

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.**

**UNAN-León.**

**Facultad de Ciencias Médicas.**



Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

***Calidad de vida de pacientes con ERC en hemodiálisis y diálisis peritoneal: probable presencia de ansiedad y depresión. HEODRA, León. Julio – septiembre 2018.***

Autoras:

Br. Denia Liliam Mendoza Centeno.

Br. Génesis Elieth Mendoza Páiz.

Tutores:

Dr. Alberto Berríos Ballesteros. PhD, Msc.

Profesor titular, UNAN-León

Lic. Ever Miguel Téllez Castillo. Msc.

Profesor titular, UNAN-León.

Enero, 2019.  
León, Nicaragua.

**“A la libertad por la universidad”**

## **Dedicatoria.**

- A Dios por ser el dador de vida y quien nos ha permitido finalizar una meta más, quien nos ha dado la oportunidad de llenarnos de conocimientos para poder aplicarlos de buena forma en pro de la población; y por ser el merecedor de todas nuestras victorias.
- A nuestros padres y familia quienes nos han apoyado en todas y cada una de nuestras decisiones, quienes han confiado en nosotras y nos han brindado su mano cada vez que hemos tropezado en el camino y son también protagonistas de este logro.
- A nuestros tutores en el recorrido de este trabajo investigativo que fueron de gran ayuda y de gran importancia para que éste culminara.
- A nuestros maestros a lo largo de toda la carrera, quienes nos han instruido durante todo este tiempo no solo en la parte científica, sino también en valores y humanismo, especialmente a la doctora Yadira Malespín.
- A los pacientes pertenecientes a los programas de tratamiento dialítico del HEODRA, ya que gracias a su colaboración se pudo llevar a cabo este estudio

## **Abreviaturas.**

DM: Diabetes mellitus.

DP: Diálisis Peritoneal

ERC: Enfermedad Renal Crónica.

ERCA: Enfermedad Renal Crónica Avanzada.

ERCT: Enfermedad Renal Crónica Terminal.

FAVI: Fístula Arterio-Venosa Interna.

GN: Glomerulonefritis.

HD: Hemodiálisis.

HTA: Hipertensión Arterial.

KDQOF SF-36: Kidney Disease Quality Of Life Short Form-36.

ml: mililitros.

min: minutos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la salud.

TFG: Tasa de Filtración Glomerular.

## Glosario.

**Ansiedad:** Trastorno mental que se caracteriza por gran inquietud, intensa excitación y extrema inseguridad.

**Calidad de vida:** Concepto subjetivo y multidimensional cuya definición es polémica, algunos autores consideran que comprende tres dimensiones: física, psicológica y social.

**Calidad de vida relacionada con la salud:** Es el impacto de la enfermedad que percibe el individuo en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico o durante el tratamiento.

**Depresión:** Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

**Diálisis:** Tratamiento médico que consiste en eliminar artificialmente las sustancias nocivas o tóxicas de la sangre, por la diferencia de su velocidad de difusión a través de una membrana semipermeable, utilizado en casos de insuficiencia renal.

**Diálisis Peritoneal Continua:** es una modalidad de diálisis que consiste en eliminar de la sangre todos los desechos y el exceso de agua, utilizando como filtro la membrana peritoneal.

**Enfermedad renal crónica:** Se define como la reducción progresiva e irreversible del filtrado glomerular, a consecuencia de diversos factores.

**Hemodiálisis:** Procedimiento para eliminar sustancias de desecho de la sangre, utilizado en el tratamiento de la insuficiencia renal y en diferentes procesos tóxicos, a través de una máquina especialmente diseñada.

## RESUMEN.

La ERC supone importantes modificaciones en la vida del paciente por las características del tratamiento, un impacto en la calidad de vida, y la aparición de factores como ansiedad y depresión asociados a ésta.

**Objetivo General:** Determinar la calidad de vida de los pacientes con ERC en tratamiento con HD y DP; e identificar sintomatología de ansiedad y depresión en el HEODRA, León, en el período comprendido entre julio- septiembre de 2018.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Población: 76 pacientes, 45 de HD y 31 de DP. Los datos fueron recolectados con el instrumento KDQOL SF36 versión 1.3 y Escala de Ansiedad y Depresión del GOLDBERG. Análisis en SSPSS 23.

**Resultados:** Sexo predominante masculino 59.4%, edad promedio entre 41 y 50 años, el 69.7% es inactivo laboralmente. La CV global de la población: 33% mala y 22% buena. La CV en Hemodiálisis es 17.8% mala y 37.8% buena; en DP 54.8% mala y 0% buena. Las dimensiones genéricas más afectadas fueron: Rol Físico, Rol Emocional y Salud General en ambos grupos, las menos afectadas en HD: Bienestar Emocional, Función Social y Rol Emocional, las que en DP fueron calificadas como regular en su mayoría. Presenta sintomatología de depresión en el grupo de HD el 37.8% y el total del grupo de DP; presentan sintomatología de ansiedad el 48.9% del grupo de HD y el total del grupo de DP.

**Conclusiones:** La calidad de vida de los pacientes con ERC que acuden al HEODRA por tratamiento sustitutivo renal de manera general es regular, se encontró que los pacientes en DP perciben peor calidad de vida en comparación con los de HD. Ambos grupos estudiados (DP y HD) presentan sintomatología correspondiente a ansiedad y depresión.

**Palabras Clave:** ERC, Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal, Calidad de Vida, Ansiedad y Depresión.

## Índice.

I.	Introducción.....	1
II.	Antecedentes.....	3
III.	Justificación.....	5
IV.	Planteamiento del problema.....	7
V.	Objetivos.....	8
VI.	Marco Teórico.....	9
1.	Enfermedad Renal Crónica.....	9
1.1	Definición y epidemiología de ERC.....	9
1.2	Factores de riesgo de ERC.....	10
1.3	Clasificación de ERC.....	11
1.4	Diagnóstico de ERC.....	12
1.5	Manejo de ERC.....	13
2.	Calidad de vida.....	17
2.1	Definición.....	17
2.2.	Componentes de CV.....	18
2.3	Impacto de la ERC en CV,,.....	20
3.	Ansiedad y depresión en ERC.....	21
VII.	Materiales y Métodos.....	24
VIII.	Resultados.....	33
IX.	Discusión.....	43
X.	Conclusiones.....	48
XI.	Recomendaciones.....	49
XII.	Referencias bibliográficas.....	50
XII.	Anexos.....	58

## I. Introducción.

“La Enfermedad renal crónica (ERC) es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter debilitante, progresivo e irreversible que lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal. Entre los tratamientos de sustitución renal se encuentran la diálisis peritoneal y la hemodiálisis en primera instancia y como último recurso un trasplante renal, que además deben acompañarse de una dieta estricta para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio.” <sup>(1)</sup> La atención sanitaria de la ERC que precisa tratamiento de sustitución de la función renal está aumentando considerablemente en torno al 5-10% cada año. <sup>(2,3)</sup>

En Latinoamérica, el acceso al tratamiento es limitado ya que los recursos no son suficientes y no pueden abastecer las necesidades crecientes de los pacientes con esta enfermedad <sup>(4)</sup>. En un estudio realizado por la OMS y la OPS en 2013, se asoció la ERC en Centroamérica a varios factores, entre ellos el tóxico-ambiental. <sup>(4)</sup> El MINSA reportó en Nicaragua que los departamentos de Chinandega, León y Granada tienen tasas más altas de mortalidad por ERC, y estos enfermos crónicos son un porcentaje importante del total de las enfermedades crónicas del país, a los cuales se les debe asegurar tratamiento médico dentro de los limitados recursos. <sup>(5)</sup>

La calidad de vida ha sido estudiada desde hace muchos años. Diversos estudios demuestran que existe una relación bidireccional entre la calidad de vida y las enfermedades tanto físicas como mentales. Se han encontrado hallazgos donde se confirma que a menor calidad de vida existen niveles elevados de ansiedad y/o depresión y viceversa. Puede ser causa de esto variables psicológicas como niveles elevados de estrés, bajo control sobre la propia vida, bajo apoyo social y desempeño personal, generando un nivel bajo de satisfacción y éxito en la vida y una mala regulación emocional, lo que finalmente afecta la calidad de vida. <sup>(6)</sup> Existe evidencia en diversos estudios de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades cardíacas entre otras, que muestran que el estado emocional, la valoración acerca de la condición y la limitación de la enfermedad, el pronóstico y el

impacto de ésta para la vida actual y futura en estos pacientes, condiciona en gran manera su calidad de vida de forma negativa. <sup>(7)</sup>

De la misma forma en la ERC se producen cambios significativos en los pacientes, su familia y su entorno. Las complicaciones de la enfermedad traen consigo trastornos hidroelectrolíticos y metabólicos que se traduce en dietas restrictivas, y alteraciones del aspecto físico, modificación en las actividades diarias, familiares y laborales por el tiempo dedicado a su tratamiento. Como consecuencia de estas implicaciones se presentan limitaciones físicas, emocionales y sociales que alteran su calidad de vida, y explican la aparición de trastornos emocionales como depresión y ansiedad. <sup>(1,8,9,10)</sup>

El tratamiento médico inicial entonces, no supone el final del manejo del paciente; el paciente necesitará un enfoque multidisciplinario que incluye el seguimiento de enfermedades concomitantes y manejo nutricional. Sin embargo, es un pilar fundamental para la adherencia al tratamiento, la adaptación a nuevos estilos de vida y la reintegración laboral, una atención psicológica y educativa que incluya terapia individual, familiar, afiliación a grupos de apoyo y educación sobre la enfermedad, sus complicaciones y posibles estrategias de afrontamiento. <sup>(9,10)</sup>

## II. Antecedentes.

La enfermedad renal crónica es, evidentemente, un problema de salud pública creciente pues ha sido catalogada como una enfermedad emergente debido al número cada vez mayor de casos, que de forma indirecta resulta en elevados costos y recursos limitados, produciendo así, una elevada mortalidad. <sup>(2,3)</sup>

La terapia sustitutiva renal con diálisis afecta radicalmente la calidad de vida del paciente. El deterioro progresivo de la calidad de vida es factor desencadenante del desarrollo de trastornos psicológicos en diversos grados. Ya que este estudio tiene como fin evaluar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal e identificar síntomas y signos propios de ansiedad y depresión en ambos grupos de pacientes, a continuación, se mencionarán algunas investigaciones relacionadas con el tema, las cuales respaldan la vigencia de la ERC como un problema de salud a nivel mundial. <sup>(8,9,10)</sup>

En el estudio realizado por Martínez Regalado I., en el año 2012 (Veracruz, México), a través de la aplicación del KDQOL, se concluyó que la calidad de vida de pacientes sometidos tanto a HD como a DPCA fue regular en el 55% de la población estudiada. Se encontró que el rol físico fue la dimensión más afectada; lo que respecta a las dimensiones mejor conservadas, se descubrió que salud general, salud mental y vitalidad obtuvieron las mejores puntuaciones en ambos grupos de pacientes. <sup>(11)</sup>

Por su lado, López L et. al., a través de la investigación llevada a cabo en México en 2017, se logró verificar que la calidad de vida en cuanto a los efectos de la enfermedad renal resultó ser mejor en pacientes tratados con DP que con HD; lo que respecta a la carga de la enfermedad renal y al área de efectos mentales, los pacientes sometidos a DP calificaron ambos dominios con puntuaciones más bajas que los pacientes hemodializados, asociándose a mejor calidad del sueño y mayor capacidad de recreación en este grupo de pacientes. No se encontraron diferencias significativas relacionadas al área de efectos físicos entre ambos grupos de pacientes. <sup>(12)</sup>

En 2015 en Jaén, España se realizó el estudio por Perales C., Duschek S., Reyes del Paso G., quienes revelaron que los pacientes en HD, además de mostrar niveles de CVRS bajos, también presentaron ansiedad y depresión, con una prevalencia de 36,5% y 27%, respectivamente. <sup>(13)</sup> Durante el mismo año, en Colombia, se puso en marcha el estudio ejecutado por Muñoz M., Martínez S., Izasa D., sobre CVRS en pacientes en tratamiento con DPCA, donde se encontraron puntuaciones promedio mayores a 50 puntos en todas las dimensiones; se evidenció que la percepción del dolor en la población estudiada estaba disminuida, lo cual repercutió positivamente en la función social y por lo tanto en mejor salud mental y vitalidad (dimensiones con puntuaciones más altas); los promedios más bajos correspondieron a rol físico y rol emocional. <sup>(14)</sup>

Durante el periodo 2010-2011 en Valencia, se realizó un estudio por Rubio R., et al., en el cual se comparó los niveles de depresión, ansiedad y estrés con el nivel socioeconómico en pacientes nefrópatas sometidos a DPCA y HD, como hallazgo relevante de éste se puede mencionar que la mayoría de los pacientes en DPCA y HD presentaron niveles moderados de ambos trastornos, encontrándose que el porcentaje de pacientes con ambos trastornos fue mayor en DPCA que en HD (22,2% para ambos trastornos en DPAC; 12,2% depresión y 18,9% ansiedad para HD), sin embargo no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de depresión y el tratamiento sustitutivo utilizado. <sup>(15)</sup>

En el ámbito nacional, el estudio realizado por Saldaña V., en pacientes con ERC tratados con hemodiálisis en el HEODRA (León, Nicaragua), año 2014, reveló que la calidad de vida de los mismos, en general fue buena, encontrándose principalmente afectados los siguientes componentes: carga que representa la enfermedad en la vida y percepción del efecto de la enfermedad en su estado físico. <sup>(16)</sup>

### III. Justificación.

La incidencia de la enfermedad renal terminal se ha incrementado considerablemente en los últimos años a nivel mundial; la forma rápida en la que se está propagando es alarmante y constituye por lo tanto un problema de salud pública. Como consecuencia de este incremento y el desarrollo acelerado a las etapas terminales de la enfermedad, el número de pacientes que ingresan al programa sustitutivo renal ha crecido de forma colosal. <sup>(17)</sup>

El padecimiento de la enfermedad renal crónica trae consigo problemas médicos, psicológicos, sociales y familiares, que aumentan con el tiempo. <sup>(14,18)</sup> Así pues, el manejo de esta patología se vuelve más complejo ya que no solo debe hacerse cargo del manejo terapéutico sino también de la calidad de vida de los pacientes afectados, siendo necesario una atención con enfoque multidisciplinario y un total compromiso del personal de salud.

