es probable que la forma en que los demás reaccionan ante la apariencia de una persona afecte en muy gran medida al concepto que ésta tiene de su cuerpo.¹⁷

8. Sentimientos negativos

Esta faceta se refiere al grado en que una persona experimenta sentimientos negativos, incluidos abatimiento, culpa, tristeza, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida. Considera también hasta qué punto resultan angustiosos cualesquiera sentimientos negativos y sus efectos en el funcionamiento diario de la persona.¹⁷

- ÁMBITO III – GRADO DE INDEPENDENCIA

9. Movilidad

En esta faceta se examina la opinión de la persona sobre su capacidad para trasladarse de un lugar a otro, moverse por su casa, moverse por el lugar de trabajo o llegar a los servicios de transporte.¹⁷

Se centra en la capacidad general de la persona para ir a donde quiera sin ayuda de otros, independientemente de los medios utilizados para ello. Se da por sentado que, en todos los casos en que una persona depende en gran medida de otra persona para su movilidad, es probable que su calidad de vida resulte afectada negativamente por ello. Además, es importante abordar el caso de personas con dificultades de movilidad, independientemente de si éstas se presentaron de forma repentina o gradual, si bien se reconoce que es probable que este aspecto influya en gran medida en su calidad de vida.¹⁷



La discapacidad de una persona no necesariamente afecta a su movilidad. Así, por ejemplo, una persona que utilice una silla de ruedas o un andador puede tener una movilidad satisfactoria en un hogar o lugar de trabajo adecuadamente adaptado. Tampoco comprende esta faceta los servicios de transporte (por ejemplo, automóvil, autobús), pues corresponden a otra faceta (transporte).¹⁷

10. Actividades de la vida diaria

En esta faceta se explora la capacidad de una persona para realizar actividades habituales de la vida diaria, incluidas el cuidado de sí misma y el cuidado idóneo de su casa. Se centra en la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades que probablemente necesite realizar diariamente. El grado en que las personas dependan de otras para que las ayuden en sus actividades diarias probablemente afecte también a su calidad de vida.¹⁷

11. Dependencia de una medicación o de tratamientos

En esta faceta se examina la dependencia de una persona de una medicación o de medicinas alternativas (tales como acupuntura y remedios herbarios) para respaldar su bienestar físico y psicológico. Las medicaciones pueden afectar en algunos casos a la calidad de la vida de una persona de forma negativa (por ejemplo, efectos secundarios de la quimioterapia), mientras que en otros pueden mejorarla (por ejemplo, pacientes cancerosos que tomen analgésicos).¹⁷

Esta faceta comprende las intervenciones médicas no farmacológicas, pero de las que de todos modos depende la persona, por ejemplo un marcapasos o un miembro artificial.¹⁷

12. Capacidad de trabajo

En esta faceta se examina la utilización por una persona de su energía para trabajar. Se define el «trabajo» como cualquier actividad importante en la que participe. Entre las actividades importantes pueden figurar el trabajo remunerado, el trabajo no remunerado, el trabajo voluntario para la comunidad, el estudio en exclusividad, el



cuidado de niños y las obligaciones domésticas. La faceta se debe centrar en la capacidad de una persona para trabajar, independientemente del tipo de trabajo.¹⁷

- **ÁMBITO IV - RELACIONES SOCIALES**

- *13. Relaciones personales*

Examina hasta qué punto las personas sienten la compañía, el amor y el apoyo que desean de las personas próximas en su vida. También se aborda el compromiso y la experiencia actual de cuidar y mantener a otras personas.¹⁷

Esta faceta comprende la capacidad y la oportunidad de amar, ser amado y mantener relaciones estrechas, tanto afectivas como físicas. Se incluyen el grado en que las personas piensan que pueden compartir momentos de felicidad y de aflicción con sus seres queridos y la sensación de amar y ser amado. Se incluyen también los aspectos físicos de las relaciones con los seres queridos, tales como abrazarse y tocarse. Sin embargo, se reconoce que es probable que esta faceta se superponga en gran medida con la intimidad sexual, que corresponde a la faceta relativa a la actividad sexual.¹⁷

Se aborda el grado de satisfacción que una persona obtiene del cuidado de otras o si tiene problemas para cargar con el peso que ello entraña. La posibilidad de que se trate de una experiencia positiva y también negativa va implícita en la faceta. También se incluyen todos los tipos de relaciones amorosas, tales como amistades íntimas, matrimonios y parejas heterosexuales y homosexuales.¹⁷

- *14. Apoyo social*

En esta faceta se examina hasta qué punto siente una persona el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica por parte de su familia y sus amigos. Explora hasta qué punto la familia y los amigos comparten responsabilidades y trabajan en común para resolver los problemas personales y familiares. Se enfoca en la



cuestión de tanto apoyo recibe de su familia y sus amigos, en particular hasta donde podría depender de su apoyo en caso de crisis.¹⁷

Abarca también la cuestión de hasta qué punto siente la persona que recibe aprobación y aliento de su familia y sus amigos. En esta faceta se incluye el papel potencialmente negativo de la familia y los amigos en la vida de una persona y permite registrar los efectos negativos de la familia y los amigos, como, por ejemplo, los malos tratos de palabra o de obra.¹⁷

15. Actividad sexual

Se refiere al impulso y el deseo sexuales de una persona y al grado en que la persona puede expresar y gozar su deseo sexual apropiadamente.¹⁷

Para muchas personas, la actividad sexual y las relaciones de intimidad con otras personas están vinculadas entre sí. Sin embargo, sólo se indaga sobre el apetito, la expresión y la satisfacción sexuales, mientras que en otras facetas se abordan otras formas de intimidad. En algunas culturas, la fertilidad es fundamental para esta faceta y la maternidad es una función extraordinariamente valorada. Acá se abarca ese aspecto de la vida sexual en esas culturas y es probable que así se interprete en ellas. No se incluyen los juicios de valor relativos a la vida sexual, sino sólo la importancia de la actividad sexual para la calidad de la vida de una persona. Así, no se consideran importantes en sí mismas la orientación y las prácticas sexuales de la persona, sino que esta faceta se centra en el deseo, la expresión, la oportunidad y la satisfacción sexuales.¹⁷

Se reconoce que es difícil preguntar por la actividad sexual y es probable que en algunas culturas las respuestas a esas preguntas sean más comedidas. Además, se prevé que las personas de diferentes edades y sexos responderán de formas distintas. Algunas pueden comunicar poco o ningún deseo sexual sin que ello tenga efecto negativo alguno en la calidad de su vida.¹⁷



