

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina



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

**Calidad de vida de los pacientes del programa de Diálisis Peritoneal continua ambulatoria
del Hospital España, Chinandega, mayo – junio 2017**

Autores:

Br. Víctor Manuel Muñoz Delgado.

Br. Jusmer Kenyon Serrano Martínez.

Tutora:

Dra. María del Carmen Martínez
Especialista en Medicina Interna.

Luis Enrique Blanco Romero, MSc, PhD
Medicina Ocupacional
Profesor Titular

León, 09 Octubre del 2017

Dedicatoria

A DIOS TODOPODEROSO

Por darnos sabiduría y perseverancia para alcanzar esta meta, ya que sin su voluntad nunca hubiera sido posible.

A NUESTROS FAMILIARES

Por su sacrificio, su esfuerzo, apoyo incondicional y dedicación para que culmináramos con éxito nuestra carrera.

A NUESTROS ASESORES

Por su guía y arduo esmero en el proceso de investigación. Por su tiempo y dedicación Dra. María del Carmen Martínez y Dr. Luis Blanco.

Agradecimiento

Agradecemos A DIOS Y SU SANTISIMA MADRE

Por iluminarnos siempre para poder alcanzar este triunfo y por guiarnos en el camino del bien y darnos sabiduría a través de su SANTO ESPIRITU en todo momento de nuestra carrera.

A QUIENES ASESORARON NUESTRO TRABAJO

Por darnos la debida orientación para desarrollar esta investigación y alcanzar los objetivos propuestos por el equipo de investigación.

A LOS PACIENTES

Por su desinteresada colaboración para con nuestro estudio, por mostrarse amigables, sociales y con carisma en el momento de la entrevista, mil gracias.

INDICE

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	6
Planteamiento del Problema.....	7
Objetivos.....	8
Marco Teórico.....	9
Materiales y Métodos.....	17
Resultado	25
Discusión.....	31
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	37
Referencias.....	38
Anexos.....	42

Resumen

Muy pocos estudios han evaluado la calidad de vida en los pacientes con enfermedad crónica de tipo renal que están en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria, identificándose resultados muy divergentes.

Objetivo: Determinar la calidad de vida de los pacientes que se encuentran en el programa de Diálisis peritoneal continua ambulatoria del hospital España, Chinandega, durante Mayo a Junio del 2017.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte trasversal con 35 participantes diagnosticados con ERC tratados con Diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital España - Chinandega. Se aplicó un cuestionario Estandarizado que consta de dos componentes uno genérico valorando 8 dimensiones de la calidad de vida relaciona a la salud y un componente específico que valora efectos de la enfermedad en la vida diaria. El análisis de las variables se realizó mediante medidas de frecuencia en porcentaje expresadas en cuadro.

Resultados: la calidad de vida relacionada a salud es buena, donde la mayoría de los pacientes son hombres entre las edades de 31 a 60 años, sin ocupación, de escolaridad baja, con más de un año en tratamiento con diálisis y que conviven con sus familiares.

Palabras claves: Diálisis, calidad de vida relacionada a salud.

Introducción

En Nicaragua, la Enfermedad Renal Crónica (ERC), es un problema en aumento con características graves en la salud y calidad de vida de las persona; está comúnmente denominada Insuficiencia Renal Crónica (IRC).¹ El determinante fisiopatológico con características multifactoriales afectan de forma progresiva e irreversible la función renal para la expulsión de desechos metabólicos residuales, el agua la cual genera un trastorno funcional en todos los órganos y su evolución continua conlleva a insuficiencia renal crónica y da como resultado la manifestación de múltiples enfermedades que conlleva a la etapa terminal, es ahí donde el paciente requiere de terapias de sustitución renal para poder sobrevivir.⁷ El tratamiento de la Enfermedad Renal Terminal (ERT) corresponde a terapias de sustitución renal (diálisis, hemodiálisis o trasplante renal), modalidades que no están en la actualidad disponibles en muchos países.¹⁻³

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro paulatino, progresivo e irreversible durante un periodo de meses o años. Trae severas consecuencias para quien la padece, así como para su entorno familiar. Al no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que mejora la calidad de vida del paciente y de la familia, siendo esta última quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente.^{8,9} Sometiéndolo a múltiples limitaciones por lo que se ve a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, ansiedad, discriminación entre otras.⁹