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto de calidad de vida, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar y en su vida diaria. <sup>(18,19)</sup>. El evaluar la calidad de vida en salud permite también conocer cómo los individuos y grupos enfrentan los factores que amenazan su salud, y como éstos responden al tratamiento para mejorarla, pero además incluye valorar la opinión crítica de cada paciente sobre sus metas y su concepto de éxito, el cual difiere entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias. <sup>(11, 18,19)</sup>

Hasta el momento la calidad de vida de los pacientes con ERC debido a su importancia ha sido estudiada en varios países de Europa y Latinoamérica los últimos años, sin embargo, en Nicaragua hay pocos estudios que dejen de lado la prevalencia y se centren en la calidad de vida, aun conociendo el gran porcentaje que la ERC representa de las enfermedades crónicas; cabe mencionar que no se encontró algún estudio que

comparase esta calidad de vida entre pacientes en hemodiálisis y pacientes en diálisis peritoneal en nuestro país. (11,18)

La siguiente investigación será útil para estudios posteriores que valoren la calidad de vida y su relación con ansiedad y depresión debido a la poca información sobre el tema que existe a nivel nacional. Por otro lado, también será de utilidad para el sistema de salud, ya que obtendrá información objetiva sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal y hemodiálisis; de esta forma podrán elaborar nuevas estrategias que ayuden a mejorar la atención que ofrecen a los enfermos renales. Ya que un pilar fundamental del tratamiento, como se explica en los apartados anteriores, es la atención psicológica, la cual no se brinda en la unidad de salud donde fue realizado el estudio, sería un gran avance la implementación de ésta. Será entonces de beneficio al sistema de salud y, por consiguiente, siendo más importante aún, al tratamiento y a la calidad de vida de los pacientes. (16, 17, 18)

#### IV. Planteamiento del problema.

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es una patología con alta prevalencia e incidencia, representando un problema de salud pública a nivel mundial. Los datos disponibles hasta la fecha según la OMS y la OPS, muestran que la ERC ha provocado la muerte de 16,236 personas en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica entre 2005 y 2009. El país que más muertes ha registrado es El Salvador, con un total de 4,946 defunciones, seguido de Nicaragua con 3,442. <sup>(17)</sup>

Los pacientes en tratamiento sustitutivo renal están sometidos a un grado de estrés físico y mental importante, se trata de un tratamiento altamente complejo, exigente, el cual puede llegar a ser muy restrictivo e implica cambios profundos en el estilo de vida. Está asociado, además, a costos sociales y económicos elevados para los sistemas sanitarios. Aun así, no existen fuentes importantes que establezcan una diferencia entre ambos procedimientos. <sup>(20)</sup>

Existen registros de estudios anteriores que avalan que el paciente renal crónico en etapas terminales tiene un deterioro de salud emocional igual o en proporción que el ámbito físico. Así pues, la percepción de su propia salud puede ser un factor decisivo en la adherencia del tratamiento, el afrontamiento a la enfermedad y por lo tanto en su calidad de vida. <sup>(20)</sup> Se han realizado estudios en Europa y América latina que han valorado la calidad de vida de los pacientes tanto en hemodiálisis como en diálisis peritoneal que han mostrado afectación de ésta en comparación con la población en general, y también la presencia de ansiedad y depresión relacionada con una calidad de vida deteriorada. <sup>(9,10)</sup> Lo anterior nos hace plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con ERC que acuden al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello por tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal?

## **V. Objetivos.**

### **Objetivo General.**

Determinar la calidad de vida de los pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal; e identificar sintomatología de ansiedad y depresión en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, León, en el período comprendido entre julio-septiembre de 2018.

### **Objetivos Específicos.**

1. Determinar las características sociodemográficas y características clínicas de la población de estudio.
2. Evaluar la calidad de vida de los pacientes con ERC.
3. Comparar la calidad de vida entre pacientes en hemodiálisis y pacientes en diálisis peritoneal.
4. Identificar sintomatología de ansiedad y depresión en los pacientes renales crónicos.

## **VI. Marco Teórico.**

### **1. Enfermedad Renal Crónica (ERC)**

#### **1.1 Definición y epidemiología.**

La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG)  $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  sin otros signos de daño renal. <sup>(21)</sup>

La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. La prevalencia de la ERC ha aumentado con el paso de los años y su aparición asciende por el envejecimiento de la población, en Centroamérica estudios en Nicaragua y El Salvador concluyen que, los datos de mortalidad a causa de enfermedad renal incluyen incluso edades tempranas. Según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología la deficiencia de recursos necesarios como equipos y medicamentos, así como la cantidad de especialistas disponibles para brindar la atención necesaria a la población es significativa, además existe inequidad en el acceso al tratamiento, con una clara desventaja para los países y poblaciones con menores ingresos, la mejor forma de hacerle frente a la situación es la prevención temprana. <sup>(21)</sup>

En 2011 un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvo acceso a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función de sus riñones: hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa. Actualmente la diálisis peritoneal domiciliar se ofrece actualmente a alrededor del 12% de los pacientes en América Latina. La cifra supera el 30% en algunos países, pero en otros es aproximadamente del 6%. <sup>(21,22)</sup>

## 1.2 Factores de riesgo de ERC.

**Tabla N° 1. Factores de riesgo de la Enfermedad Renal Crónica.**

<b>Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad del daño renal.</b>	
Edad avanzada. Historia familiar de ERC. Masa renal disminuida. Bajo peso al nacer. Raza negra.	Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Obesidad. Bajo estado socioeconómico
<b>Factores iniciadores: inician directamente el daño renal.</b>	
Enfermedades autoinmunes. Infecciones sistémicas. Infecciones urinarias. HTA Diabetes.	Litiasis renal. Obstrucción de las vías urinarias bajas. Fármacos nefrotóxicos: especialmente AINES.
<b>Factores de progresión.</b>	
Proteinuria persistente. Hipertensión no controlada. Diabetes no controlada. Obesidad.	Tabaquismo. Dislipidemia. Anemia. Enfermedad cardiovascular asociada.
<b>Factores del estadio final.</b>	
Dosis bajas de diálisis. Acceso vascular temporal para diálisis. Derivación tardía a nefrología.	Anemia. Hipoalbuminemia.
Fuente: Kidney International Supplements. KDIGO 2012 <sup>(23)</sup>	

### 1.3 Clasificación de la Enfermedad Renal Crónica.

#### 1.3.1 Nuevo estadiaje de ERC.

La organización internacional KDIGO ha establecido una nueva clasificación pronóstica de la ERC basada en estadios de FGe y albuminuria.

**Tabla N° 2. Pronóstico de la ERC según FGe y albuminuria KDIGO 2012.**

Pronóstico de la ERC según FGe y albuminuria KDIGO 2012				Categorías por albuminuria, descripción e intervalo.		
				A1	A2	A3
				Normal o aumento leve	Aumento moderado	Aumento grave.
				<30mg/g <3 mg/mmol	30-299mg/g 3-29 mg/mmol	≥300mg/g ≥30mg/mmol
Categoría por FGe, descripción y rango (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )	G1	Normal o alto.	>90			
	G2	Levemente disminuido.	60-89			
	G3a	Descenso leve-moderado.	45-59			
	G3b	Descenso moderado-grave.	30-44			
	G4	Descenso grave.	15-29			
	G5	Fallo renal.	<15			

FGe: filtrado glomerular estimado; KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes. Nota: Los colores mostrarían el riesgo relativo ajustado para cinco eventos (mortalidad global, mortalidad cardiovascular, fracaso renal tratado con diálisis o trasplante, fracaso renal agudo y progresión de la enfermedad renal). Verde: bajo riesgo (si no hay otros marcadores de enfermedad renal, ninguna ERC); Amarillo: riesgo moderadamente elevado; Naranja: alto riesgo; Rojo, muy alto riesgo.

Fuente: KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline Update On Diagnosis, Evaluation, Prevention and Treatment of CKD-MBD. <sup>(23)</sup>

## **1.4 Diagnóstico de ERC.**

### **1.4.1 Clínica.**

Cuando la función renal está mínimamente alterada (FG 70-100% del normal), la adaptación es completa y los pacientes no tienen síntomas. A medida que la enfermedad progresa aparecen los primeros síntomas: la poliuria y la nicturia. Cuando la FG es menor de 30 ml/min aparecen los síntomas que conforman el síndrome urémico: anorexia y náuseas, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias, e insomnio. Sin embargo, por la cronicidad hay enfermos asintomáticos hasta etapas terminales, con FG incluso de 10 ml/min o menos. <sup>(22,25)</sup>

### **1.4.2 Criterios Diagnósticos.**

#### **1.4.2.1 Estimación de TFG.**

La TFG según la creatinina sérica es un criterio diagnóstico. <sup>(23,26)</sup> La CKD-EPI (Enfermedad Renal Crónica-Epidemiología Colaboración), es la ecuación más recomendable por su precisión y buena capacidad predictiva de la TFG (particularmente entre los valores de 60 y 90 ml/Min / 1,73m<sup>2</sup>). <sup>(23)</sup>

#### **1.4.2.2 Albuminuria.**

La albuminuria es una de las bases para el diagnóstico y estadificación de ERC. La presencia persistente de altas concentraciones de proteína o albúmina en la orina es un signo de lesión renal y están relacionados con el pronóstico de la ERC y la supervivencia de sus pacientes. La relación creatinina- albuminuria (ACR) también son factores importantes en el pronóstico. <sup>(23)</sup>

### 1.4.2.3 Anomalías en el sedimento urinario.

La presencia de hematuria y / o leucocituria en el sedimento urinario durante más de tres meses, una vez que se ha descartado una causa urológica o una infección urinaria (incluida la tuberculosis urinaria), también puede ser una indicación de ERC. <sup>(23)</sup>

### 1.4.3. Métodos Complementarios.

-Ecografía (ultrasonido) renal o TAC abdominal: valora la estructura del riñón, identifica la presencia de obstrucción de vías urinarias, cicatrices corticales o disminución del grosor parenquimatoso.

-Gammagrafía renal: evalúa la perfusión de los riñones. Se usan materiales radioactivos.

-Pielografía: permite la detección de alteraciones en la secreción urinaria, por medio de la realización de radiografías seriadas que captan el paso de un material de contraste previamente administrado por vía intravenosa.

-Biopsia renal: La extracción de un fragmento de tejido renal proporciona un diagnóstico anatomo-patológico directo. <sup>(23, 26,27)</sup>

## 1.5. Manejo de ERC.

El manejo de estos pacientes será individualizado para cada uno, sin embargo, el manejo se basa en los siguientes pilares.

### 1.5.1. Actitud ante factores evitables o reversibles.

Modificación del estilo de vida por medio del control del peso con dieta y ejercicio, suspensión del tabaco, optimización del perfil lipídico e hidrocabonado, control entre la hidratación y volumen de orina, restricción proteica en la dieta, entre otras medidas. Deben emplearse los fármacos en las dosis e intervalos adecuados, y durante el tiempo necesario y, ajustarlos a la TFG. Debe evitarse a toda costa el uso de métodos de

contraste iodados ya que pueden disminuir peligrosamente la TFG, y el Gadolinio en RM está contraindicado. Es más recomendable usar CO2 o técnicas recientes potenciadoras de imagen en ecografía o resonancia magnética en estos casos. <sup>(26)</sup>

### 1.5.2. Prevenir o retrasar la progresión de la ERC.

El manejo conservador se trata de medidas antiproteinúricas. Las intervenciones y objetivos de renoprotección y de manejo de las complicaciones se resumen en la siguiente tabla. <sup>(23,26)</sup>

**Tabla N° 3. Factores de renoprotección y manejo de las complicaciones.**

<b>Intervención</b>	<b>Objetivo.</b>
IECA o ARA	Proteinuria <0.5 g/dL↓ TFG<2 ml/min/año
Antihipertensivos.	TA <130/85 SI proteinuria >1g: TA< 125/75
Restricción salina.	3-5 g/día (51-85 mEq/día)
Restricción proteica.	0.6-0.8 g/kg/d (6.5-9 g N orina/día)
Eritropoyetina ± hierro( PO, IV)	Hemoglobina 11-13 g/dL
Dieta, ligantes de fósforo, vitamina D	En función del estadio de ERC
Estatinas. Ezetimiba.	LDL<100 mg/dL
Antiagregantes (AAS, clopidogrel)	Profilaxis trombosis
Control glucemia.	HbA1C<7%, óptimo <6.5%
Suplemento bicarbonato	Bicarbonatemia >20 mEq/L
Consejos: tabaquismo	Abstinencia.
Ejercicio físico acorde	Control peso < claudicación < insulinoresistencia.

Fuente: Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. <sup>(32,26)</sup>

### 1.5.3. Tratar factores de riesgo y las complicaciones de la ERC.

Los pacientes con ERC padecen mayor riesgo cardiovascular, por los factores de riesgo que ya hayan desarrollado y además de los propios efectos del estado urémico. De esta forma el manejo de estos enfermos se divide en dos áreas fundamentales: 1) Prevención de las complicaciones propias del estado urémico, y 2) Manejo de los trastornos metabólicos asociados al daño renal y cardiovascular que ocurre con frecuencia en estos pacientes.

Las complicaciones más características son la anemia, las alteraciones del metabolismo mineral y las complicaciones cardiovasculares. El manejo específico de la hipertensión arterial está basado en 2 pilares terapéuticos: 1) Dieta de restricción salina y 2) Fármacos renoprotectores (ARA, IECA- combinación de ARA2 junto a IECA, calcioantagonistas, diuréticos, estatinas). El tratamiento de la dislipemia con dieta y estatinas y/o ezetimiba se considera cardioprotector y probablemente también renoprotector. Debe evitarse el uso combinado de estatinas y fibratos. <sup>(22,25)</sup> En el caso de acidosis metabólica, debe tratarse, procurando mantener unos niveles séricos de bicarbonato por encima de 20 mEq/L. <sup>(23,26)</sup>

#### **1.5.4. Tratamiento sustitutivo renal.**

La diálisis es la difusión o paso de partículas solubles (solutos) de una solución a otra a través de una membrana semipermeable. Los criterios aceptados para iniciar la diálisis comprenden: presencia de síndrome urémico, hiperpotasemia que no responde a medidas conservadoras, acidosis resistente al tratamiento médico, diátesis hemorrágica y depuración de creatinina inferior a 10 ml/min por 1.73m<sup>2</sup>. <sup>(27)</sup>

En la práctica clínica existen dos tipos de diálisis según la membrana semipermeable utilizada: diálisis peritoneal y hemodiálisis <sup>(27)</sup>

##### **1.5.4.1. Hemodiálisis:**

Los principios físicos en los que se basa la hemodiálisis (HD) son la difusión y la convección, los cuales permiten el paso de solutos y agua a través de una membrana semipermeable. Este intercambio entre la sangre y el líquido de diálisis (LD) logra la eliminación de las toxinas urémicas y el exceso de líquido del organismo, produciéndose de forma simultánea un equilibrio positivo hacia el paciente de calcio y bicarbonato. <sup>(27)</sup>

Dializador: Es el dispositivo esencial de la HD, donde está ubicada la membrana de diálisis, que separa el compartimiento de sangre del líquido de diálisis.