- ÁMBITO V – MEDIO

- 16. *Seguridad Física*

Evalúa la sensación de seguridad de una persona respecto del daño físico. Las amenazas para la seguridad pueden provenir de cualquier fuente, como otras personas o de la opresión política. En vista de ello, es probable que esta faceta se refiera directamente a la sensación de libertad de la persona. Por esa razón, al momento de dirigir el conversatorio se debe permitir una diversidad de respuestas: desde que una persona tenga oportunidades para vivir sin restricciones hasta que viva en un Estado o en un barrio opresivo y se sienta insegura en él.¹⁷

Evalúa hasta qué punto considera la persona que hay «recursos» que protegen o podrían proteger su sensación de seguridad. Es probable que esta faceta tenga particular importancia para ciertos grupos, tales como víctimas de catástrofes, personas sin hogar, personas que ejercen profesiones peligrosas, familiares de delincuentes y víctimas de malos tratos.¹⁷

Sin embargo no se exploran a fondo los sentimientos de quienes podrían padecer enfermedades mentales graves y tener la sensación de que su seguridad está amenazada por «estar perseguidos por alienígenas», por ejemplo. Las preguntas se centran en la sensación de seguridad/inseguridad de una persona, en la medida en que afecte a la calidad de su vida.¹⁷

- 17. *Medio doméstico*

Se examina el lugar principal en el que vive la persona (y, como mínimo, duerme y guarda la mayoría de sus pertenencias) y la forma en que ello re-percute en su vida. Se evaluaría la calidad del hogar en el sentido de que sea cómodo y brinde a la persona un lugar seguro para residir.¹⁷

Otros aspectos que van incluidos implícitamente son los siguientes: hacinamiento; cantidad de espacio disponible; limpieza; oportunidades para estar a



solas; servicios disponibles (tales como electricidad, inodoro, agua corriente) y la calidad de la construcción del edificio (como, por ejemplo, goteras y humedad).¹⁷

La calidad del vecindario es importante para la calidad de la vida. A pesar de que el hogar corresponde al lugar en que la persona habita con su familia, se incluye también a personas que no viven en cierto lugar con su familia, tales como los refugiados o las personas internadas en instituciones.¹⁷

18. Recursos financieros

Se solicita la opinión de la persona sobre sus recursos financieros (y otros recursos intercambiables) y hasta qué punto satisfacen dichos recursos las necesidades de un estilo de vida saludable y confortable. Se centra en lo que la persona puede comprar y en lo que no, en la medida en que ello afecte a la calidad de su vida.¹⁷

Se debe investigar sobre la sensación de satisfacción o insatisfacción de la persona con las cosas que sus ingresos le permiten obtener y también sobre la sensación de dependencia o independencia que le brindan sus recursos financieros (o recursos intercambiables) y la sensación de tener suficiente.¹⁷

En la evaluación no se tendrá en cuenta el estado de salud de la persona ni si tiene o no un puesto de trabajo. Se reconoce que es probable que la idea que tenga una persona de sus recursos financieros como «suficientes», «satisfacen las necesidades», etc. varíe en gran medida, por lo que la formulación de las preguntas permite tener en cuenta esa variación.¹⁷

19. Salud y atención social: disponibilidad y calidad

Evalúa la opinión de la persona sobre la salud y la asistencia social en su zona de residencia, en el sentido de que no haga falta mucho tiempo para recibir asistencia, en caso necesario; cómo ve la persona la disponibilidad de servicios sanitarios y sociales y la calidad y la cabalidad de la asistencia que recibe o espera recibir, en caso de que lo necesite. También explorar sobre la ayuda voluntaria en la comunidad



(organizaciones religiosas de beneficencia, templos...) que o complementen o constituyan el único sistema de asistencia sanitaria disponible en el medio de la persona, y sobre lo fácil o difícil que resulta llegar a los servicios sanitarios y sociales locales y llevar a amigos o parientes a esos servicios.¹⁷

20. Oportunidades para obtener nueva información y adquirir nuevas aptitudes

Se examina la oportunidad y el deseo de una persona de adquirir nuevas aptitudes y nuevos conocimientos y de sentirse en contacto con lo que sucede. Puede ser mediante programas educativos oficiales, cursos para adultos o actividades recreativas, ya sea en grupos o a solas (por ejemplo, la lectura). Esta faceta comprende el contacto y la recepción de noticias sobre lo que sucede, que para algunas personas son amplios (las «noticias del mundo») y para otros más limitados (chismorreo de aldea). No obstante, para muchas personas es importante la sensación de estar en contacto con lo que sucede a su alrededor.¹⁷

21. Participación en actividades recreativas y de ocio y oportunidades al respecto

Evalúa la capacidad de una persona para participar en actividades de ocio, pasatiempos y relajación y las oportunidades que se le brindan al respecto. Figuran todas las formas de pasatiempos, relajación y esparcimiento: ver a amigos, practicar deportes, leer, ver la televisión o pasar tiempo con la familia o sin hacer nada.¹⁷

Se centra en tres aspectos: la capacidad de la persona para dedicarse a actividades de esparcimiento y relajación y disfrutarlas y las oportunidades que se le brindan al respecto.¹⁷

22. Medio físico (contaminación/ruido/tráfico/clima)

Evalúa la opinión de la persona sobre su medio, incluidos el ruido, la contaminación, el clima y la estética general del medio, y la cuestión de si todo ello sirve para mejorar su calidad de vida o la afecta negativamente. En algunas culturas



algunos aspectos del medio, como el carácter fundamental de la disponibilidad de agua o la contaminación del aire, pueden tener una influencia muy particular en la calidad de la vida. En esta faceta no figuran el medio doméstico ni el transporte, que corresponden a otras facetas.¹⁷

23. Transporte

Se examina la opinión de la persona sobre la disponibilidad o la facilidad para encontrar y utilizar servicios de transporte a fin de ir de un lado para otro. Se incluye cualquier modo de transporte a disposición de la persona (bicicleta, automóvil, autobús...). Esta faceta se centra en cómo permite la disponibilidad de transporte realizar las tareas necesarias de la vida diaria y la libertad para realizar actividades elegidas. No se hace énfasis en el tipo de transporte ni sobre los medios utilizados para moverse por la casa propia. Por lo demás, no se incluye la movilidad personal, porque corresponde a otra faceta (Movilidad).¹⁷

- **ÁMBITO VI – ESPIRITUALIDAD/RELIGIÓN/CREENCIAS PERSONALES**

24. Espiritualidad/religión/creencias personales

Se examinan las creencias de la persona y cómo afectan a la calidad de su vida. Puede ser que la ayuden a afrontar las dificultades de su vida, estructuren su experiencia, infundan significado a las cuestiones espirituales y personales y, más en general, brinden a la persona una sensación de bienestar. Esta faceta comprende tanto a personas con creencias religiosas diferentes (por ejemplo, budistas, cristianos, hindúes, musulmanes) como a personas con creencias personales y espirituales que no vivan con arreglo a una orientación religiosa determinada.¹⁷