La calidad de vida se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo).¹⁰

La calidad de vida relacionada a la salud es la evaluación que el individuo hace respecto a su salud y su nivel de funcionamiento en realización a las actividades cotidianas, lo cual incluye, entre otras, la función física, psicológica, social, la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional. La calidad de vida tiene que ser entendida como un conjunto armonioso de satisfacciones que el individuo alcanza en su día a día, tomando en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales.¹¹

En el año 2016 se realizó un estudio en el departamento de hemodiálisis del HEODRA en el cual se valoró calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes de dicho programa, por lo cual nosotros decidimos valorar calidad de vida en pacientes que están en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria en el programa del Hospital España en el departamento de Chinandega, para percibir el desempeño social, cognitivo, físico y emocional de ahí el interés de dicho estudio.

Antecedentes

A pesar que la ERC se conoce desde 1996 en Nicaragua, actualmente se dispone de una norma de manejo para esta enfermedad de alto costo, la cual constituye una herramienta fundamental para realizar prevención, captación temprana y manejo adecuado de los usuarios que padecen de insuficiencia renal crónica, según estadísticas en Nicaragua al año 2015 la prevalencia es de 13.2 a 19.1 por cada 100,000 habitantes, siendo la cuarta causa de muerte con relación hombre mujer 8:1. ¹²

Amador y cols. en el año 2010 realizaron un estudio descriptivo de corte transversal sobre calidad de vida en pacientes con ERC en diálisis, utilizando el instrumento SF-36 estandarizado, con una participación de 96 pacientes en Terragona, España, y los resultados fueron que edad media del estudio fue 62 años con un rango de 18-90 años, predominantes varones con un 53.1% el 66 % casados, el 60.4% y el 88.6% acompañados, teniendo una calidad vida relativamente buena asociada a su enfermedad. ¹³

Vasconcelos y cols. realizaron un estudio descriptivo analítico en Murcia en el año 2011, evaluando calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica, con el instrumento estandarizado SF-36, dando como resultado que el 98.4% se sentía estimulado por el personal de salud, el 94.1% tenía una buena función sexual, el 76% presentaba síntomas pocos frecuentes, el 23.4% tenía dificultad para realizar cualquier tipo de función física y el 30 % no tenía apoyo social, teniendo una buena calidad de vida asociada a su enfermedad. ¹⁴

En el Hospital Antonio Lenín Fonseca (2006-2007) la prevalencia de ERC en consulta externa y sala de nefrología fue de 70% y la insuficiencia renal crónica (IRC) representó el 13% de los egresos hospitalarios. El 72.3% procedía de la región del pacífico. ¹⁵

Según Zelaya et al (2006), los factores que más se relacionaron a la IRC fueron: ingesta de alcohol no embotellado (guaro lija), trabajar más de 8 horas diarias y exposición a plomo. Además, tienen antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus. ¹⁶

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de la ansiedad y la depresión en el enfermo renal, su efecto negativo en la calidad de vida relacionado con salud (CVRS) y su relevancia en la determinación de las tasas de morbimortalidad por diversas enfermedades, teniendo como resultado que el 76.7% de pacientes presentan limitación en funciones físicas, el 70% declara que el rol físico interfiere en su desempeño laboral, el 51.1% reconoce problemas emocionales en su entorno social o laboral y el 64.4% revelo que no tiene dificultad para realizar actividades laborales y cotidianas. Estos resultados muestran la necesidad de que el paciente renal sea evaluado e intervenido de forma preventiva ya desde la fase pre diálisis para dotarlo de recursos de afrontamiento para manejar el estrés y las necesidades de adaptación impuestas por su enfermedad. Esto puede redundar en una menor interferencia posterior de la enfermedad en la CVRS y fomentar una mejora en el curso y evolución de la enfermedad, al promover comportamientos adaptativos asociados con una mayor adherencia al tratamiento y una implicación más activa del paciente en el control de la enfermedad.