Líquido de diálisis: Compuesto por agua, Na, K, Cl, Ca, Mg, un alcalinizante preferiblemente bicarbonato y glucosa, a temperatura de 36-37 °C. El agua debe ser previamente desionizada y tratada con ósmosis inversa, a un flujo de 500-800 ml/min.<sup>(27)</sup>

Circuito de hemodiálisis:

1. Líneas sanguíneas.
  - La línea arterial lleva la sangre desde el acceso vascular al dializador mediante una bomba de sangre de rodillos, a un flujo que puede oscilar entre 200-450 ml/min.
  - La línea venosa devuelve la sangre depurada por el dializador al paciente.
2. Monitores de presión.
3. Detector de aire y cámara atrapaburbujas.

#### **1.5.4.2. Diálisis peritoneal:**

Ésta consiste en infundir de 1 a 3 L de una solución que contiene dextrosa en el interior de la cavidad peritoneal, y permitir que el líquido permanezca en ella durante 2 a 4 h. Como sucede en la hemodiálisis, los materiales tóxicos se eliminan a través de una depuración convectiva generada por ultrafiltración, y una depuración difusiva a favor de gradiente de concentración.<sup>(27)</sup>

#### Regímenes intermitentes.

Son aquellos en que se intercalan períodos de tratamiento con períodos de reposo peritoneal, en principio se aplican a aquellos que mantienen una notable función renal residual (FRR) y dado que ésta con el tiempo desaparece, son tratamientos transitorios.

Fundamentalmente son:

- Diálisis peritoneal diurna ambulatoria (DPDA): El paciente se dializa desde primera hora de la mañana hasta las 22 a 24 h, dejando el abdomen vacío toda la noche. Provee de unas 12-16 h de tratamiento.
- Diálisis peritoneal intermitente (DPI): El paciente se dializa alrededor de 20 h, dos veces por semana con ayuda de una cicladora, permaneciendo sin

tratamiento el resto de los días. Está en desuso por su relativa efectividad y por la necesidad de infraestructura específica.

- Diálisis peritoneal nocturna intermitente: Se administra el tratamiento exclusivamente por la noche con el recurso de cicladora, con una duración de 8 a 12 h. Durante el día el abdomen permanece seco. <sup>(27)</sup>

### Regímenes continuos:

Son aquellos en que el paciente recibe tratamiento dialítico durante todo el día. Los regímenes continuos son aquellos en los que durante 24 h el abdomen está en contacto con líquido de diálisis ininterrumpidamente. Son fundamentalmente:

- DPCA: En el esquema más simple. El paciente se practica tres recambios diurnos y uno nocturno de mayor duración, con empleo de volúmenes ajustados.
- DPCC: El esquema típico de la diálisis peritoneal continua cíclica consiste en ciclos cortos, durante la noche y un ciclo o más durante el día, igualmente con volúmenes ajustados.
- TIDAL: En este la perfusión de un volumen constante, que permanece a lo largo del tiempo de tratamiento, se intercambian en régimen rápido unos volúmenes (volúmenes tidal) que representan un 25-50% del volumen de reserva (tidal 25-50), con una duración de tratamiento de 8-10 h, se emplea en caso de necesidad de aumentar los aclaramientos de solutos y en pacientes con catéteres con drenajes limitados. <sup>(27)</sup>

## **2. Calidad de vida.**

### **2.1. Definición.**

El concepto de Calidad de Vida (CV) se utilizó por primera vez en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una iniciativa de los investigadores de la

época de conocer la percepción de las personas sobre su vida, cuan buena era y si sentían que tenían una economía estable. <sup>(28)</sup>

Luego de estos indicios algunos psicólogos interesados en la percepción de las personas sobre su vida, iniciaron estudios al respecto, se dieron cuenta que mediciones subjetivas (indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción) podrían hacer que el porcentaje de las personas difirieran. Para algunos autores, el concepto de CV se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas sobre bienestar subjetivo y satisfacción con la vida. <sup>(28)</sup> Sin embargo, a pesar de los muchos conceptos que los investigadores adoptaron, algunos más influenciados por corrientes psicológicas y otros más relacionados con el campo de la salud; no se ha definido del todo un concepto claro de CV.

En esta ocasión tomaremos como referencia el concepto de La Organización Mundial de la Salud (OMS), que define calidad de vida como "...la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales." <sup>(29)</sup>

## **2.2. Componentes de CV.**

Aunque se tiene un enorme interés sobre la calidad de vida, no existe una definición acertada de la misma. El sin número de definiciones sobre la calidad de vida en general se refieren a una propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno. <sup>(30, 31)</sup> Se han separado los aspectos objetivos de la calidad de vida (indicadores sociales) y los aspectos subjetivos o percibidos. Para una evaluación integral, la calidad de vida se estudia tomando en cuenta los siguientes ejes, que están enormemente vinculados:

### **2.2.1. Componente Físico:**

La persona siente que ninguno de sus órganos o funciones está menoscabado; el organismo funciona eficientemente y hay una capacidad física apropiada para responder ante diversos desafíos de la actividad vital de cada uno, no hay limitaciones. De una alimentación balanceada y del acceso a servicios de salud de buena calidad, depende el bienestar físico. (33,33).

### **2.2.2. Componente Psicológico:**

Consiste en tres elementos: el bienestar emocional que es la habilidad de manejar las emociones, sentirse cómodo al manifestarlas, la capacidad para resolver los conflictos y la seguridad y satisfacción consigo mismo. (32, 33). El segundo elemento es el bienestar mental que se manifiesta a través de habilidades como aprender, procesar información y actuar conforme a ella, discernir sobre valores y creencias, comprender nuevas ideas; tomar decisiones cuidadosamente consideradas y ponerlas en práctica. El tercer y último elemento es el bienestar espiritual que es el conjunto de valores y creencias que llevan a una persona a encontrar el significado de su vida, la fe les lleva a la esperanza. (33)

### **2.2.3. Componente social:**

Está delimitado por dos aspectos importantes:

Relaciones interpersonales: Comunicación estrecha entre individuos de distintos grupos sociales: miembros de la familia, compañeros de trabajo, amigos, vecinos etc., con la finalidad de alcanzar algún objetivo o lograr algún beneficio no necesariamente material, ya que pueden estar involucrados sentimientos de por medio. (32, 33)

Inclusión social: Es la situación que asegura que cada una de las personas, sin excepción, puedan ejercer sus derechos, aprovechar sus habilidades y tomar ventaja de las oportunidades que encuentran en su medio. (32,33)

### **2.3. Impacto de ERC en la CV.**

#### Restricción dietética:

Las limitaciones en la dieta y el agua crean una enorme insatisfacción de la persona, ya que hay necesidad urgentemente obligatoria de cambios en los hábitos alimenticios que se formaron durante toda la vida y la adaptación a estos cambios es un proceso no tan sencillo.

#### Limitación de la capacidad funcional:

En la función física se ve involucrada la independencia, el autocuidado, la percepción de los síntomas, que se ven afectados por la enfermedad como tal y el tratamiento recibido. <sup>(33,34)</sup>

#### Función social alterada:

Cambios en el trabajo o estudios por la cronicidad de la enfermedad lo que conlleva, en la mayoría de los casos, a tener una baja autoestima, por falta de autodeterminación, sentimiento de incapacidad y dependencia financiera.

#### Restricción de actividades lúdicas y ocio:

Las personas con ERC y sus familiares comienzan a presentar en su cotidiano, reducción de actividades recreativas, derivadas tanto de la regularidad de los horarios de medicación y del tratamiento sustitutivo renal, como de la disminución de la renta familiar.

#### Desplazamiento territorial para la realización de hemodiálisis:

El hecho de que algunas personas con ERC residan en regiones fuera del municipio sede del centro del tratamiento de hemodiálisis, resulta ser un problema. El desplazamiento a largas distancias, tener que levantarse temprano, para la mayoría es un factor de estrés que agrava aún más la fatiga y malestar, además existe incomodidad, miedo e inseguridad por el viaje. <sup>(33, 34)</sup>

### 3. Ansiedad y Depresión en ERC.

El trastorno de *ansiedad* es un estado mental caracterizado por la presencia de preocupación, temor excesivo o tensión. Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian a incapacidad y disfuncionalidad, repercutiendo así en el bienestar personal, relaciones sociales y el trabajo. El alto nivel de prevalencia y su curso recurrente o crónico, puede convertirse tan inhabilitante como cualquier otra enfermedad física crónica y debilitar aún más la calidad de vida en personas con enfermedad crónica. <sup>(35)</sup>

*Depresión* es un trastorno emocional que se refiere a un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza, apatía, anhedonia, desesperanza, irritabilidad etc.) y en mayor o menor grado, síntomas de tipo cognitivo y somático, por lo tanto, podría involucrar tanto la integridad psíquica como la física. Debido al cuadro clínico poco específico resulta difícil establecer un diagnóstico definitivo de “trastorno depresivo” como tal, y solo con el estudio de la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social puede realizarse su adecuado diagnóstico. Según la OMS, la depresión es una enfermedad que afecta a más de 300 millones personas y se relaciona de forma recíproca con enfermedad física crónica, ya que una puede exacerbar a la otra. <sup>(35)</sup>

Estudios realizados en las últimas décadas han descrito alteraciones de los mecanismos fisiológicos de respuesta al estrés y defensa inmunológica contra diversas noxas biológicas en personas con estos tipos de trastornos. A su vez, se ha demostrado relación entre estas alteraciones con la severidad de trastornos de ansiedad y depresión además de otras comorbilidades y la respuesta al tratamiento. <sup>(36)</sup>.

El riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular es otro elemento importante, que está vinculado al comportamiento y factores fisiológicos. Estilos de vida poco saludables contribuyen al desarrollo de enfermedades como: HTA, obesidad y DM (componentes del síndrome metabólico) y por lo general a la mala adherencia a los tratamientos

indicados. Las alteraciones fisiológicas vinculadas al estrés en pacientes ansiosos y depresivos, tales como: hiperactividad simpaticoadrenal (variabilidad de la frecuencia cardíaca, inestabilidad eléctrica ventricular, reacción isquémica) contribuyen a desencadenar eventos coronarios agudos. <sup>(36)</sup>

Los criterios diagnósticos más utilizados para ansiedad y depresión, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). En ambos casos, los principales elementos del tratamiento se basan en la psicoterapia y el uso de fármacos (antidepresivos y ansiolíticos) el objetivo del mismo es lograr la remisión completa de los episodios o crisis. El tratamiento debe ser individualizado, tomar en cuenta características como: edad, sexo, sintomatología, grado de la enfermedad, comorbilidades, factores predisponentes, precipitantes o mantenedores. El éxito del tratamiento, como en todos los casos, depende de la adherencia a éste. <sup>(35)</sup>

Los pacientes en terapia de reemplazo renal son sometidos a procedimientos que modifican radicalmente su vida en cada uno de sus ámbitos, esto provoca un comportamiento negativo, disminución significativa de su interés y motivación para colaborar con el tratamiento. Entre los factores psicosociales relacionados a la calidad de vida de pacientes con ERC se encuentran ansiedad y depresión (prevalencia 3-4 veces mayor que en la población general). <sup>(35,37, 38)</sup>

Los síntomas de ansiedad en personas con ERC surgen como respuesta a la incertidumbre, la preocupación, el miedo y la sensación de pérdida de control, en las fases iniciales de la enfermedad, que aumentan paulatinamente en intensidad y frecuencia. Es en fases de recaídas o crisis, en que la ansiedad sobrepasa los límites (ambiente hospitalario, aparición de nuevos síntomas o la reaparición de síntomas antiguos); también debido a la inseguridad del paciente por el sentimiento de incertidumbre y desesperanza por el impredecible curso que toma la enfermedad. <sup>(36, 37)</sup>

La cronicidad de la ERC incide en la autoeficacia, es decir, en la percepción que la persona que la padece tiene hacia sí misma según sus capacidades, tanto físicas como intelectuales; la autoestima se ve comprometida por sentimientos de incapacidad e inutilidad, cambios en el estado anímico del enfermo, disminución de la satisfacción marital, limitaciones físicas, problemas económicos y ausencia de apoyo social. <sup>(35, 37)</sup>. El suicidio contribuye a la tasa de mortalidad en este tipo de paciente, se estima que el 20% de los pacientes deciden retirarse de diálisis y esto puede ser considerado como un intento suicida.

Como se ha hecho mención en párrafos anteriores, la ansiedad y la depresión presentan una fuerte asociación con el correcto funcionamiento del organismo y por ende con la exacerbación de enfermedades crónicas, así también con la adherencia terapéutica, he ahí la importancia de la intervención psicológica a pacientes con ERC. El apoyo psicológico tiene como finalidad lograr la superación del proceso de duelo que la enfermedad conlleva, el cual consta de cinco etapas: negación, rabia, negociación, desánimo y aceptación/resolución; esto, a través de la reestructuración de patrones de pensamiento, erradicación de conductas perjudiciales, ideación, programación y ejecución de diversas estrategias de afrontamiento. Dada la relevancia que adquiere el soporte familiar y social para sobrellevar el estado anímico y las complicaciones de la enfermedad se considera importante también tomar en cuenta a los familiares y/o cuidadores. <sup>(39)</sup>

## **VII. Materiales y métodos.**

### **1. Tipo de estudio.**

Descriptivo de corte transversal.

### **2. Área de estudio.**

El departamento de León tiene un área de 5138.03 km<sup>2</sup> y una población aproximada de 441.308 habitantes distribuidos en sus diez municipios. El Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), cuenta con un programa que atiende a enfermos renales crónicos en diálisis peritoneal a los que se les da seguimiento domiciliario periódico. Los pacientes hemodializados cuentan con atención especializada en el servicio de hemodiálisis.

### **3. Población de estudio.**

Todo enfermo renal en etapa terminal que acudió al hospital HEODRA para recibir seguimiento del tratamiento de diálisis peritoneal o sesiones de hemodiálisis entre los meses julio y septiembre de 2018. Se incluyeron en este estudio 116 pacientes (60 pacientes de HD y 56 pacientes de DP), de los cuales 33 se negaron a participar (refirieron sensación de cansancio al momento de la entrevista, ya que habían sido interrogados minutos antes, consideraron demasiado extensa la entrevista, entre otros motivos); y 7 pacientes que no cumplían los criterios de inclusión. El total de pacientes que participaron en el estudio fue de 76: 45 pacientes en HD y 31 en DP.