Para muchas personas, la religión, las creencias personales y la espiritualidad son una fuente de consuelo, bienestar, seguridad, sentido, sensación de arraigo, finalidad y fuerza. En cambio, algunas personas tienen la sensación de que la religión tiene una influencia negativa en su vida.¹⁷

c. Calidad de Vida Relacionado a Salud (CVRS)



Una de las aproximaciones a la Calidad de Vida con mayor desarrollo ha sido desde la investigación en salud ya que constituye un marco conceptual en el que los temas relacionados con la salud pueden ser revisados positivamente y de forma holística.¹⁴

La transición del término Calidad de Vida desde las ciencias sociales a la investigación en salud se ha visto acompañada por una prioridad pragmática: la construcción de escalas, técnicas o instrumentos de medida. En evaluación de tecnologías de salud, de la calidad del cuidado sanitario o de los servicios de salud, la búsqueda de medidas se intensificó en los años 80, y el concepto de estado de salud se expandió hasta llegar a contener completamente el concepto Calidad de Vida.¹⁴

Si se acepta la amplia definición de salud de la OMS, y el sujeto tiene un completo bienestar físico, mental y social, entonces la Calidad de Vida sería excelente. Un resultado excelente en salud sería igual a un resultado excelente en Calidad de Vida. Pero depende de qué es lo que se incluye dentro de las nociones de bienestar físico, mental y social. El problema es que no existen normas sobre lo que debería o no incluirse en esas nociones.¹⁴

d. Algunos modelos explicativos

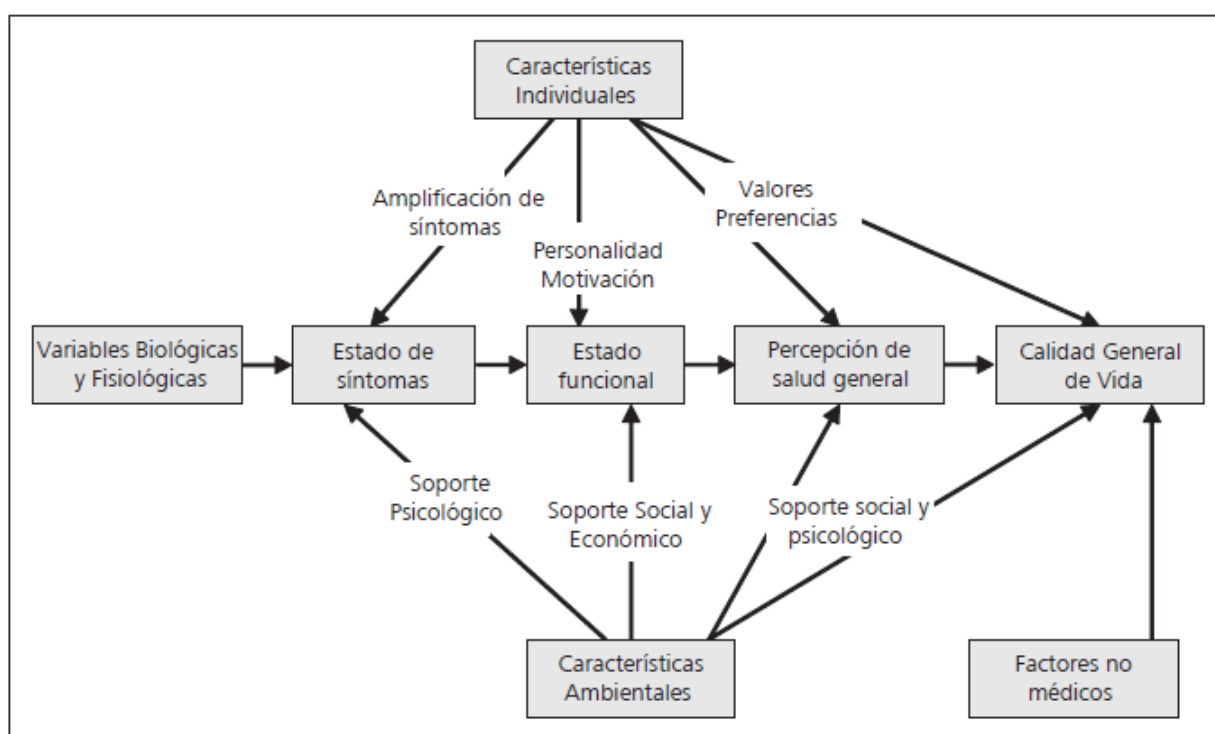
Algunos acuerdos entre diversos investigadores han significado un gran aporte al desarrollo del concepto, en especial en su medición, como lo son por ejemplo los planteados por el grupo WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud al sugerir algunas características que definirían a la CV: a) es subjetiva; b) es multidimensional; c) incluye tanto funcionamiento positivos como dimensiones negativas.¹⁸

Este modelo, que en estricto rigor no constituye un modelo de CVRS sino de Calidad de Vida general, no ha logrado el consenso de todos los investigadores en el área, por lo que se han desarrollado otros modelos explicativos, fundamentalmente vinculados a enfermedades específicas.¹⁸



Basados en que ningún modelo incluye el rango total de variables que son típicamente incluidas en la evaluación de CVRS; y además no se especifican los vínculos entre las distintas mediciones, Wilson y Cleary⁸ elaboran un modelo que integra dos diferentes tipos de marco comprensivos de la salud, unos desde el paradigma clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos, y por otro lado, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general (Figura 1).

Figura 1: Modelo de Calidad de vida Relacionado a Salud Wilson & Cleary



Fuente: 18

e. Para que utilizar la Calidad de Vida Relacionada a Salud

A pesar de que aún no existe consenso en esta definición ni su completa diferenciación con el término “calidad de vida” general, la información derivada de su estudio ha llegado ser un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la



efectividad de los tratamientos. La evidencia sugiere que su uso puede ser beneficioso en la práctica clínica cotidiana, en estudios de eficacia, efectividad, riesgo o como indicador de la calidad del cuidado.¹⁸

Algunos autores proponen la utilización de la CVRS como un indicador de resultado en los diseños de investigación clínica, existiendo incluso listas guía para su diseño o evaluación. La ventaja del uso de indicadores centrados en la Calidad de Vida a nivel personal, es que al focalizar su mirada en cada persona, enfatiza la unicidad de cada individuo para responder a la enfermedad y al tratamiento, siendo para esto la medición centrada en el paciente la más adecuada.¹⁸

3- Calidad de vida y diálisis peritoneal:

La diálisis impone modificaciones en el estilo de vida familiar. El tiempo que debe dedicarse a ella (dos a tres veces a la semana durante 3 a 4 horas aproximadamente) reduce las actividades sociales y puede originar conflictos, frustración, sensaciones de culpabilidad y depresión en la familia. Es frecuente que familiares y amigos consideren al enfermo como una “persona marginal”, con esperanza de vida limitada. También suele ser difícil que el paciente, cónyuge y familia expresen la ira y otros sentimientos negativos. Si bien son normales en esta situación, estos sentimientos con frecuencia son profundos y abrumadores, de manera que se requiere asesoría y psicoterapia.^{9, 19, 20}

Todos estos factores, derivados de la condición patológica del paciente como la implicancia que tiene en su estado psicológico y social, repercuten directamente en la calidad de vida de éstos.^{9, 19, 20}

Debido a que la Calidad de Vida es una percepción única para cada individuo, que refleja los sentimientos íntimos de cada paciente sobre su salud y sobre aspectos médicos y no médicos de su propia vida, la mayoría de las medidas de Calidad de Vida que existen en la literatura parecen ser erróneas o dirigidas hacia objetivos



equivocados. La calidad de vida sólo puede medirse adecuadamente determinando las opiniones de los pacientes para traducirlas a instrumentos desarrollados por expertos, y así concederles validez y aplicabilidad a la práctica diaria.^{9, 19}

Los pacientes que se encuentran en las unidades de diálisis deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante y además, adaptarse a su total dependencia de una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento. El mayor problema de estos pacientes es con la enfermedad misma, pero con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración, psicológica y conductual, de la necesidad de autonomía y a la vez de dependencia. En forma predecible, los pacientes en diálisis tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones o actitudes excesivamente infantiles o condescendientes. Con el tiempo, los pacientes van logrando estrategias de adaptación, pero aquéllos que están iniciando el tratamiento de diálisis presentarán, con seguridad, alguna de estas reacciones. No son raros los trastornos psiquiátricos mayores, como depresiones graves, alto riesgo de suicidio, alteraciones sexuales, cuadros de pánico y otros.^{19, 20, 22}



VII. *Material y Método.*

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal orientado a la identificación de necesidades de soporte social y psicológico en pacientes con una condición específica, realizado en el periodo de mayo a septiembre 2017.

Unidad de análisis:

Personas afectadas por Enfermedad Renal Crónica que están en el programa de Diálisis Peritoneal.

Población de estudio:

Todos los pacientes que asisten regularmente al programa de diálisis peritoneal (37 participantes) y acepten participar en la entrevista. Por ser una población pequeña, no calculamos muestra, por lo tanto tampoco definimos la existencia de un universo.

Área de estudio:

Programa de tratamiento sustitutivo de la función renal (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) Departamento de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. (HEODRA) en la ciudad de León

Fuente de la información:

- Primarias: se recolectó directamente información de la población mediante encuestas.
- Secundarias: Base de datos de los paciente incluidos en el Programa de Diálisis Peritoneal.

Criterios de inclusión y exclusión:

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| Pacientes que forman parte del | Pacientes que presenten alteraciones |



| | |
|--|--------------|
| Programa de Diálisis Peritoneal que ofrece el Departamento de Medicina Interna del HEODRA – León | neurológicas |
|--|--------------|

Instrumentos de recolección de la información:

Se utilizó el formato Short Form-36 Health Survey (SF-36), al cual le agregamos algunos ítems para evaluar las características sociodemográficas de la población que estudiaremos.²³

El SF-36 está constituido por 35 ítems puntuables, divididos en 8 dimensiones: Función Física, Rol Físico, Rol Emocional, Función Social, Salud Mental, Salud General, Dolor Corporal y Vitalidad. Contiene además un ítem adicional que no forma parte de ninguna dimensión y que mide el cambio de la salud en el tiempo. El tiempo de administración del SF-36 oscila entre 5 y 10 min.

Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codificaron, agregaron y transformaron en una escala con recorrido desde 0 a 39 (peor estado de salud), 40-60 (estado de salud intermedio) mayor de 60 hasta 100 (mejor estado de salud) utilizando las graduaciones establecidas por el Rand Corporation que se describen posteriormente en el plan de análisis, por lo que también sería correcto referirnos a nuestro instrumento como RAND 36-Item Health Survey 1.0.²⁴ y que nos indica que a mayor puntuación en las diferentes dimensiones, mejor estado de salud y/o una mejor calidad de vida.

Procedimientos para la recolección de información:

Dirigimos una carta al director del HEODRA para que tuviera conocimiento de nuestro estudio y los objetivos del mismo, quien nos orientó que nos dirigiéramos directamente con el Especialista en nefrología y a la Licenciada responsable de la atención regular de los pacientes incluidos en el programa a quien presentamos nuestra propuesta de investigación y solicitamos su autorización.



Posteriormente solicitamos a la licenciada en Enfermería, responsable de capacitación de familiares y monitoreo de pacientes, nos brindara el registro de datos de los pacientes incluidos en el programa para poder contactarnos individualmente con ellos. A todos los pacientes se les informó del objetivo del estudio y se les solicitó verbalmente el consentimiento de participación.

La recolección de datos se realizó en el periodo de mayo a septiembre del 2017, aplicamos el instrumento de evaluación 25 pacientes por medio de visitas en casa, 8 por vía telefónica, obteniendo la información de 33 participantes cuyos datos conforman nuestra base de datos, 2 participantes no logramos contactar ni por vía telefónica ni por medio de visita en casa, 1 paciente se encontraba en UCI y 1 paciente no quiso participar en nuestro estudio.

Operacionalización de las variables:

| Variable | Definición operacional | Escala |
|-----------|---|--|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento. | 31 – 40 41 – 50 51 – 60 61 o mas |
| Sexo | Características morfo-funcionales que definen el rol reproductivo de la persona | Hombre Mujer |
| Ocupación | Actividad que realiza la persona para asegurar el sustento de su familia. | Ama de casa Agricultor/Ganadero Comerciante Obrero Jornalero Técnico Profesional |



| | | |
|---|---|--|
| | | Empresario Desempleado |
| Escolaridad | Nivel académico aprobado. | Analfabeto, primaria, primaria incompleta, secundaria, secundaria incompleta, técnico, técnico incompleto, universidad, universidad incompleta |
| Estado civil | Situación jurídica en al que se establece una relación conyugal entre dos personas. | Soltero, Unión libre, Casado, Viudo |
| Tiempo de pertenecer en el programa de DPCA | Tiempo en meses y años de estar en tratamiento sustitutivo con DPAC | - < 6 meses - 6 meses – 1 año - > 1 año |
| | Manera cómo una persona percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo | - > 60: Mejor estado de salud que la población de referencia - 40 – 60: Estado de salud intermedio - < 40: Peor estado de salud que la población de referencia |
| | El funcionamiento físico | - > 60: Mejor estado de salud que la población de referencia - 40 – 60: Estado de salud intermedio - < 40: Peor estado de salud que la población de referencia |
| | papel limitaciones debido a la salud física | - > 60: Mejor estado de salud que la población de referencia - 40 – 60: Estado de salud intermedio - < 40: Peor estado de salud que la población de referencia |
| | limitaciones de rol debido a problemas emocionales | - > 60: Mejor estado de salud que la población de referencia - 40 – 60: Estado de salud intermedio - < 40: Peor estado de salud que la población de referencia |