16-19

Rebollo-Rubio et al. revisaron 53 artículos publicados entre 1995 - 2014, para contrastar los instrumentos de evaluación de la CVRS más usados en la población española con ERC avanzada y analizar la calidad de vida percibida por esta población. La mayoría de los estudios encontrados son transversales y el Short Form-36 Health Survey es el instrumento más utilizado. La terapia sustitutiva renal es la variable con mayor frecuencia asociada al estudio de la CVRS, siendo la hemodiálisis la más estudiada. La mayoría de los estudios muestra cómo la CVRS se ve afectada de forma importante en pacientes que reciben terapia sustitutiva renal, semejante a Sandoval y Cols. Quienes en el año 2006 realizaron un estudio encontrando que los síntomas más frecuentes fueron: anorexia (31%), náuseas (37.7%), vómitos (29%), edema (37.5%), pérdida de peso (56.3), teniendo como promedio bajo el rol físico y el más alto la salud mental; a diferencia de Hinojosa y Cols. Quienes realizaron un estudio en Arequipa donde se valoró la función física relacionada con calidad en donde el 68.42% refirió que era buena y el 31.68 que era mala acompañado de reapariciones de dolor en donde el 68.4% menciono que casi nunca tenían episodios pudiendo coadyuvar la enfermedad con funciones físicas que no afectaran su estilo de vida. ¹⁹⁻²⁰⁻²²

Morales – Pastora y cols. realizaron un estudio en el HEODRA en el año 2016, estudiando calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en el programa de hemodiálisis, con una muestra de 53 pacientes teniendo como resultado que las personas mayores de 50 años presentan una mala calidad de vida, con respecto al sexo el 74.5% de hombres tienen mejor calidad de vida que el sexo femenino en un 40%.²¹

Justificación

En Nicaragua en las últimas décadas se ha producido un aumento progresivo de pacientes con enfermedad renal crónica. Cada día se produce un incremento de la cantidad de pacientes que ingresan a las salas de diálisis, lo que junto con la enfermedad inciden de diversas maneras en la calidad de vida de estos pacientes.¹² Esta enfermedad conlleva a múltiples limitaciones dentro de ellas económicas y clínicas, nuestros pacientes merecen mejorar su calidad de vida una vez después de iniciada su terapia sustitutiva, precisamente porque hay dependencia de un centro de atención hospitalaria, de médicos, enfermeras especializadas, cambios higiénicos, alimenticios, sexuales, sociales y laborales. Impulsados por comprender la calidad de vida y tratar de mejorar su experiencia con dicha enfermedad a través de pequeños proyectos que impulsen mejoras de supervivencia de los pacientes que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal del Hospital “España”, en el municipio de Chinandega, de aquí parte el interés de realizar esta investigación.

Lo obtenido a través de los resultados puede dar pauta como referencia para investigaciones futuras, dado que en la actualidad no hay evidencia pública del tema en dicho hospital, la información obtenida ayudara a retroalimentar estudios similares para mejorar la calidad de vida y sobrevivencia de estos pacientes.

Planteamiento del problema

La calidad de vida vinculada a la salud abarca el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza en diversos dominios de su vida, considerando el impacto que esto tiene en su estado de salud, grado de autonomía y dependencia durante la realización de actividades cotidianas básicas. La ERC tiene un impacto negativo, aproximadamente el 10% de la población en el occidente se ven afectada, en su mayoría hombres entre las edades de 40 – 72 años, aproximadamente el 2.7% en el occidente del país necesita diálisis peritoneal como terapia sustitutiva , Chinandega se encuentra en uno de los más afectados, muchos de nuestros pacientes que forman parte de la terapia están limitados en su desarrollo físico y mental disminuyendo su sentido de bienestar y de funciones productivas de forma rutinaria.

En base a lo antes mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes que se encuentran en el programa diálisis peritoneal ambulatoria del Hospital España Chinandega en el periodo de mayo a junio del 2017?