### **4. Fuentes de información.**

#### Recolección de datos.

Fuente primaria:

La recolección de datos se realizó en el área de consulta externa en caso de los pacientes en DP y durante las sesiones de HD para los pacientes restantes. El instrumento utilizado fue el KDQOL-SFTM 36 versión 1.3, específico para evaluar calidad de vida en la enfermedad renal crónica. Este cuestionario cuenta con 36 ítems, que lleva

alrededor de 15 minutos el ser contestado. Cada ítem es valorado con una puntuación que va de 0-100 puntos, que luego es codificado según el componente al que pertenezca. El instrumento se diseñó para medir aspectos de la calidad de vida afectados por problemas de salud (tomándose en cuenta las 11 dimensiones específicas del cuestionario); del mismo modo se valoran también 2 componentes, que corresponden a las dimensiones inespecíficas: el físico (función física, rol físico, dolor corporal y salud general) y el mental (bienestar emocional, rol emocional, función social y energía). Ambos tipos de dimensiones serán descritas posteriormente. <sup>(40)</sup>

El cuestionario fue aplicado por el entrevistador en todos los casos por diversos motivos, que en su mayoría involucraron el estado de salud del paciente (pacientes incapacitados por fístula arterio-venosa en el brazo dominante, pacientes que preferían se les leyera las preguntas por alteraciones visuales o por dificultad en la comprensión de algunos ítems del instrumento), lo cual fue beneficioso para lograr una mejor interpretación para el paciente y evitar las encuestas incompletas. <sup>(40)</sup>

<b>Dimensiones específicas de CV</b>	
Síntomas/problemas	Sintomatología aquejada por el paciente, asociada a ERC o comorbilidades.
Efectos de la enfermedad sobre la vida diaria.	Afectación de la vida diaria a causa de las implicaciones de la ERC.
Carga de la enfermedad renal.	Preocupación del paciente a causa de la enfermedad renal crónica y sus implicaciones.
Situación laboral.	Estado de la situación laboral del paciente a causa de la enfermedad renal crónica.
Función cognitiva.	Estado de la función cognitiva del paciente a causa de la cronicidad de la enfermedad y sus implicaciones.
Interacción social.	Valor de las relaciones interpersonales del paciente.
Función sexual.	Valor de la actividad sexual del paciente.
Sueño	Valor de la calidad del sueño y la afectación de este por la enfermedad renal crónica y sus implicaciones.
Apoyo social	Apoyo de parte de familiares y amigos para hacer frente a la enfermedad renal.

Apoyo del personal de diálisis.	Apoyo recibido en la unidad de salud por el personal.
Satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.	Evaluación de la satisfacción de los pacientes con la atención recibida por el personal de salud de la unidad de salud.

<b>Dimensiones inespecíficas de CV</b>	
Función física	Grado en que la salud limita las actividades físicas.
Rol físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias lo que incluye rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
Energía	Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
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 general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
Bienestar emocional	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general
Dolor	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.

La calidad de vida global (es decir, la calidad de vida de los pacientes sometidos a ambos tipos de tratamiento) y la CV según tratamiento, fue evaluada de una manera completamente distinta a la de la mayoría de la bibliografía consultada, en este caso se consideró viable calificar la calidad de vida y todas sus dimensiones cualitativamente según la puntuación total de los componentes de la misma en: mala (0-33 puntos), regular (34-67 puntos) y buena (68-100 puntos), para analizar e interpretar los resultados de una manera más sencilla, pero a su vez concreta, a menor puntuación peor calidad de vida; se tomó como referencia un estudio realizado en México durante el año 2012,

cuya población de estudio también incluyó pacientes tanto en DP y HD y donde la manera de calificar la CV de igual manera fue en 3 categorías.<sup>(11)</sup>

Se aplicó el cuestionario sobre Ansiedad y Depresión de GOLDBERG, el cual está conformado por dos sub-escalas: ansiedad y depresión; cada una con 9 ítems de respuesta dicotómica (Si / No), estructurados a su vez en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar la probable presencia de sintomatología correspondiente a ansiedad y depresión , y un segundo grupo de 5 ítems tomados en cuenta únicamente si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más para ansiedad y más de 1 para depresión).<sup>(41)</sup>

Los autores del instrumento propusieron como puntos de corte  $\geq 4$  para la escala de ansiedad, y  $\geq 2$  para la de depresión. Para estos valores se ha reportado una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. Es necesario aclarar que este cuestionario, por sí solo no es capaz de diagnosticar un trastorno depresivo o de ansiedad. Se ha concluido que la subescala de ansiedad detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82%.<sup>(41)</sup>

### **5. Criterios de inclusión.**

El estudio se realizó en pacientes con enfermedad renal terminal de cualquier edad, que estuvieran siendo tratados con: hemodiálisis o diálisis peritoneal en el HEODRA, León; que aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria.

### **6. Criterios de exclusión.**

Este estudio excluyó a personas que presentaron situación clínica grave o deterioro cognitivo severo que impidiese completar el cuestionario, dificultades orgánicas y físicas (por ejemplo, alteraciones de la audición y enfermedades neurodegenerativas crónicas), así como personas que se rehusaron a participar en el estudio.

### 7. Consideraciones éticas.

Se solicitó el permiso correspondiente a la dirección del HEODRA, así como al departamento de hemodiálisis de la unidad de salud antes mencionada, para iniciar el estudio. El instrumento utilizado contó con el anonimato, la información obtenida se utilizó únicamente para fines del estudio, guardándose la confidencialidad. Se realizó consentimiento informado, el cual hizo mención de los objetivos del estudio, que fue firmado por el paciente capaz o, en su defecto, por un familiar o tutor del paciente incapacitado.

### 8. Plan de análisis.

Los datos obtenidos se procesaron en el programa SPSS 23, se utilizó estadísticas univariadas como frecuencias y porcentaje para mostrar los datos que fueron representados en tablas y gráficos para mayor comprensión.

### 9. Sesgos.

Sesgo de selección: Debido a que solo un poco más de la mitad de la población perteneciente a DP y poco más de las dos terceras partes de la de HD participaron en el estudio, y además a la diferencia relativa del total de ambos grupos a comparar, por ende, existe la posibilidad de sobreestimación de los resultados del estudio.

### 10. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición	Categoría
Edad	Tiempo (en años) transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de la aplicación del instrumento.	$\leq 20$ 21 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 61 - 70 71 - 80
Sexo	Condición orgánica al nacimiento.	-Masculino -Femenino

Procedencia	Sitio desde el cual se moviliza a la unidad de salud.	-Rural -Urbano
Situación laboral	Situación o elemento vinculado de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social.	-Activo. -Inactivo.
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	-Soltero/a -Unión estable -Casado/a -Viudo/a
Escolaridad	Nivel máximo de estudios realizados.	-Analfabeta -Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria completa -Estudios universitarios
Tiempo en tratamiento sustitutivo renal	Tiempo transcurrido desde la fecha de inicio del tratamiento hasta la fecha de la aplicación del instrumento.	< 1 año 1-3 años 4-6 años 7-9 años 9-12 años >12 años
Causa de insuficiencia renal crónica.	Patología que le fue informada al paciente como causa de la enfermedad renal crónica en la unidad de salud al educarle sobre su enfermedad.	-Desconocido -HTA -Diabetes Mellitus -Toxicidad -Pielonefritis crónica -Malformación congénita -Enfermedad renal poliquística -Síndrome nefrótico

Comorbilidad	Numero de trastornos que acompaña a la enfermedad primaria.	-1 comorbilidad -Mayor de 1 comorbilidad.
Calidad de vida	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.	-Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67pts.) -Malo (0-33 pts.)
Función física	Grado en que la salud limita las actividades físicas.	-Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67pts.) -Malo (0-33 pts.)
Rol físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias lo que incluye rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.	-Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67pts.) -Malo (0-33 pts.)
Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.	-Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67pts.) -Malo (0-33 pts.)
Energía	Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.	-Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67pts.) -Malo (0-33 pts.)
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.	-Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67pts.) -Malo (0-33 pts.)
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67 pts.) -Malo (0-33 pts.)
Bienestar emocional	Valoración de la salud mental general, considerando la	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67 pts.)

	depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general	-Malo (0-33 pts.)
Dolor	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.	-Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67pts.) -Malo (0-33 pts.)
Síntomas/problemas	Síntomas que aquejan al paciente relacionados con enfermedad renal crónica.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67 pts.) -Malo (0-33 pts.)
Efectos de la enfermedad sobre la vida diaria.	Afectación de la vida diaria a causa de la enfermedad renal crónica y sus implicaciones.	-Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67 pts.) -Malo (0-33 pts.)
Carga de la enfermedad renal.	Preocupación del paciente a causa de la enfermedad renal crónica y sus implicaciones.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67 pts.) -Malo (0-33 pts.)
Situación laboral.	Estado de la situación laboral del paciente a causa de la enfermedad renal crónica.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67 pts.) -Malo (0-33 pts.)
Función cognitiva.	Estado de la función cognitiva del paciente a causa de la enfermedad en la crónica y sus implicaciones.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67 pts.) -Malo (0-33 pts.)
Interacción social.	Valor de las relaciones interpersonales del paciente.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67pts.) -Malo (0-33 pts.)
Función sexual.	Valor de la actividad sexual del paciente.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67pts.) -Malo (0-33 pts.)
Sueño	Valor de la calidad del sueño y la afectación de este por la enfermedad renal crónica y sus implicaciones.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67pts.) -Malo (0-33 pts.)
Apoyo social	Apoyo de parte de familiares y amigos para hacer frente a la enfermedad renal.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67 pts.) -Malo (0-33 pts.)

Apoyo del personal de diálisis.	Apoyo recibido en la unidad de salud por el personal.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67 pts.) -Malo (0-33 pts.)
Satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.	Evaluación de la satisfacción de los pacientes con la atención recibida por el personal de salud de la unidad de salud.	- Bueno (68-100 pts.) -Regular (34-67 pts.) -Malo (0-33 pts.)
Depresión.	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	-Sí -No
Ansiedad.	Trastorno caracterizado por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.	-Sí -No
Atención psicológica.	Apoyo psicológico que el paciente haya recibido o esté recibiendo como parte del manejo integral de su enfermedad, desde el inicio del tratamiento dialítico.	-Sí -No

## **VIII. Resultados.**

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos a partir del método ya definido previamente. Se dividirá este apartado en 3 secciones: la primera, correspondiente a las características sociodemográficas y clínicas del grupo de estudio, la segunda evaluará la calidad de vida global de la población, la tercera corresponderá a la comparación de la calidad de vida como tal y por dimensiones entre el grupo de HD y DP, y la cuarta sección indicará la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión presentes en la población de estudio.

### **I. Características sociodemográficas y clínicas.**

En la tabla número 1 se observan las características sociodemográficas de la población de estudio: el sexo predominante es el masculino (59.4%), se encuentra una diferencia significativa entre los grupos de HD y DP con un 84.4% y un 67.7% respectivamente en el sexo masculino. Las edades más frecuentes se encuentran en el rango de edad de 41-50 años, el grupo de HD se ubica en su mayoría en este mismo rango, pero el de DP se encuentran en el rango inferior (31-40 años). El mayor porcentaje de la población está casada. En el caso de la escolaridad el mayor porcentaje tienen primaria y secundaria completa. La situación laboral revela que un 69.7% del total son inactivos, y que el grupo de DP (83.8%) tiene mayor porcentaje de inactividad laboral que el grupo de HD (60%).

<b>Tabla N° 1: Características sociodemográficas de pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal.</b>				
<b>Características demográficas</b>		<b>Total (N=76)</b>	<b>Hemodiálisis (N=45)</b>	<b>Diálisis Peritoneal (N=31)</b>
		<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Edad en años</b>				
	≤20	2.6	2.2	3.2
	21-30	6.6	11.1	6.5
	31 – 40	13.2	17.8	51.6
	41 - 50	47.4	44.4	19.4
	51 – 60	14.5	11.1	16.1
	61 - 70	13.2	11.1	3.2
	71 - 80	2.6	2.2	0
<b>Sexo</b>				
	Hombre	59.4	84.4	67.7
	Mujer	40.6	15.6	32.3
<b>Estado Civil</b>				
	Soltero	34.2	37.8	29
	Unión de hecho estable	19.7	13.3	29
	Casado	43.4	46.7	38
	Viudo	2.6	2.2	3.2
<b>Escolaridad</b>				
	Analfabeta	1.3	2.2	0
	Primaria incompleta	13.2	20	3.2
	Primaria completa	31.6	31.1	32.3
	Secundaria completa	39.5	26.7	58.1
	Estudios universitarios	14.5	20	6.5
<b>Situación laboral</b>				
	Activo.	30.3	40	16.1
	Inactivo.	69.7	60	83.9

Fuente: Encuesta.

En la tabla N° 2 se plasman las características clínicas de la población de estudio; un 43.4% de los casos el paciente refirió que no se le fue comunicada la causa de su enfermedad renal a la hora de su ingreso en el programa sustitutivo renal. A pesar del estadio de la enfermedad de los pacientes un 69.7% refirió presentar solo una comorbilidad. El tiempo de tratamiento sustitutivo renal transcurrido desde su ingreso al programa fue en su gran mayoría mayor de 1 año de duración; en el grupo de HD la mayoría de los pacientes tienen entre 4 y 9 años de tratamiento y en el grupo de DP en su mayoría tienen de 1 a 3 años de tratamiento. El mayor porcentaje de pacientes no fueron hospitalizados en los últimos 6 meses y tomaban más de tres medicamentos al día.