| | | |
|--|--------------------------|--|
| | Energía / fatiga | <ul style="list-style-type: none">- > 60: Mejor estado de salud que la población de referencia- 40 – 60: Estado de salud intermedio- < 40: Peor estado de salud que la población de referencia |
| | El bienestar emocional | <ul style="list-style-type: none">- > 60: Mejor estado de salud que la población de referencia- 40 – 60: Estado de salud intermedio- < 40: Peor estado de salud que la población de referencia |
| | El funcionamiento social | <ul style="list-style-type: none">- > 60: Mejor estado de salud que la población de referencia- 40 – 60: Estado de salud intermedio- < 40: Peor estado de salud que la población de referencia |
| | Dolor | <ul style="list-style-type: none">- > 60: Mejor estado de salud que la población de referencia- 40 – 60: Estado de salud intermedio- < 40: Peor estado de salud que la población de referencia |
| | Salud general | <ul style="list-style-type: none">- > 60: Mejor estado de salud que la población de referencia- 40 – 60: Estado de salud intermedio- < 40: Peor estado de salud que la población de referencia |

Plan de análisis:

La recolección de la información se llevó a cabo mediante el cuestionario de salud SF-36, debido a que el método de puntuación descrito aquí (un procedimiento más simple y más directo) difiere del original, al utilizar este método de puntuación nos referimos al instrumento como RAND 36-Item Health Survey 1.0.²⁴



La puntuación de la encuesta de salud de RAND 36-Item es un proceso de dos pasos. En primer lugar, los valores numéricos precodificados se recodifican según la clave de puntuación dada en la Tabla 1. Obsérvese que todos los ítems se puntúan de modo que una puntuación alta define un estado de salud más favorable. Además, cada ítem es puntuado en un rango de 0 a 100, de modo que las puntuaciones más bajas y más altas posibles son 0 y 100, respectivamente.²⁴

| Tabla 1: Paso 1: Recodificación de elementos | | |
|---|--|------------------------------------|
| Los números de artículo | Cambiar originales categoría de respuesta * | Para recodificada valor de: |
| 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 |



En el paso 2, los elementos de la misma categoría se promediaron juntos para crear las 8 dimensiones de la escala. La Tabla 2 enumera los ítems promediados para crear cada dimensión. Los elementos que quedan en blanco (datos faltantes) no se tienen en cuenta al calcular las puntuaciones de la dimensión. Por lo tanto, las puntuaciones de cada dimensión representan el promedio de todos los ítems de la dimensión a los que respondió el encuestado.²⁴

| Tabla 2: Paso 2: Calcular los elementos para formar dimensiones | | |
|--|------------------------|--|
| Dimensión | Número de ítems | Después de volver a codificar según la Tabla 1, el promedio de los siguientes elementos |
| El funcionamiento físico | 10 | 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |
| Papel limitaciones debido a la salud física | 4 | 13 14 15 16 |
| Limitaciones de rol debido a problemas emocionales | 3 | 17 18 19 |
| Energía / fatiga | 4 | 23 27 29 31 |
| El bienestar emocional | 5 | 24 25 26 28 30 |
| El funcionamiento social | 2 | 20 32 |
| Dolor | 2 | 21 22 |
| Salud general | 5 | 1 33 34 35 36 |

Los datos obtenidos se procesaron y analizaron en el programa Statistical Package for the Social Sciences o Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 21 en español, se realizó la definición de las variables, se estructuró la base de datos en dicho programa con un total de 60 variable, al terminar la recolección de información se prosiguió con la introducción de datos a la base, para luego proceder a su análisis.

Primero procedimos a realizar un análisis estratificado de los datos sociodemográficos de distribución por sexo, edad y grado de escolaridad, se continuó con el análisis de las 8 dimensiones en salud, de las cuales obtuvimos tablas de frecuencia y porcentaje cuyos datos se presentan en tablas básicas de frecuencia absoluta y relativa. Además se realizó un análisis bivariado con una variable



dependiente que es la calidad de vida y la independiente que fue el tiempo que tiene el paciente de pertenecer al programa de DPCA. Luego se compararon los datos obtenidos con estudios realizados por otros investigadores de origen internacional, ya que de origen nacional no hay datos al respecto.

Aspectos éticos:

En nuestra investigación se aplicaron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la declaración de Helsinki. La participación fue voluntaria, las personas que no desearon participar no fueron incluidas, la información de la persona es confidencial y de uso meramente investigativo, respetando la integridad de la misma.

A los familiares y pacientes se les informó de los objetivos del estudio además se le explicó que los pacientes no corren ningún riesgo al participar en el estudio, se les garantiza el resultado gratuito del test a los responsables del programa de Diálisis Peritoneal.

Previo a la recolección de datos, por parte de la coordinación del eje de investigación se nos invitó a realizar el curso de capacitación a través de internet “protección de los participantes humanos de la investigación”, de la Oficina para Investigaciones extrainstitucionales de los institutos Nacionales de la Salud (NIH), el cual hemos culminado y e hicimos entrega formal del certificado al Coordinador del eje de investigación.



VIII. Resultados

La recolección de datos se realizó en el periodo de mayo a septiembre del 2017, aplicamos el instrumento de evaluación 25 pacientes por medio de visitas en casa, 8 por vía telefónica, obteniendo la información de 33 participantes cuyos datos conforman nuestra base de datos, 2 participantes no logramos contactar ni por vía telefónica ni por medio de visita en casa, 1 paciente se encontraba en UCI y 1 paciente no quiso participar en nuestro estudio, formando un universo de 37 pacientes.

De todos los participantes se obtuvo un predominio de 72.7% de hombres y un 27.3% de mujeres. Con respecto a las edades, la mayor frecuencia se observa en el rango de 51 – 60 años en un 39.4% (Ver Tabla N°1). Según el nivel de escolaridad, el 45.5% de la población no completó la primaria.

En cuanto a las dimensiones de calidad de vida podemos decir que hay cuatro más afectadas:

- I. Limitaciones debido a la salud física (81.8% de peor estado de salud),
- II. limitaciones del rol debido a problemas emocionales (42.4% de peor estado de salud),
- III. salud general 39.4% de peor estado de salud
- IV. funcionamiento físico ambas con 39.4% de peor estado de salud

Del universo, hay un predominio de pacientes que han recibido más de un año de terapia sustitutiva con DPCA, siendo éste grupo el 63.6% (21 personas), el 21.1% (7 personas) han recibido terapia menos de 6 meses y el 15.2% (5 personas) han realizado DPCA de 6 meses a 1 año.