Objetivos

Objetivo Generales:

Determinar la calidad de vida de los pacientes que se encuentran en el programa de Diálisis peritoneal continua ambulatoria del hospital España, Chinandega, durante Mayo a Junio del 2017.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de pacientes del programa de Diálisis Peritoneal continua ambulatoria.
2. Determinar el impacto en actividades cotidianas en los pacientes del programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria.
3. Identificar las principales limitaciones laborales en los pacientes del programa diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Marco Teórico

Concepto de calidad de vida

El término "calidad de vida" ha sufrido numerosas modificaciones en los últimos años y ha adquirido un protagonismo creciente en todos los ámbitos de la vida humana. Es un concepto dinámico y por ello, distintos términos se han utilizado para hacer referencia a una misma idea. Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época antigua, sin embargo, la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.²²

Recientemente se ha hecho muy frecuente el uso del término calidad de vida en muy variados contextos y su estudio constituye un enfoque multidisciplinario. El concepto calidad de vida adquiere importancia en la medicina moderna enfocándola hacia el bien del individuo sobre qué tipo de vida es posible proporcionar a la condición de la persona y si esta condición permitir tener una vida que merezca la pena vivirse. Schumacher & naughton (1996) determinó que la calidad de vida es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Márquez y Lozano (1998) la define como la capacidad funcional, que refleja la habilidad de los individuos para desarrollar actividades y papeles que son parte de la vida independiente y productiva. Cavedo y de la Plana (2003) refieren, que tener buena calidad de vida significa estar a gusto, sentirse bien, llevar una vida digna, y así mismo ser feliz. Es un concepto que abarca todos los sentidos de la vida tal como lo experimentan todas las personas, incluyendo aspectos como la salud física, el equilibrio psicológico, la autonomía mental y la responsabilidad social.²²

La OMS define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".

Calidad de vida relacionada con la salud

Recientemente el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, acumulando tanto aspectos objetivos como subjetivos. Aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), Herdman y Baró citan la definición propuesta por Shumaker y Naughton, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:²³

"La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional"²³

Dimensiones de la calidad de vida:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:¹⁰

- a) **Dimensión física:** es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- b) **Dimensión psicológica:** es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- c) **Dimensión social:** es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Medición de calidad de vida

La herramienta utilizada para medir la CVRS específico para enfermedades renales fue el KDQOL-SF, integrada por un módulo genérico que incluye el SF-36 en su totalidad, instrumento del estado de salud empleado en pacientes dializados y que proporciona información basada en la valoración clínica convencional, y por un módulo que considera aspectos específicos de la enfermedad (KDQOL).⁸ EL KDQOL-SF se ha usado y validado en grandes grupos de pacientes. De esta manera, la parte constituida por el SF-36 evalúa el estado físico y mental mediante las siguientes dimensiones: función física, limitación causada por problemas físicos, limitación causada por factores emocionales, funcionamiento social, bienestar emocional, dolor, energía/ fatiga, y percepción de la salud general.

Mientras que el módulo específico incluye preguntas dirigidas a la enfermedad renal (síntomas, efectos de la enfermedad renal en su vida diaria, peso de la enfermedad renal), función cognoscitiva, estado laboral, función sexual, calidad de la interacción social, y sueño; también incluye medidas multidisciplinarias de apoyo social, apoyo del equipo de diálisis y satisfacción del paciente, así como un rating único comprensivo de salud. Los pacientes califican su salud en una escala de 0 a 10, que va desde lo “peor posible” hasta “salud perfecta”; cada pregunta está pre codificada numéricamente y luego es transformada en una escala de 0 a 100. Los valores máximos reflejan una mejor calidad de vida. Este instrumento comparte con otros la característica de medir la calidad de vida en escalas o dimensiones. Su versión final provee buenos resultados psicométricos.²⁴

- El cuestionario kidney disease quality of life (KDQOL-SF) —que valora la CVRS—, específico para enfermedades renales, permitiendo identificar la percepción de los sujetos sobre su salud y su vida el cuestionario KDQOL-SF consta de dos componentes:⁸⁻¹⁰
- Componente genérico —SF-12—, que contiene 12 preguntas que valoran 8 dimensiones de la CVRS, el funcionamiento físico, el desempeño físico, el dolor físico, la salud general, el desempeño emocional, la función social, la vitalidad y la salud mental; asimismo, permite obtener 2 puntajes generales: el componente físico y el mental .

- Componente específico — KDQOL-36 — (ítems 13-36), contiene 24 preguntas que permite obtener los puntajes de las dimensiones específicas, síntomas problemas, carga y efectos de la enfermedad renal en la vida diaria.