<b>Tabla N° 2: Características clínicas de pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal.</b>			
<b>Características clínicas.</b>	<b>Total (N=76)</b>	<b>Hemodiálisis (N=45)</b>	<b>Diálisis peritoneal (N=31)</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Causas de ERC</b>			
Desconocido	43.4	55.6	25.8
HTA	15.8	11.1	22.6
Diabetes Mellitus	13.2	2.2	29
Toxicidad	14.5	20	6.5
Pielonefritis crónica	7.9	6.7	9.7
Malformación congénita	1.3	2.2	0
Enfermedad poliquística renal	2.6	0	6.5
Síndrome nefrótico	1.3	2.2	0
<b>Comorbilidades (número)</b>			
1	69.7	77.7	58.1
Mayor de 1	28.2	22.3	41.9
<b>Tiempo de tratamiento sustitutivo renal</b>			
< 1 año	15.8	2.2	35.5
1 año - 3 años	34.2	20	54.8
4 años - 6 años	22.4	33.3	6.5
7 años - 9 años	13.2	22.2	0
10 años - 12 años	13.2	20	3.2
> 12 años	1.3	2.2	0
<b>Hospitalizaciones durante los 6 meses previos.</b>			
0 veces	69.7	86.7	45.2
1 vez	15.8	8.9	25.8
2 veces a más	13.3	4.4	29
<b>Número de medicamentos al día.</b>			
Menor de 3 medicamentos	31.6	42.2	16.1
Mayor de 3 medicamentos	68.4	57.8	23.9

Fuente: Encuesta.

## II. Calidad de vida de pacientes con ERC en tratamiento dialítico.

Al evaluar la calidad de vida de la población de estudio en el gráfico número 1 por medio del instrumento KDQOL-SF 36, se observa que la calidad de vida de forma global es en su mayoría (45%) calificada como regular y el 22% de los individuos la califica como mala.

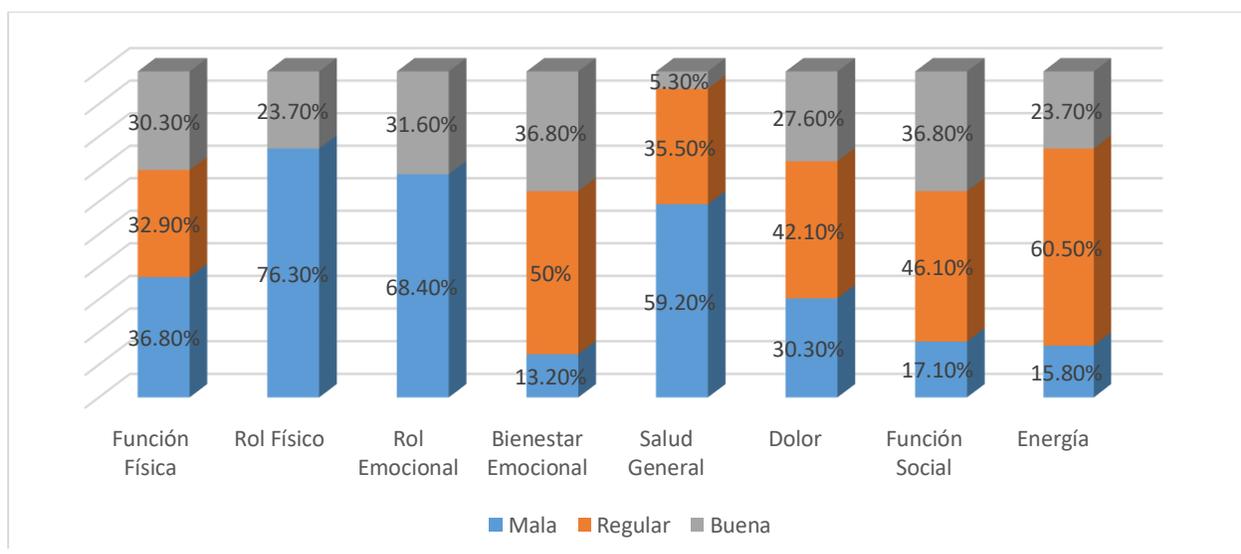
**Gráfico N° 1: Calidad de vida de pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal. N= 76.**



Fuente: Encuesta.

Evaluando las dimensiones genéricas de la calidad de vida conjuntamente en ambos grupos de estudio en el gráfico número 2; se encontró que entre todas las más afectadas son: rol físico, rol emocional y salud general, siendo calificadas como mala por un 76.3%, 68.4% y 59.2% de la población, respectivamente.

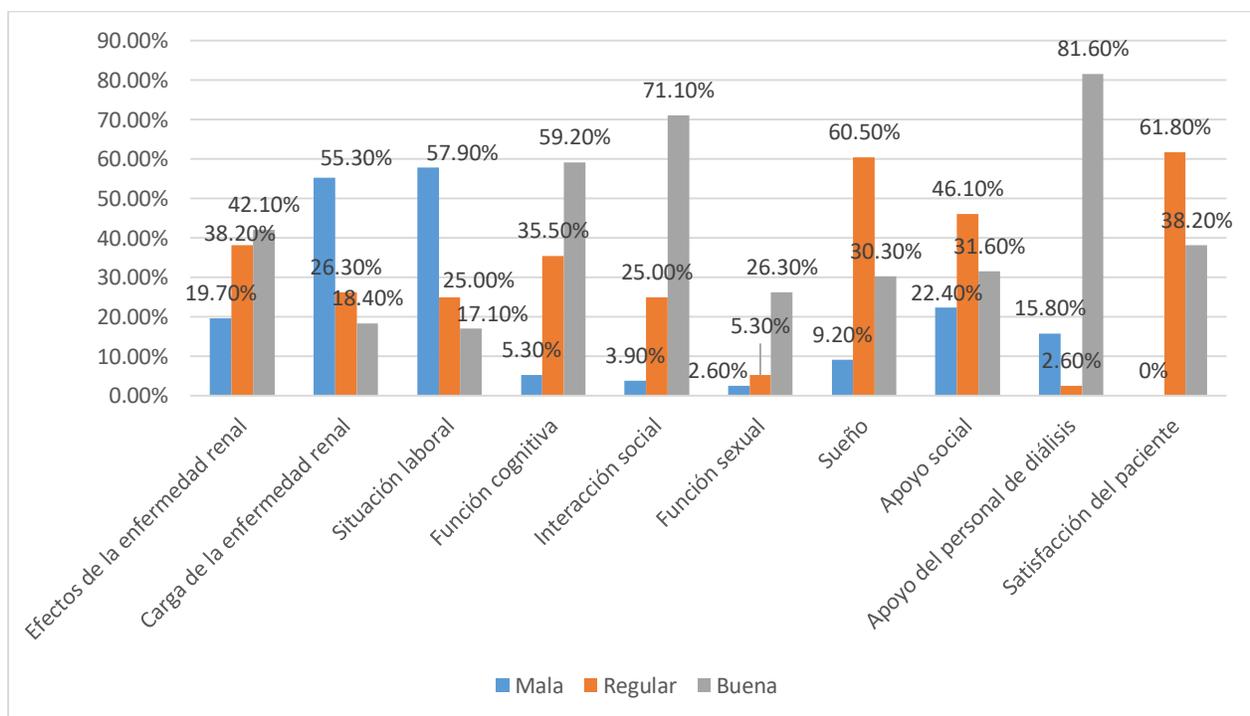
**Gráfico N° 2. Dimensiones genéricas de calidad de vida de pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal. N=76**



Fuente: Encuesta.

A través del gráfico número 3 se logra mostrar que, en ambos grupos de pacientes, las dimensiones específicas de CV mayormente calificadas como mala fueron: Carga de la enfermedad renal (55.3%) y Situación laboral (57.9%); las dimensiones mejor conservadas fueron Apoyo del personal de diálisis, la cual fue calificada como buena por el 81.6% de los encuestados, seguida de Interacción social, con un 76.1%. Cabe destacar que solo el 34.6% de los individuos estudiados tuvo algún tipo de actividad sexual en el último mes, la función sexual es percibida como buena por el 26.3% de los pacientes.

**Gráfico N° 3. Dimensiones específicas de calidad de vida de pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal. N=76.**



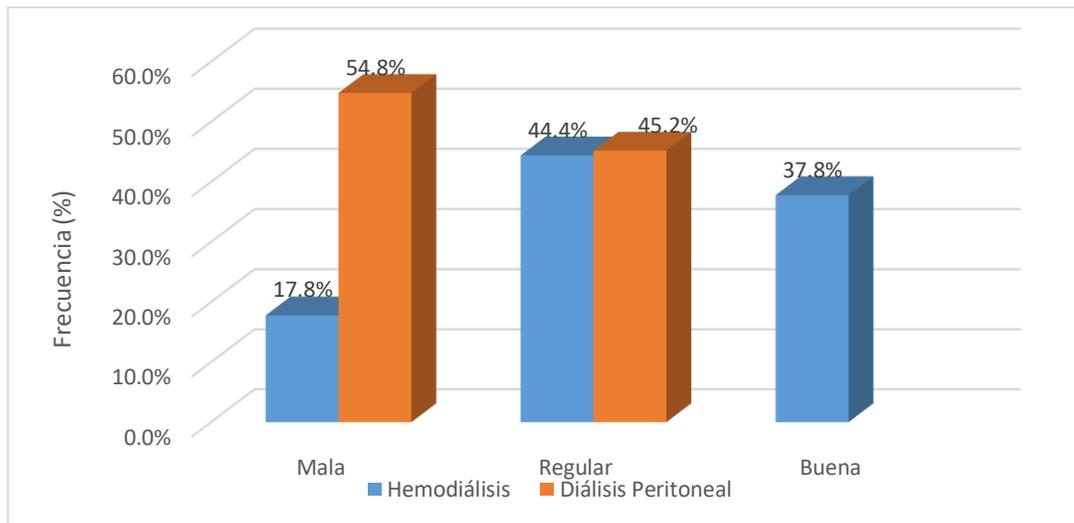
Fuente: Encuesta.

### III. Comparación de la calidad de vida de pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal.

La CV general fue evaluada para HD y DP, de forma comparativa en el gráfico número 4 encontrando: en el primer grupo (HD) el mayor porcentaje (44.4%) corresponde a una CV

regular y el menor porcentaje (17.8%) a una CV mala; contrastando con el segundo grupo de estudio, quienes en su mayoría (54.8%) consideran su CV mala.

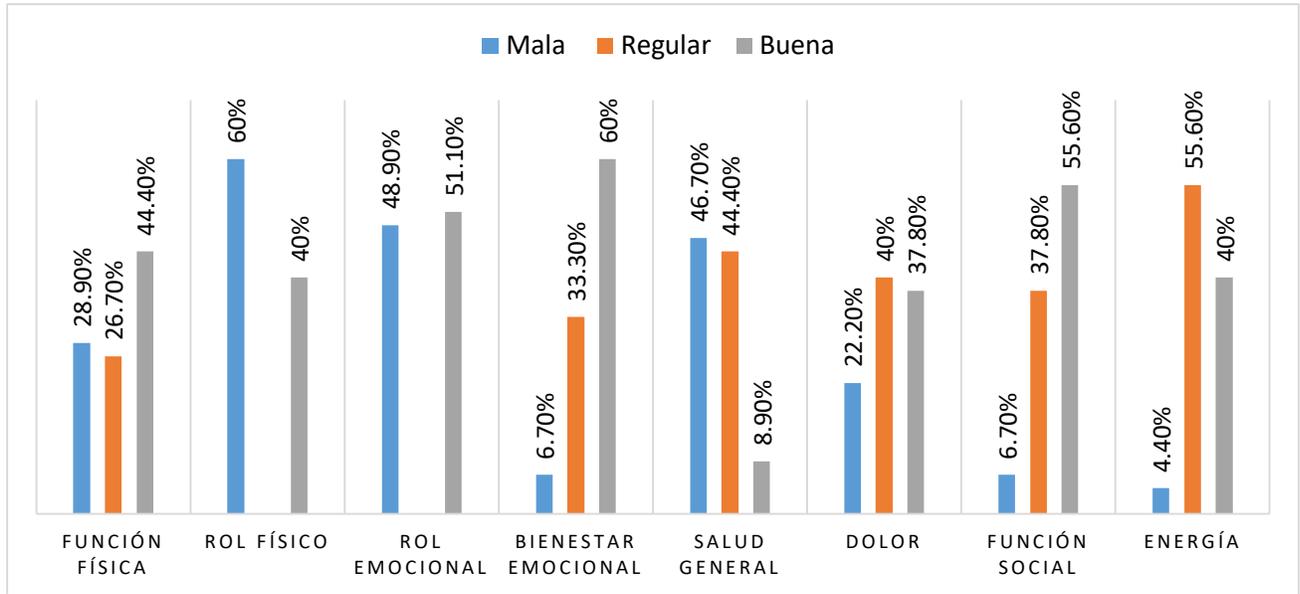
**Gráfico N° 4. Comparación de calidad de vida de pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal. N=76**



Fuente: Encuesta.

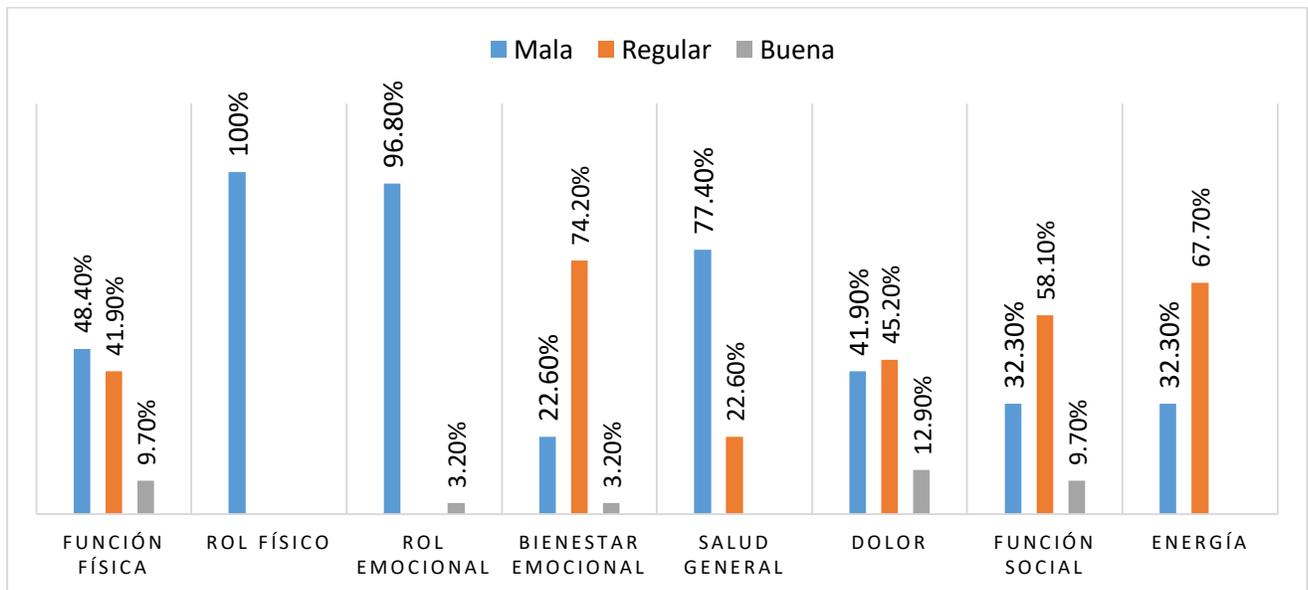
Los gráficos número 5 y 6 presentan las dimensiones genéricas que abarca CV en cada uno de los grupos de HD y DP en ese orden, encontrando que las dimensiones Rol Físico, Rol Emocional y Salud General fueron las más afectadas para ambos grupos en orden descendente, sin embargo, en el grupo de DP los porcentajes que califican estas dimensiones como mala son por mucho más altos que los del primer grupo. En cuanto a las dimensiones con mayor porcentaje que se califican como buena; en el grupo de HD están: Bienestar Emocional, seguida de Función Social, y en el caso de DP estas dimensiones fueron calificadas en su mayoría como regular; en este último grupo de pacientes (DP), los porcentajes que corresponden a la mejor categoría son bajos en todas las dimensiones, siendo encabezados en orden descendente por Dolor, seguido de Función Social y Función Física.