Según el tiempo en terapia renal sustitutiva, el 80% de los pacientes que han recibido terapia de 6 meses a 1 año tienen mejor calidad de vida, siguiendo en segundo lugar los que tienen menos de 6 meses en terapia con un 42.9% de mejor estado de



salud, y en tercer lugar los pacientes que tienen más de 1 año en terapia sustitutiva con un 38.1%. (Ver Gráfico N° 1 y 2)

Tablas de resultado

Tabla N°1: Datos sociodemográficos de la población en estudio

| Variable | Número | Porcentaje |
|--------------------------|---------------|-------------------|
| Edad | | |
| • 31-40 | 5 | 15.2 |
| • 41-50 | 11 | 33.3 |
| • 51-60 | 13 | 39. |
| • 61 o más | 4 | 12.1 |
| Sexo | | |
| • Hombre | 24 | 72.7 |
| • Mujer | 9 | 27.3 |
| Escolaridad | | |
| • Analfabeto | 0 | 0 |
| • Primaria | 4 | 12.1 |
| • Primaria incompleta | 15 | 45.5 |
| • Secundaria | 6 | 18.2 |
| • Secundaria incompleta | 6 | 18.2 |
| • Universidad | 2 | 6.1 |
| • Universidad incompleta | 0 | 0 |
| Total | 33 | 100 |



Gráfico N° 1: Distribución porcentual de la población en estudio según calidad de vida.

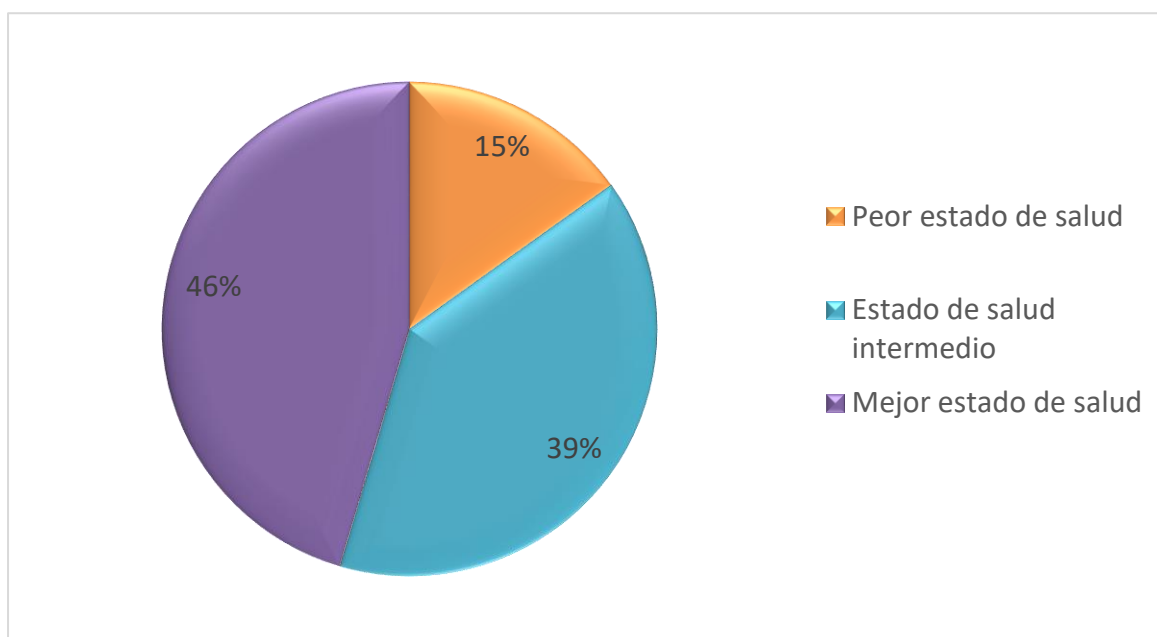
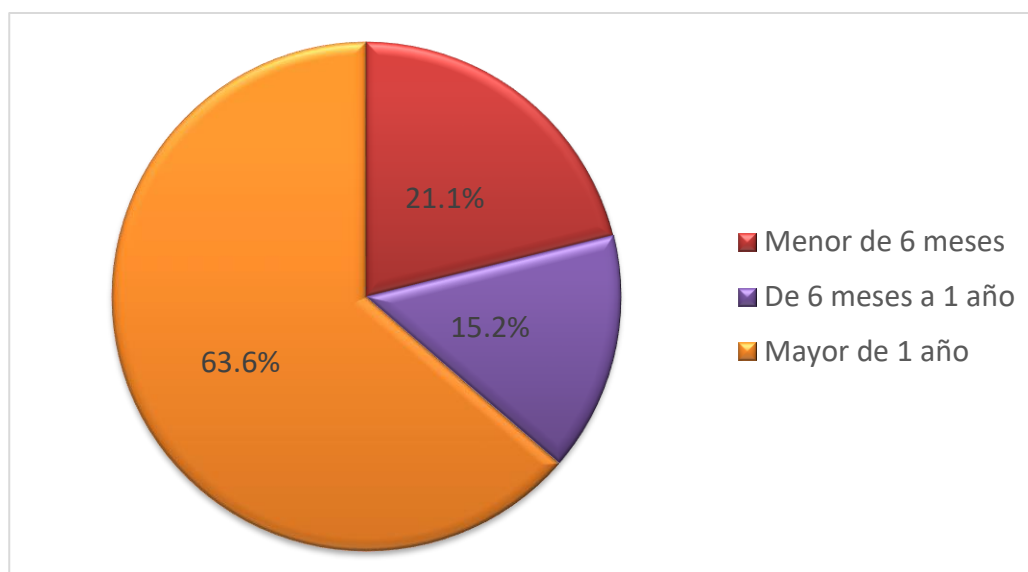


Gráfico N° 2: Cantidad de pacientes según el tiempo en terapia renal sustitutiva con



DPCA.