Enfermedad renal crónica

Definición

La expresión enfermedad renal crónica (ERC) engloba una gran variedad de problemas que evolucionan con pérdida de la función renal y deterioro progresivo de la tasa de filtración glomerular se produce por numerosas enfermedades, unas sistémicas, que afectan al riñón, y otras intrínsecas al riñón. La ERC posee dos características:²⁷ La primera de ellas es su cronicidad, ya que la lesión renal en la ERC pocas veces se recupera y la pérdida de la función renal continúa, a diferencia de la evolución de un fallo renal agudo. En segundo lugar, la pérdida de la función renal genera incluso más lesión renal, así que la ERC empeora progresivamente incluso si la enfermedad que la causó se ha vuelto inactiva. La ERC es la expresión preferida, ya que se han usado otras como fallo o insuficiencia renal crónica, pero no son fácilmente identificables como una enfermedad que lesiona el riñón. Además, fallo renal crónico sugiere que los riñones han perdido totalmente su función, mientras que ERC abarca el espectro de problemas, que inician con las alteraciones detectables solo en las pruebas de laboratorio acaban en la uremia.

Cuando los riñones fracasan en la realización de sus funciones, el estado clínico se denomina insuficiencia renal en estado terminal (IRCT) y se necesitan diálisis o trasplante para mantener la vida.²⁷

Factores de riesgo

Es importante identificar los factores que agravan el riesgo de la enfermedad renal crónica, incluso en sujetos con filtración glomerular normal. Los factores de riesgo incluyen:²⁸

- Hipertensión Arterial.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedades auto inmunitarias.
- Ascendientes africanos.

- Antecedentes familiares de nefropatía.
- Un episodio previo de insuficiencia renal aguda.
- La presencia de proteinuria.
- Anomalías del sedimento urinario o anomalías estructurales de las vías urinarias.

Fisiopatología

Entre las funciones fisiológicas y metabólicas del riñón se incluyen la regulación de las concentraciones de iones en los líquidos intracelular y extracelular, la regulación de la presión arterial, la regulación de numerosas funciones endocrinas y la excreción de los productos de desecho. La fisiopatología de la ERC comprende dos conjuntos amplios de mecanismos lesivos: ²⁹

- Mecanismos desencadenantes que son específicos de la causa principal (como serían complejos inmunitarios y mediadores de inflamación en algunos tipos de glomerulonefritis o exposición a toxinas en algunas enfermedades túbulo intersticiales renales)
- Un grupo de mecanismos progresivos que incluyen hiperfiltración e hipertrofia de las nefronas viables restantes, que son consecuencia frecuente de la disminución permanente de la masa renal.

Independientemente de la causa fundamental las respuestas a la disminución del número de nefronas son mediadas por hormonas vaso activas, citosinas y factores de crecimiento. Al final la hipertrofia y la hiperfiltración, adaptaciones a corto plazo, terminan por ser mecanismos de "inadaptación" porque el incremento de la presión y del flujo predispone a la esclerosis y desaparición de las nefronas restantes. la mayor actividad intrarrenal del eje renina-angiotensina al parecer contribuye a la hiperfiltración inicial adaptativa y más adelante a la hipertrofia y a la esclerosis "inadaptativas" y estas últimas, en parte, provienen de la estimulación del factor transformador del crecimiento beta (TGF- β , transforming growth factor-beta). Este proceso explica el que la disminución de la masa renal por una lesión aislada pudiera culminar en un deterioro progresivo de la función renal, con el paso de muchos años. ²⁹

Manifestaciones clínicas

Puede descubrirse una ERC en pacientes que desarrollan alteraciones urinarias, como sangre en la orina, en ocasiones se detecta en la evaluación de una infección urinaria, y se encuentra que la vejiga urinaria y el uréter se encuentran obstruidos. Con mayor frecuencia, la ERC se descubre cuando el paciente es hipertenso o desarrolla edema, y se detecta que presenta albuminuria y concentraciones elevadas de creatinina o urea en suero. Estos hechos destacan la naturaleza inespecífica de los signos y de los síntomas de la enfermedad renal e incluso con una IRC avanzada. Los síntomas resultan inespecíficos. Algunos pacientes solo se quejan de intolerancia al ejercicio, de fatiga o de anorexia. Esto es así porque, desgraciadamente, entre los problemas causados por la IRC se incluye el desarrollo de enfermedad cardiovascular, incluso cuando ni el paciente ni el médico esperan esta enfermedad.²⁸