**Gráfico N°5. Dimensiones genéricas de calidad de vida de pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis. N=45**



Fuente: Encuesta.

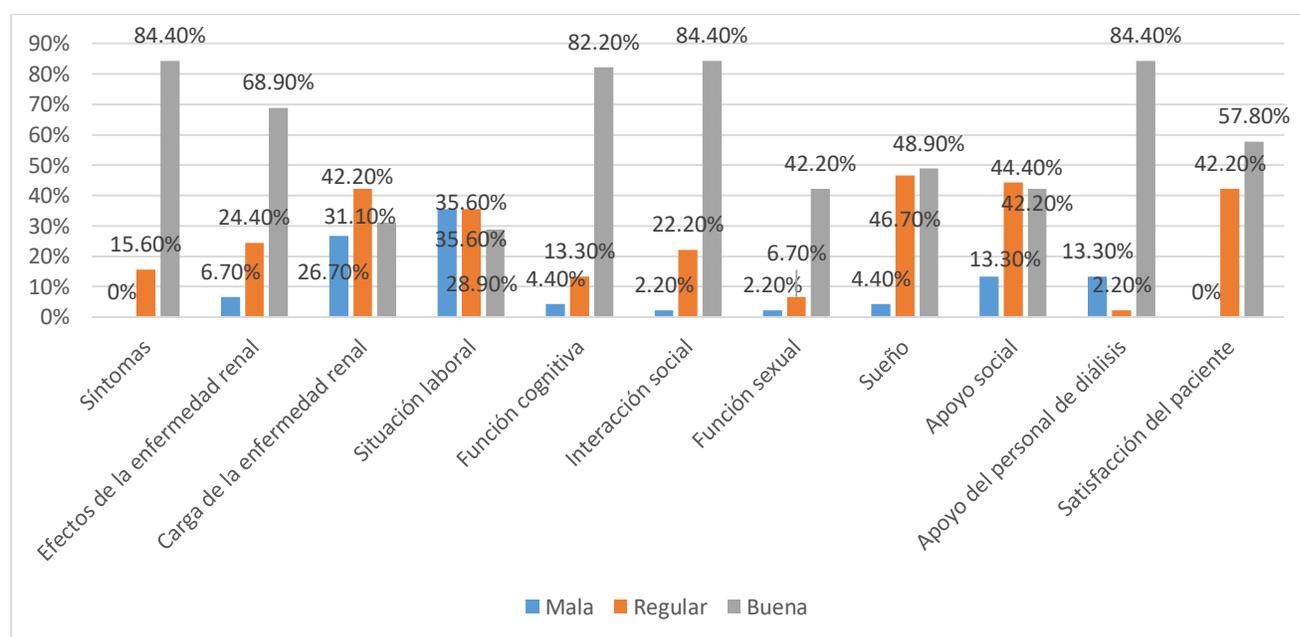
**Gráfico N°6. Dimensiones genéricas de calidad de vida de pacientes con ERC en tratamiento con diálisis peritoneal. N=31**



Fuente: Encuesta.

A través del gráfico número 7 se evidencia que las dimensiones específicas con menores puntuaciones, en el caso de pacientes hemodializados fueron: Situación laboral y Carga de la enfermedad, al ser calificadas como mala por un 35.6% y 26.7% de los pacientes, respectivamente; Síntomas, Interacción social y Apoyo del personal de diálisis, fueron las dimensiones con mejores puntuaciones, siendo todas percibidas como buena por el 84.4% de los pacientes pertenecientes a este grupo. Lo que respecta a la Función sexual, un poco más de la mitad (51.1%) de este grupo de pacientes afirmó haber tenido algún tipo de relación durante el último mes y el 42.2% califica esta dimensión como buena.

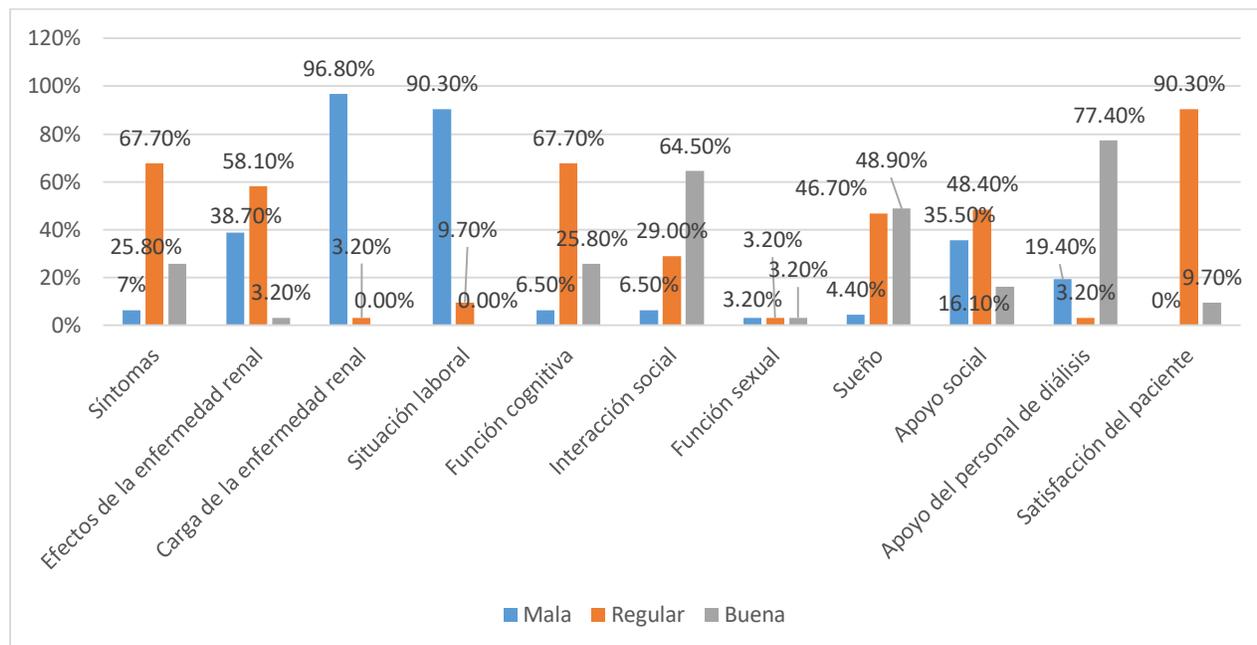
**Gráfico N° 7. Dimensiones específicas de calidad de vida de pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis. N=45.**



Fuente: Encuesta.

Como se observa en el gráfico número 8, de las dimensiones específicas de CV, los pacientes tratados con DP brindaron mayores puntuaciones a: Apoyo del personal de diálisis e Interacción social, ya que el 77.4% y 64.5% de los pacientes calificó como buena a ambas dimensiones, correspondientemente. Al igual que en el grupo anterior, las dimensiones peor conservadas fueron: Carga de la enfermedad, donde el 96.8% de los pacientes la calificó como mala; seguida de Situación laboral, la cual fue etiquetada con la misma categoría por el 90.3% de los participantes incluidos en este grupo. En cuanto a la Función sexual, apenas el 9.6% de los pacientes en DP refirió haber practicado algún tipo de actividad sexual en las últimas 4 semanas.

**Gráfico N° 8. Dimensiones específicas de calidad de vida de pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal. N=31.**

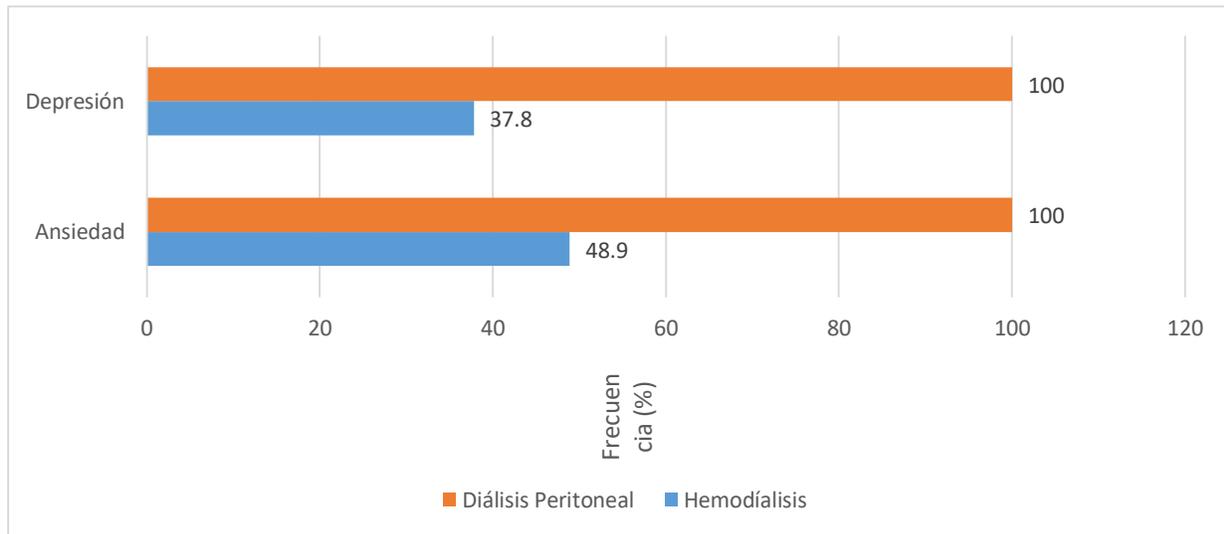


Fuente: Encuesta.

#### **IV. Presencia de sintomatología sugerente de ansiedad y depresión en pacientes renales crónicos.**

El gráfico número 9 demuestra que menos de la mitad de los pacientes sometidos a HD probablemente presenten ansiedad y depresión, por otro lado, el 100% de los pacientes tratados con DP tienen probabilidades de presentar ansiedad y depresión, ya que el total de éstos presentan signos y síntomas que corresponden a estos trastornos.

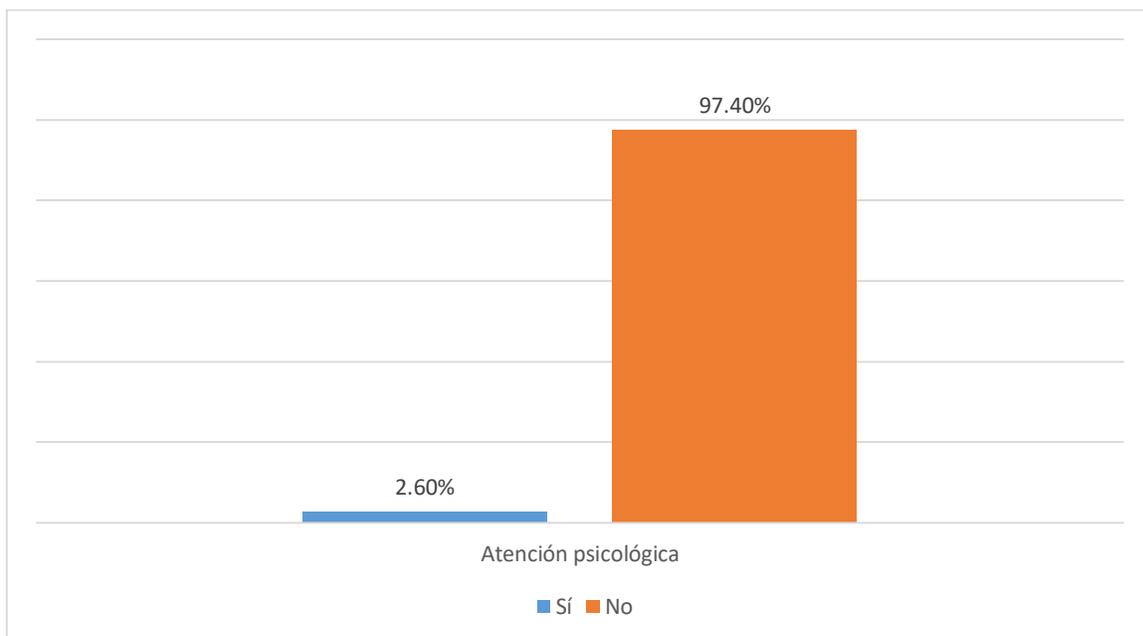
**Gráfico N° 9. Probable presencia de ansiedad y depresión en pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal. N=76**



Fuente: Encuesta.

El gráfico número 10 muestra que solo el 2.6% de los pacientes encuestados ha recibido atención psicológica profesional una vez iniciada la terapia dialítica.

**Gráfico N° 10. Atención psicológica recibida por pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal. N=76.**



Fuente: Encuesta.