Tabla N° 2: Dimensiones más afectadas en la Calidad de Vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal.

| Dimensiones | Percepción de calidad de vida | | | | | |
|---|-------------------------------|------|-------------------|------|--------------|------|
| | Peor estado | | Estado intermedio | | Mejor estado | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Limitaciones debido a la salud física (Rol físico) | 27 | 81.8 | 0 | 0.0 | 6 | 18.2 |
| Limitaciones debido a problemas emocionales (Rol emocional) | 14 | 42.4 | 0 | 0 | 19 | 57.6 |
| Salud general | 13 | 39.4 | 7 | 21.2 | 13 | 39.4 |
| Funcionamiento Físico | 13 | 39.4 | 5 | 15.2 | 15 | 45.5 |
| Dolor | 9 | 27.3 | 0 | 0 | 24 | 72.7 |
| Funcionamiento social | 7 | 21.2 | 8 | 24.2 | 18 | 54.5 |
| Bienestar emocional | 5 | 15.2 | 4 | 12.1 | 24 | 72.7 |
| Energía / fatiga | 3 | 9.1 | 9 | 27 | 21 | 63.6 |

Tabla N° 3: Calidad de vida según el tiempo en terapia renal sustitutiva con DPCA

| Tiempo transcurrido desde el inicio de la terapia | Percepción de calidad de vida | | | | | |
|---|-------------------------------|------|-------------------|------|--------------|------|
| | Peor estado | | Estado intermedio | | Mejor estado | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Menor de 6 meses | 1 | 14.3 | 3 | 42.9 | 3 | 42.9 |
| De 6 meses a 1 año | 0 | 0 | 1 | 20 | 4 | 80 |
| Mayor de 1 año | 4 | 19.9 | 9 | 42.9 | 8 | 38.1 |
| Total | 5 | 15.2 | 13 | 39.4 | 15 | 45.5 |



IX. Discusión

La evaluación de la calidad de vida es un concepto relativamente nuevo dentro de la salud; implica una serie de problemas metodológicos que se han estado resolviendo con instrumentos validados y aplicables a población abierta o específicos para alguna enfermedad. Actualmente, constituye una herramienta complementaria para determinar la respuesta al tratamiento.²⁵

Durante el proceso de análisis de la variable dependiente calidad de vida, evaluada a través del cuestionario SF-36 (RAND-36), y las dimensiones que la componen se pudo identificar una buena calidad de vida en el 45.5% de la población estudiada.

En la descripción de variables demográficas, en nuestra población hubo un predominio de hombres, concordando con estudios realizados en México^{2,5}, pero difiriendo con un estudio realizado en Colombia²⁶ en el cual se encontró una prevalencia mayor en mujeres.

En lo que respecta a la mayor frecuencia de edades, nuestro rango se estableció entre 51 – 60 años, a diferencia de un estudio en Arequipa, México²⁶ en el que el rango fue de 31 - 40 años, esto puede ser debido a posibles diferencia en los criterios para iniciar terapia sustitutiva o una mayor tendencia de IRC a edades tempranas en dicha población.

En la insuficiencia renal crónica, la terapia sustitutiva con diálisis peritoneal compromete o limita ciertos aspectos de la calidad de vida del paciente. En el caso de nuestra población de estudio, el rol físico fue la dimensión más afectada proyectando un 81.8% de mala calidad de vida, ya que los pacientes refirieron mucha limitación para realizar todas las actividades físicas, algunos mencionaban sentirse limitados incluso para bañarse o vestirse debido a la salud, coincidiendo con un estudio realizado en México² y un estudio realizado en el eje cafetero de Colombia²⁷, en los cuales también resultó ser la dimensión más afectada, produciendo en dicha población al igual que en nuestra población de estudio, limitación laboral a expensas de las limitaciones físicas.



La dimensión menos afectada fue energía/fatiga, en la cual se encontró que el 63.6% permanece lleno de entusiasmo y energía la mayoría o todo el tiempo, concordando con los resultados obtenidos en un estudio de México, en el que se comparaban los dos tipos de tratamiento sustitutivo, pero que se recolectaron datos de 29 pacientes con DPCA, y en estos se identificó un 62% de buena calidad de vida, que es relativamente el mismo porcentaje encontrado en nuestra población de estudio⁵.

Referente a la calidad de vida según el tiempo en terapia sustitutiva con DPCA las personas con menos de 6 meses en terapia tienen un estado de salud de intermedio a mejor (de intermedia a buena calidad de vida) con un 42.9%, las personas que han sido tratadas con DPCA de 6 meses a 1 año tienen mejor estado de salud (buena calidad de vida), y quienes han estado en terapia sustitutiva por más de 1 año tienen un estado de salud intermedio (calidad de vida intermedia), la disminución de calidad de vida en los pacientes del último grupo, a pesar de no caer en mala calidad de vida, puede deberse a que tratamientos prolongados como la DPCA, la edad y la comorbilidad constituyen factores determinantes en la percepción que se tiene de la calidad de vida.



X. Conclusiones

Habiendo finalizado nuestra investigación sobre la calidad de vida en los pacientes que pertenecen al programa de DPCA, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Se identificaron las características sociodemográficas de los pacientes en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, observándose que hay un predominio del sexo masculino, con una mayor frecuencia en el rango de edad de los 51 a 60 años de edad, y con primaria incompleta.
2. La calidad de vida según el tiempo en terapia sustitutiva con DPCA es mejor en pacientes con 6 meses a 1 año de terapia, seguidos por los pacientes con menos de 6 meses de terapia y en un tercer lugar los que tienen más de 1 año con DPCA. Cabe destacar que ninguno tiene una mala calidad de vida sin embargo a mayor tiempo de terapia esta disminuye.
3. Todas las dimensiones se encuentran perjudicadas en la calidad de vida de estos pacientes, pero las que están más afectadas son el rol físico que juega un papel importante en las actividades laborales del individuo, el otro aspecto que afecta es el rol emocional el cual afecta sus actividades diarias de manera que afecta su calidad de vida debido a problemas emocionales, en tercer lugar la salud general y por último el funcionamiento físico ambas con igual resultado.



XI. Recomendaciones

- A las autoridades del ministerio de salud, ubicar nuevos espacios en otros Hospitales del país que den un tratamiento eficaz tanto clínico como educativo, donde se brinde mayor información y apoyo en el autocuidado del paciente en coordinación entre los profesionales especialistas y los niveles asistenciales de salud primaria, para ofrecer este tipo de tratamiento a personas que por factores económicos o geográficos no tienen fácil acceso a él. También es necesaria una mayor cantidad de personal capacitado que facilite el trabajo centrado en este tipo de pacientes.

- A las autoridades del HEODRA, poner a disposición de los pacientes adscritos al programa de DPCA un especialista en Psicología para darles un seguimiento más integral y que al mismo tiempo dicho especialista pueda orientar de forma adecuada a los familiares de los mismos. Sería oportuno también, que al momento de ofrecer el tratamiento a pacientes candidatos para iniciar la terapia de sustitución renal, antes de solicitarles una decisión definitiva, reciban una consulta que incluya un examen mental y terapia conductual. También agregar al programa un servicio de capacitación para dar a estos pacientes una nueva forma de utilidad laboral y así crear en ellos un sentimiento de utilidad social y familiar, mejorando de esta manera su calidad de vida.