## IX. Discusión.

En este estudio predominó el sexo masculino en ambos grupos, la mayor parte de los individuos estudiados fueron adultos mayores entre 41 y 60 años, lo que se asemeja a datos encontrados a través de otras investigaciones sobre el tema, incluyendo un estudio llevado a cabo por Martínez Regalado I. en México, en el que se encontró prevalencia del sexo masculino (67.2%) y 53 años como media de edad; una investigación realizada por Costa G. et al, aplicada a pacientes en DP reporta un 54% de la muestra representada por hombres y como promedio de edad 54 años. A su vez el estudio realizado por López L., et al., demostró también mayor número de hombres del total de pacientes incluidos, 65% para DP y 60% para HD (lo que podría explicarse por el tipo de actividad laboral extenuante a la que los hombres se someten en comparación con las mujeres); sin embargo, en este último predominó el grupo etario mayor de 60 años. También contrastan con los nuestros, los resultados de un estudio realizado por Muñoz et al., quienes encontraron un ligero predominio del sexo femenino (52%) en pacientes tratados con DPCA. <sup>(11, 12,14, 42)</sup>

Una importante proporción de este estudio (3/4 de la muestra final) es inactiva laboralmente, de igual manera estudios anteriores refieren porcentajes entre 50% y 65%, incluso hasta del 100% de pacientes desempleados, atribuyéndose en estos casos en primer lugar a la severidad de la enfermedad, las complicaciones que trae consigo y el grupo etario al que pertenecen; particularmente en nuestra muestra, la inactividad laboral también se asocia a factores socioculturales, (estigmas relacionados a impotencia e ineptitud), puestos en práctica tanto por el paciente, como por la sociedad general. Sin embargo, también se encontró diferencias significativas en cuanto a la situación laboral en estudios recientes realizados por Muñoz M. et al., y Saldaña Medina V, los que reportan predominios del 67% y 58.8% de sujetos activos, respectivamente. <sup>(14, 16.)</sup>

En este estudio las comorbilidades en los pacientes fueron expuestas en base al número, encontrándose que el 69.1% de los individuos estudiados presentan 1 comorbilidad; a diferencia de todos los estudios de referencia, los cuales expusieron cada patología

identificada y su frecuencia, demostrando que HTA y DM ocupan los primeros lugares. Lo que respecta al tiempo en tratamiento sustitutivo renal, también hay diferencias en cuanto a la forma de organización de la información, nuestro estudio revela que 1/3 de la muestra final tiene entre 1 y 3 años en el programa, dato que difiere con un estudio llevado a cabo por Martínez Regalado I., que demuestra que la mayoría de individuos (47.5%) tenía menos de 1 año, además de los resultados del estudio de Saldaña Medina V., quien encontró que poco más de la mitad de los pacientes llevaban entre 2 y 8 años; en cambio, Costa G. et al, en el 2016 reporta que el 58.9% de los pacientes llevaban menos de 4 años en tratamiento. El hecho de tener más de dos comorbilidades supone mayor desgaste de la calidad de vida del paciente en comparación a aquellos que tengan una sola, al igual que los años de tratamiento en aumento suponen o una adaptación al tratamiento o una afectación de la calidad de vida de éstos.<sup>(11, 16, 42)</sup>

La calidad de vida global de los individuos incluidos en este estudio fue evaluada de una manera completamente distinta a la de la mayoría de la bibliografía consultada. En la mayoría de estudios analizados, la calidad de vida fue evaluada utilizando el mismo instrumento, pero en otras versiones, calificándose en categorías diferentes; por otro lado, autores de investigaciones semejantes, decidieron utilizar únicamente la calificación cuantitativa de las dimensiones de manera individual. La forma de evaluación del estudio realizado por Martínez Regalado I., acerca de la calidad de vida global también fue calificada utilizando la escala tipo Likert tomando en cuenta las mismas categorías, donde se encontró que la calidad de vida en general es regular, coincidiendo con los resultados de este estudio. El estudio llevado a cabo por Saldaña Medina V., refiere que el 90% de los sujetos estudiados sometidos a HD perciben una calidad de vida buena (>50 puntos).<sup>(11, 16)</sup>

En la comparación de la percepción de calidad de vida de ambos grupos, los pacientes en diálisis peritoneal perciben peor la calidad de vida en comparación con pacientes hemodializados. Uno de los estudios que respaldan el nuestro es el realizado en 2017 por López L, que demostró que los pacientes en HD calificaron mejor todas las dimensiones evaluadas, en relación con los pacientes en DP, a excepción de carga de

la enfermedad. Por otro lado, en el estudio realizado por García H., Calvenese N., no se encontró diferencia significativa entre la percepción de ambos grupos (promedio de calidad de vida de 2.3 para HD y 2.2 para DPCA). Según Hernández J. et al., en los pacientes sometidos a DPCA se observan las medias más altas, indicando así mejor calidad de vida, en contraste con los pacientes de HD. (12, 43, 44)

De manera general, las dimensiones mayormente calificadas como buena en este estudio fueron bienestar emocional y función social. A su vez, las dimensiones calificadas como buena con mayor porcentaje fueron: función social, función física y dolor para DP; y bienestar emocional, rol emocional y función social para HD; resultados similares al estudio de Muñoz M., et al., y Costa G., et al., ambos incluyen entre los dominios mejor conservados el social (media de 76.8 y 72.87, respectivamente) pero no el emocional. En los estudios mencionados al inicio de este párrafo se encontró también que en ambos el dominio de calidad de vida más afectado fue el físico, encontrándose 52.03 y 59.4 como media en cada estudio; al igual que en el estudio comparativo realizado en México por Martínez Regalado I., donde las dimensiones con puntuaciones más bajas son encabezadas por rol físico ya que la mayoría de los encuestados lo calificó entre regular y malo, dato que concuerda con nuestros resultados. Otro estudio llevado a cabo por Hernández J. en 2014 reveló que la dimensión mejor conservada fue dolor corporal para ambos grupos, (83 como media en DP y 68 en HD) mientras el puntaje medio más bajo se presentó en vitalidad para DPCA (60.1) y salud general para HD (45,8). (11, 14, 42,44)

En la mayoría de estudios analizados, la calidad de vida fue evaluada utilizando el mismo instrumento, pero en otras versiones, calificándose en categorías diferentes; por otro lado, autores de investigaciones semejantes, decidieron utilizar únicamente la calificación cuantitativa de las dimensiones de manera individual. Este estudio también tomó en cuenta las dimensiones específicas de la CV, con el objetivo de demostrar claramente y de manera más puntual los aspectos más importantes de la CV y, que en los pacientes con ERC avanzada están afectados en diversos grados; sin embargo, no se encontraron estudios recientes relacionados al tema que incluyeran este punto, lo cual es considerado una importante limitante.

Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada además de ser objeto de estudio de calidad de vida, también fueron objeto del cuestionario sobre ansiedad y depresión. En este último cuestionario resultó que un 69.7% del total de los pacientes son positivos para ansiedad; y en el caso de depresión un 42.1%. Se encontraron estudios anteriores sobre calidad de vida en pacientes con ERC avanzada que trataban trastornos psicosociales, entre ellos ansiedad y depresión, sin embargo el instrumento utilizado no fue el mismo que se aplicó en esta ocasión; en 2016 un estudio sobre la relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática en CV en ERC, encontró prevalencias de 36.5% de ansiedad y 27% de depresión, así aunque se observa presencia de afectación por ansiedad y depresión en estos pacientes lo cual concuerda con los resultados actuales; es muy grande el riesgo de sesgos por la diferencia marcada de ambos instrumentos. <sup>(13)</sup>

Al estudiar la probable presencia de ansiedad y depresión en ambos grupos de la población: el grupo de hemodiálisis presentó 48.8% de los casos como positivos para ansiedad y 44.4% positivos para depresión. En relación con los pacientes en hemodiálisis, Moreno Núñez E. et. al., en la investigación donde valoraban prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en el 2004, encontraron porcentajes similares a los encontrados en esta ocasión con: 53.3% para depresión y 46.6% para ansiedad; también concuerda con éstos el estudio de Gómez, L., et. al. en el 2015, donde se encontraron prevalencias de 42.9% para depresión y 32.7% para ansiedad en pacientes hemodializados. <sup>(45, 46)</sup>

En el grupo de diálisis peritoneal el 100% de la población de estudio es positiva para ansiedad y depresión; a la búsqueda sobre estos factores en pacientes en DP no se encontró con estudios exclusivos para estos: Rubio R. et al en 2012 mostraron comparación entre la presencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis y DP: 28.4% presentando depresión y 37.9% ansiedad en el primer grupo. En el grupo de DP, 44.4% presentó depresión y 55.6% ansiedad, lo cual demuestra que pacientes en DP presentan porcentajes considerablemente más altos de ansiedad y depresión que en HD, sin embargo, no corresponde con el resultado de una afectación del total de los

pacientes en DP que fue encontrado actualmente. <sup>(15)</sup> Un dato importante encontrado en el estudio fue que solo la mínima parte de la población ha recibido atención psicológica desde el inicio de su tratamiento sustitutivo renal lo cual es preocupante sabiendo la importancia de ésta en el manejo; aunque no encontramos estudios que valoraran este dato.

## **X. Conclusiones.**

- ✓ La mayor parte de la población de estudio se encuentra en el rango de edad entre 41 y 50 años, predomina el sexo masculino, y en su mayoría son inactivos laboralmente. Un importante porcentaje de la población presenta 1 comorbilidad y lleva entre 1 y 3 años en tratamiento sustitutivo renal.
- ✓ La calidad de vida en general es percibida como regular. Las dimensiones más afectadas son rol físico y rol emocional; por otro lado, las mejores conservadas son función social y bienestar emocional.
- ✓ Los pacientes en HD perciben una mejor calidad de vida, respecto a los pacientes tratados con DP.
- ✓ Los pacientes en DP presentan sintomatología tanto de ansiedad como de depresión. Menos de la mitad de pacientes de hemodializados presentan sintomatología de ambos trastornos.

## **XI. Recomendaciones.**

### ➤ **Al MINSA:**

- Incluir a los programas de HD y DP la atención profesional en el área de psicología para así diagnosticar de forma correcta posibles trastornos psicológicos y actuar oportunamente sobre éstos.
  
  - Implementar talleres lúdicos de apoyo para los pacientes renales crónicos, donde se propongan estrategias de afrontamiento y a través de las cuales logren sobrellevar su enfermedad.
- 
- Realizar estudios comparativos de los grupos de DP y HD con número de muestras mayores, y que estos estudien la importancia de la atención psicológica relacionada a la calidad de vida de los pacientes.

### Referencias Bibliográficas.

1. Contreras F, Espinoza J, Esguerra G. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis. Revista de psicología y salud [Revista en línea] 2008 [Consultado 3 de abril de 2017]; 18: 165-179. Disponible en: [https://www.google.com.ni/?gws\\_rd=cr,ssl&ei=GnXMVaEdxrp59Y6suAs#q=Calidad+de+vida%2C+autoeficacia%2C+estrategias+de+afrontamiento+y+adhesi%C3%B3n+al+tratamiento+en+pacientes+con+insuficiencia+renal+cr%C3%B3nica+sometidos+a+di%C3%93](https://www.google.com.ni/?gws_rd=cr,ssl&ei=GnXMVaEdxrp59Y6suAs#q=Calidad+de+vida%2C+autoeficacia%2C+estrategias+de+afrontamiento+y+adhesi%C3%B3n+al+tratamiento+en+pacientes+con+insuficiencia+renal+cr%C3%B3nica+sometidos+a+di%C3%93)
2. Pelayo A, Cobo Sánchez J, Reyero López M, et al. Repercusión del acceso vascular sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica [Revista en línea] 2011 [Consultado 7 de junio de 2017]; 14 (4): 242/249. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752011000400006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000400006)
3. Morales Jaimes R, Salazar Martínez E, Flores Villegas F, Bochiccio Roccardelli T, López Caudana A. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: papel de la depresión. Gaceta Médica de México [Revista en línea] 2008 [Consultado 5 de junio de 2017]; Vol.144 (4):91-98. Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n2/12\\_vol\\_144\\_n2.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n2/12_vol_144_n2.pdf)
4. García Hecmy L, Calvanese N. Calidad de vida percibida y locus de control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal. Anales de la Universidad Metropolitana [Revista en línea] 2007 ISSN [Consultado 2 de julio de 2017]; Vol.7 (1): 205-222. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3665778>

5. Organización Panamericana de la salud/Organización mundial de la salud. Nicaragua, Insuficiencia Renal Crónica. 1996 al 2006. Situación de Salud Nacional 2006; 2006.
6. Padilla, G. (2005). Calidad de vida: Panorámica de investigaciones clínicas. Revista Colombiana de Psicología, 2005, No. 13, 80-88.
7. Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Perspectivas en Psicología. Vol. I / No. 2 / 2005 / pp. 125 – 137.
8. Páez A, Jofré M, Azapiroz C, De Bortoli M. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Universitas Psychologica [Revista en línea] 2009 [Consultado 15 de junio de 2017]; Vol.8(1):117-124. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712168010>
9. Contreras F, Espinoza J, Esguerra G., Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Universtias Psychologica [Revista en línea] 2006 [Consultado 5 de junio de 2017]; Vol. 5(3):487-499. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750305>
10. Treviño-Becerra A. Editorial Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. [Revista en línea]. Cir Ciruj 2004 [Consultado el 3 de junio de 2017]; 72(1): 3-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc2004/cc041a.pdf>
11. Martínez Regalado I. Calidad de vida de pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria. Minatitlán, Veracruz. 2012.

12. López L., Baca-Córdoba A., Guzmán-Ramírez P., et al. Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento. Med. Interna Méx. [Revista en línea] 2017 [Citado 2 Jul. 2017]; Vol. 33(2): 177-184. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n2/0186-4866-mim-33-02-00177.pdf>
13. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. Revista de Nefrología (Disponible en línea). (2015), [Consultado: 12 de Mayo de 2017]; 36(3): 275-282.
14. Muñoz M., Martínez S., Izasa D., Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Eje cafetero colombiano 2015. Revista de Enfermería Actual Costa Rica [Revista en línea] 2017 [Citado 12 Jul. 2017]; Volumen 1(32). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/312566711\\_Calidad\\_de\\_vida\\_relacionada\\_con\\_la\\_salud\\_en\\_pacientes\\_con\\_dialisis\\_peritoneal\\_continua\\_ambulatoria\\_Eje\\_cafetero\\_colombiano\\_2015](https://www.researchgate.net/publication/312566711_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_en_pacientes_con_dialisis_peritoneal_continua_ambulatoria_Eje_cafetero_colombiano_2015) ISSN: 1409-4568.
15. Rubio R, Sánchez N. Comparación de los niveles de depresión, ansiedad y estrés en pacientes nefrópatas sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis y su relación con el nivel socioeconómico. Ciudad hospitalaria Dr. Enrique tejera (chet) y unidades de diálisis extrahospitalarias. Valencia, estado Carabobo. Escuela de Medicina. Escuela Ciencias Biomédicas y Tecnológicas 2010-2011. Volumen 1 número 2 mayo 2012.
16. Saldaña V. Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de sustitución renal en hemodiálisis en el servicio de medicina interna/nefrología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. 2014.
17. Organización mundial de la salud/ Organización panamericana de la salud. Enfermedad Renal Cronica. 2006-2012.