- A los médicos, estudiantes y personal de enfermería, les solicitamos de parte interesada, continuar indagando sobre los aspectos de calidad de vida relacionada con salud en pacientes con ERC y en general en enfermedades crónicas para poder tener una percepción realista de la situación de nuestros pacientes nicaragüenses, y así brindar una verdadera atención integral con calidad y calidez.





XII. Referencias Bibliográficas

1. paho.org [Internet]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2015 [Actualizado 10 mar 2015; citado 9 abr 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
2. Hernández S, et al. Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. *Arc Med Fam* [internet]. 2006 [citado 2 May 2016]; 8(3): 163-168. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780304>
3. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter psicol* [internet]. 2016 [citado 02 may 2016]; 30(1): 61-71. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
4. cdc.gov [internet]. Clifton: CDC; 2011 [actualizado 15 Mar 2011; citado 2 May 2016]. Disponible en: www.cdc.gov/hrqol/spanish/
5. Martínez I. Calidad de vida de pacientes en programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Minatitlán, México. 2012 [citado 02 may 2016] disponible en: <https://core.ac.uk/download/files/605/16307205.pdf>
6. Servicio de Nefrología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga, Fresenius Medical Care. Málaga. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología* [internet] 2015 [citado 28 08 2016] 35(1):92-109
7. Soto F. Satisfacción percibida por los pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria en el servicio de nefrología del hospital Escuela Dr. Oscar Danilo



Rosales Argüello en el periodo comprendido entre enero a febrero 2010. León, Nicaragua. 2010 [Citado 09 06 2016]

8. Consejo de Salubridad México. Guía de práctica clínica. Tratamiento sustituto de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención. Evidencia y recomendaciones. México DF: CENETEC; 2014.
9. Mera M. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006 [Internet] Valdivia, Chile [citado 29 jun 2016] Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
10. Goldman L, Ausiello D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 23va Ed. Madrid: Edit. Elsevier; 2003
11. Roca R. Temas de medicina interna. 4ta ed. Tomo II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002
12. Farreras V. Rozman C. Medicina Interna. 17ma ed. Vol I. España: Editorial Elsevier; 2012
13. Cardona A, Agudelo G. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2005 enero [citado 17 Oct 2016]; 23(1): 79-90 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100008&lng=en
14. Fernández G. Rojo F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. [Internet] 2005 [04 ene 2017]; 5:117-135. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>



-
15. Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41:1403-1409
 16. Who.int [Internet].WHO; 2017[Actualizado 02 ene 2017; Citado 02 ene 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
 17. Who.int [Internet]. WHO; 2016 [actualizado 15 dic 2016; Citado 03 ene 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4930s/9.10.html>
 18. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2010 [Citado 05 Ene 2017]; 138(3): 358 – 365. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=es.
 19. Vinaccia, S., Orozco, L. Aspectos psicosociales asociados a la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas. Diversitas.2005; 20(5)
 20. Hernández Bienes, M. Calidad de vida en enfermos crónicos. Informe de Tesis Doctoral. La Laguna, España: Universidad de Laguna. Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos; 2008.
 21. Macía M. Coronel F. Diálisis peritoneal: definición, membrana, transporte peritoneal, catéteres, conexiones y soluciones de diálisis. Nefrología al Día [Fecha de última actualización: 08 jun 2016; citado 29 jun 2016] Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-pdf-monografia-50>.
 22. Ruiz, M., Román, M., Martín, G., Alférez, M., & Prieto, D. Calidad de vida relacionada con la salud en diferentes terapias de sustitutivas de la 32 insuficiencia renal crónica. Revista de la sociedad española de enfermería nefrológica. [citado 13 ago 2016] 2003; 6:6-16.



-
23. Neurocirugía.com. [Internet].Cuestionario de salud SF-36 versión española 1.4;2017 [Citado 26 Sep 2017] Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/cuestionario_de_salud.pdf
24. Rand.org [Internet].Santa Mónica, California: RAND Corporation; 2017 [citado 26 sep 2017] Disponible en: https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html
25. Sandoval L, Ceballos Z, Navarrete C, González F, Hernández V. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Rev Seg Soc [internet] 2007 [Citado 24 sep 2017] 45 (2). 105 – 109. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745526002.pdf>
26. Hinojosa E. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica EsSalud Arequipa 2006. Arequipa, México. 2006 [citado 24 sep 2017]. Disponible en:
http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf
27. Muñoz A, Martínez S, Izasa D. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Eje cafetero colombiano 2015. Enfermería Actual de Costa Rica [Internet]. 2017 Jun [citado 24 sep 2017]; (32): 52-65. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682017000100052&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i32.25740>.



XIII. Anexos

1) Sub escalas del índice de salud SF-36 interpretación de los resultados:

| Áreas | Nº de Ítems | Significado de los resultados | |
|---------------------|-------------|--|--|
| | | Alta Puntuación | Baja Puntuación |
| Función Física | 10 | Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud | Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las mas vigorosas sin gran limitación |
| Rol Físico | 4 | Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física | Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física |
| Dolor | 2 | Dolor muy severo y altamente limitante | Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo |
| Salud General | 5 | El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorara | Evalúa su salud personal como buena/excelente |
| Vitalidad | 4 | Cansancio Agotamiento todo el tiempo | Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo |
| Función Social | 2 | Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales | Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales |
| Rol Emocional | 3 | Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales | Ningún problema con el trabajo o otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales |
| Salud Mental | 5 | Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo | Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo |
| Transición de Salud | 1 | Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año | Cree que su salud es mucho mejor que hace un año |



Anexo N° 2: Instrumento de evaluación: SF-36

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

Facultad de Ciencias Médicas

V año – Medicina

Estimado Sr(a) la presente encuesta forma parte de un estudio en el cual pretendemos evaluar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello. Por favor responda cada pregunta de manera sincera y objetiva. Cada respuesta suya es completamente confidencial y será utilizada únicamente para fines de nuestra investigación.

Encuesta No. _____

Datos personales:

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____ Educación: _____

Tiempo de pertenecer al Programa de DPCA: _____

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE
USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

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) 1 " Sí, me limita mucho
- 2) 2 " Sí, me limita un poco
- 3) 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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

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

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1) Siempre | 3) Muchas veces |
| 2) Casi siempre | 4) Algunas veces |



5) Sólo alguna vez

6) Nunca

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

1) Siempre

4) Algunas veces

2) Casi siempre

5) Sólo alguna vez

3) Muchas veces

6) Nunca

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

1) Siempre

4) Algunas veces

2) Casi siempre

5) Sólo alguna vez

3) Muchas veces

6) Nunca

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

1) Siempre

4) Algunas veces

2) Casi siempre

5) Sólo alguna vez

3) Muchas veces

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

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS
SIGUIENTES FRASES

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