18. Perales-Montilla C, García-León A, Reyes-del Paso G. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. (Spanish). Nefrología [serial on the Internet]. (2012, Oct), [cited May 23, 2017]; 32(5): 622-630. Available from: MedicLatina.
19. Pérez Acuña C, Riquelme Hernández G, Scharager Goldenberg J, Armijo Rodríguez I. Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. (Spanish). Enfermería Nefrológica [serial on the Internet]. (2015, Apr), [cited May 23, 2017]; 18(2): 89-96. Available from: MedicLatina.
20. Teruel-Briones J, Fernández-Lucas M, Rivera-Gorriñ M, Ruiz-Roso G, Díaz Domínguez M, Querada-Rodríguez-Navarro C, et al. Evolución de la función renal residual con una pauta incremental de diálisis: hemodiálisis frente a diálisis peritoneal. (Spanish). Nefrología [serial on the Internet]. (2013, Aug), [cited May 23, 2017]; 33(5): 640- 649. Available from: MedicLatina.
21. Asociación Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (Internet). 10 de marzo de 2015. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento [citado 16 de junio de 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542%3A201-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A201-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es)
22. Selláres V. Enfermedad Renal Crónica. [Internet] Sociedad Española de Nefrología. (2017)[citado 16 de junio, 2017]; Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-cronica-26>

23. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. January 2013. [citado 12 de junio 2017]; (3): 1-46. Disponible en:  
[http://www.kdigo.org/clinical\\_practice\\_guidelines/pdf/CKD/KDIGO\\_2012\\_CKD\\_GL.pdf](http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf)
24. Gamarra, G. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. [Revista en línea] 2013 [Consultado: 2 septiembre 2015]; 38 (3). Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163128381005> ISSN 0120-2448.
25. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández Fresnedo G, Galcerán J.M, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Revista Nefrología. [Revista en línea] 2014 [Consultado 15 marzo de 2017]; 34(3). [Pág. 302-314] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n3/especial2.pdf>
26. Martínez-Castelao A, Górriz J, Bover J, la Morena J, Cebollada J, Suárez C, et al. Consensus document for the detection and management of chronic kidney disease. Nefrologia [serial on the Internet]. (2014, Mar), [cited July 8, 2017]; 34(2): 243-262. Available from: MedicLatina.
27. Kasper H, Braunwald L, Fauci J. Harrison. Principios de medicina interna. 16va edición. Mc Graw Hill.
28. Urzúa A, Caqueo Urizar A. Calidad de vida: Una Revisión Teórica del Concepto. Terapia Psicológica [Internet]. 2012 [Consultado 9 de mayo de 2017]; 30 (1): [Pág. 61-71]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
29. Cardona Arias J.A, Higuera Gutiérrez L. F. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev. Cubana Salud Pública [Revista en línea]. 2014 [Consultado 2 mayo de 2017]; 40 (2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40\\_2\\_14/spu03214.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu03214.htm)

30. Fernández López J.A, Hernández Mejía R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. 2001 [Consultado 2 mayo 2017]; 28 (10). [Pág. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-perfilcalidadvidaenfermos-13023746>]
31. Esquivel Molina C.G, Prieto Fierro J.G, López Robledo J, Ortega Carrasco R., Martínez Mendoza J.A, Velasco Rodríguez V.M. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. Med Int Mex [Revista en línea]. 2009 [Consultado 2 mayo 2017]; 25(6); [Páginas 443-449].
32. Ardilla, Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología (revista en internet). 2003. [Consultado: 24 de mayo de 2017]. 35(2). [Páginas 161-164]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf> ISSN: 0120-0534.
33. Acosta Hernández P.A, Chaparro López L.C, Rey Anacona A.C. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Revista colombiana de psicología. 2008. (17). [Consultado: 15 de abril de 2017]. [Páginas 9-26]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803001> ISSN: 0121- 5469
34. Malheiro Olivera P, Arruda Soares D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. [Revista electrónica trimestral de enfermería] [serie en internet]. 2008. [Consultado: 19 mayo de 2017]; (28); [Páginas 257-275]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412012000400014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000400014) ISSN: 1695-6141.
35. Cabada-Ramos E, Cruz-García I, Quezada A. Calidad de vida, depresión y

ansiedad en pacientes dializados. [Revista española médica quirúrgica] [serie en internet]. 2016. [Consultado: 19 de junio de 2017]; 21(3); [Páginas: 93-99]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq2016/rmq163c.pdf30>

36. Soria V., et al. Psiconeuroinmunología de los trastornos mentales. Revista de Psiquiatría y salud mental [Revista en línea] 2018 [Citado 8 Jul 2018].; Vol. 11(2): 63-126. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-psiconeuroinmunologia-los-trastornos-mentales-S1888989117301003>.

37. Shirazian S., Grant C., Et. al. Depression in Chronic Kidney Disease and EndStage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology and Management. Kidney In Rep. [Serial on the internet]. (2017), [Cited May 23th, 2017]; 2:94-107.

38. Alarcón A. La depresión en el paciente renal. Revista Colombiana de Psiquiatría [Disponible en línea]. (Julio-Sept 2004), [Consultado: 2 de julio de 2017]; 33(3): 298-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v33n3/v33n3a05.pdf>

39. Orozco A., Castiblanco L., Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. Revista Colombiana de Psicología [Disponible en línea]. (2015), [Consultado: 28 de junio de 2017]; 24(1): 203-217. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a13.pdf> ISSN: 2344-8644.

40. Hays, Ron D. et al., Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: A manual for and scoring.

41. Martín Carbonell M. Pérez Díaz R. Riquelme Marín A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 15 No. 1 PP. 177-192 ene-mar 2016 ISSN 1657-9267. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n1/v15n1a14.pdf>

42. Costa G, Pinheiro M, de Medeiros S, de Oliveira Costa R, Cossi M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. (Spanish). Enfermería Global [serial on the Internet]. (2016, July), [cited May 23, 2017]; 15(43): 59-72. Available from: MedicLatina.
43. García H., Calvenese N. Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo renal. Psicología y Salud. [Revista en línea] 2008 [Citado 4 Mar 2017]; Vol. 8(1): 5-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118101.pdf>
44. Hernández J., Castañeda C., Burciaga C., et al. Calidad de vida en pacientes con tratamiento sustitutivo renal: diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis. Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería. [Revista en línea] 2014 [Citado 12 Feb 2018]; Vol. 1(4). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/108/calidad-de-vida-en-pacientes-con-tratamiento-sustitutivo-renal-dialisis-peritoneal-continua-ambulatoria-y-hemodialisis/>
45. Moreno Núñez, E. Arenas Jiménez M. et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Revista en línea] 2004 [Citado 30 Sept 2018] ; 7 (4): 225/233. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n4/art03.pdf>
46. Gómez Vilaseca, L. Pac Gracia N. et. al. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. Servicio de Nefrología, Hospital de Palamós. Gerona. España. Enfermería. 2015 [Consultado 30 Oct. 2017]; 18 (2): 112/117. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n2/original5.pdf>

# ANEXOS.

## ANEXO #1

### Datos Generales.

Nombre:  
Edad:  
Procedencia:  
Estado civil:  
Situación laboral:  
Escolaridad:  
Tiempo en tratamiento:  
Horas a la semana:  
Comorbilidades:

### KDQOL SF36. Versión 1.3

#### SU SALUD

1. En general, diría que su salud es:
  - a. Excelente
  - b. Muy buena
  - c. Buena
  - d. Pasable
  - e. Mala
  
2. **Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general con la de ahora?**
  - a. Mucho mejor ahora que hace un año
  - b. Algo mejor ahora que hace un año
  - c. Más o menos igual ahora que hace un año
  - d. Algo peor ahora que hace un año
  - e. Mucho peor ahora que hace un año
  
3. **Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? ¿Cuánto?**

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en lo absoluto
a. Actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos			
b. Actividades moderadas, como mover una mesa, barrer			
c. Levantar o cargar compras del mercado			
d. Subir varios pisos			
e. Subir un piso por la escalera			
f. Doblarse, arrodillarse o agacharse			
g. Caminar más de una milla			
h. Caminar varias cuadras			
i. Caminar una cuadra			
j. Bañarse o vestirse			

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

	Sí	No
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo		
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado		
c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades		
d. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades ( por ejemplo, más esfuerzo)		

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

	Sí	No
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades		
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado		
c. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual		

**6. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?**

- a. Nada en absoluto
- b. Ligeramente
- c. Medianamente
- d. Bastante
- e. Extremadamente

**7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?**

- a. Ningún dolor
- b. Muy poco
- c. Poco
- d. Moderado
- e. Severo
- f. Muy severo

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

- a. Nada en absoluto
- b. Un poco
- c. Medianamente
- d. Bastante
- e. Extremadamente

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

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Se ha sentido lleno de vida?						
b. Se ha sentido muy nervioso?						
c. Se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarlo?						
d. Se ha sentido tranquilo y sosegado?						
e. Ha tenido mucha energía?						
f. Se ha sentido desanimado y triste?						
g. Se ha sentido agotado?						
h. Se ha sentido feliz?						
i. Se ha sentido cansado?						

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca

**11. Por favor escoja la respuesta que mejor describa qué tan cierta o falsa es cada una de las siguientes frases para usted.**

	Claramente cierta	Mayormente cierta	No sé	Mayormente falsa	Claramente falsa
a. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente					
b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco					
c. Creo que mi salud va a empeorar					
d. Mi salud es excelente					

## SU ENFERMEDAD RENAL

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

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
a. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida					
b. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo					
c. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón					
d. Me siento una carga para mi familia					

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

	Nunca	Sólo algunas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
a. Se aisló o se apartó de la gente que le rodeaba?						
b. Reaccionó lentamente a las cosas que se decían o hacían?						
c. Estuvo irritable con las personas que le rodeaban?						
d. Tuvo dificultades para concentrarse o pensar?						
e. Se llevó bien con los demás?						
f. Se sintió desorientado?						

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

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
a. Dolores musculares					
b. Dolor en el pecho					
c. Calambres					
d. Picazón en la piel					
e. Sequedad de piel					
f. Falta de aire					
g. Desmayos o mareo					
h. Falta de apetito					
i. Agotado, sin fuerzas					
j. Entumecimiento (hormigueo) de manos y pies					
k. Náuseas o molestias					



**18. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia...**

	Nunca	Sólo algunas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
a. Se despertó por la noche y le costó dormir?						
b. Durmió todo lo que necesitaba?						
c. Le costó mantenerse despierto durante el día?						

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

	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
a. El tiempo que tiene que estar con su familia y amigos				
b. El apoyo que le dan su familia y amigos				

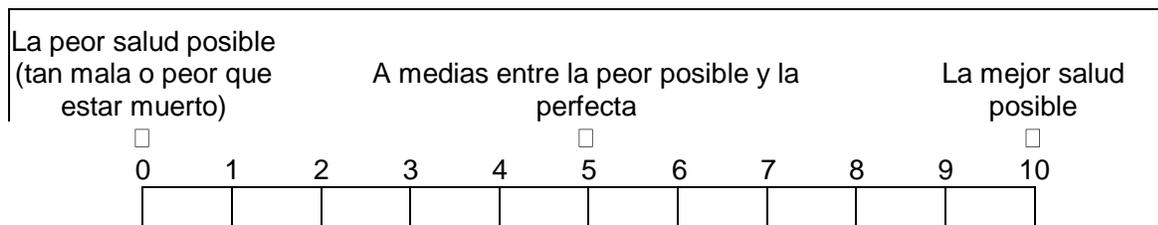
**20. Durante las cuatro últimas semanas, ¿realizó un trabajo remunerado?**

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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



## SATISFACCIÓN CON LOS UIDADOS RECIBIDOS

**23.** Piense en la atención que recibe en la diálisis. Valore, según su grado de satisfacción, la amabilidad y el interés que muestran hacia usted como persona.

- a. Muy malos
- b. Malos
- c. Regulares
- d. Buenos
- e. Muy buenos
- f. Los mejores

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

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
a. El personal de diálisis me anima a ser todo lo independiente posible					
b. El personal de diálisis me apoya para hacer frente a mi enfermedad renal					

**25.** ¿Actualmente toma medicación (4 días o más a la semana) prescrita por su doctor por una condición médica?

**26.** ¿Cuántos diferentes medicamentos actualmente toma? sin incluir aspirina o antiácidos.

**27.** ¿Cuántos días en los últimos 6 meses se quedó en algún hospital durante una noche o más?

**28.** ¿Cuántos días en los últimos 6 meses recibió atención en algún hospital y regresó a casa el mismo día?

**29.** ¿Cuál fué la causa de su enfermedad renal?

- a. No sé
- b. Hipertensión arterial.
- c. Diabetes Mellitus
- d. Enfermedad renal poliquística
- e. Pielonefritis crónica
- f. Otra

**30.** Ingresos aproximados mesualmente:

## ANEXO#2.

### Ansiedad y depresión

Marcar con una **x** la opción con la que más se identifique

#### SUBESCALA DE ANSIEDAD

Sí No

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?.....
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?.....
3. ¿Se ha sentido muy irritable?.....
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?.....

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

#### Subtotal

Sí No

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?.....
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?.....
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)  
.....
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?.....
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? .....

#### TOTAL ANSIEDAD

#### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

Sí No

1. ¿Se ha sentido con poca energía?.....
2. ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas?.....
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?.....
4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar).....

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?.....
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).....
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? .....
8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido? .....
9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?.....

#### TOTAL DEPRESIÓN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Subtotal</b>	

### ANEXO #3

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### HOSPITAL ESCUELA ORCAR DANILO ROSALES ARGÜELLO.

Por medio del presente acepto participar en el trabajo investigativo titulado:

“Calidad de vida de pacientes con ERC en hemodiálisis y diálisis peritoneal: probable presencia de Ansiedad y Depresión. Hospital HEODRA León. Julio – septiembre de 2018.”

El cual ha sido aceptado como trabajo de investigación por el departamento de salud pública de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN León. El objetivo de este estudio consiste: “Determinar la calidad de vida de los pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal; e identificar sintomatología de ansiedad y depresión en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, León, en el período comprendido entre julio-septiembre de 2018.”

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder a un cuestionario en forma verbal, que se plasmará por escrito en un documento elaborado, con preguntas enfocadas a mis datos generales, higiene, alimentación, hábitos. Declaro que se me ha informado aptamente sobre mi participación en la investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que se me preste en esta unidad de salud.

Se me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Tutores:

Dr. Alberto Berríos Ballesteros.

Profesor titular, UNAN León.

Msc. Ever Miguel Téllez Castillo.

Profesor titular, UNAN León.

Grupo investigativo:

Br. Denia Liliam Mendoza Centeno.

Br. Génesis Elieth Mendoza Páiz.