Las etapas 1 y 2 de la enfermedad renal crónica habitualmente no se acompañan de síntomas que surgen del deterioro de la filtración glomerular. Sin embargo, puede haber manifestaciones de la nefropatía primaria, por sí misma, como edema en sujetos con síndrome nefrótico o signos de hipertensión que son consecuencia de enfermedad del parénquima renal en individuos con nefropatía poliquística, algunas formas de glomerulonefritis y otras enfermedades del parénquima y vasos renales, incluso si se ha conservado satisfactoriamente la filtración. Si la disminución de la filtración evoluciona y llega a los estadios 3 y 4, son más notables las complicaciones de la enfermedad renal manifestadas clínicamente y por medio de laboratorio.

Prácticamente hay afección de todos los órganos y sistemas, pero las complicaciones más manifiestas incluyen anemia y fatiga fácil, anorexia con malnutrición progresiva; anomalías en el calcio, fósforo y hormonas que regulan minerales así como hormona paratiroidea y factor 23 de crecimiento de fibroblastos, así como anomalías en la homeostasis del sodio, potasio, agua y equilibrio ácido básico. Muchos pacientes, principalmente los ancianos, exhiben una cifra de filtrado glomerular compatible con enfermedad renal crónica en estadio 2 o 3. Sin embargo, la mayoría de estos pacientes no demuestra deterioro ulterior de la función renal. Se le aconseja al médico general que verifique de nuevo la función renal y, si permanece estable sin proteinuria, el paciente recibe tratamiento.

No obstante, cuando se documenta deterioro de la filtración glomerular e hipertensión descontrolada o proteinuria, el paciente se envía al nefrólogo. Si la enfermedad evoluciona hasta la etapa 5 de la enfermedad renal crónica, se acumulan las toxinas al grado en que la persona suele presentar perturbación extraordinaria de sus actividades de la vida diaria, bienestar, estado nutricional y homeostasia de agua y electrolitos, todo lo que al final causa el *síndrome urémico*. Como se ha expuesto en párrafos anteriores, esta situación culminará en la muerte si no se realiza tratamiento de reposición de la función renal (diálisis o trasplante).²⁸

Tratamiento sustitutivo renal

1. Diálisis en el tratamiento de la insuficiencia renal

En ocasiones se requiere de la diálisis para tratar las nefropatías agudas o crónicas. Los tratamientos de restitución renal continua y la diálisis lenta de poca eficiencia son específicas para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica. Las opciones terapéuticas incluyen hemodiálisis (en un centro idóneo o en el hogar); diálisis peritoneal en la forma de diálisis peritoneal ambulatoria continua o cíclica continua o el trasplante renal. A pesar de algunas variaciones geográficas, la hemodiálisis sigue siendo la modalidad terapéutica más frecuente en el tratamiento sustitutivo renal.³⁰

Algunos criterios aceptados para iniciar la diálisis de sostén son la presencia de síntomas urémicos, de hiperpotasemia que no mejora con medidas conservadoras, la persistencia de la expansión volumétrica extracelular a pesar del uso de diuréticos; la acidosis rebelde a las medidas médicas, la diátesis hemorrágica y una depuración de creatinina o filtración glomerular estimada menor de 10 ml/min por 1.73 m².²⁸

Diálisis peritoneal

Es un procedimiento invasivo, mediante el cual se extraen los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre usando el peritoneo del paciente como membrana de intercambio.²⁸⁻³²

Tipos de diálisis peritoneal

La diálisis peritoneal se puede realizar por la variante ambulatoria continua (CAPD), la cíclica continua (CCPD) o por una combinación de ambas.³³

Trasplante renal

Intervención quirúrgica que consiste en la colocación de un riñón, procedente de un donante vivo o de un cadáver, en una persona que padece una insuficiencia renal crónica terminal. El trasplante de riñón humano es el tratamiento de elección en la insuficiencia renal crónica avanzada. Prácticamente todos los pacientes con nefropatía terminal (ESRD) que reciben un trasplante tienen una esperanza de vida más prolongada que aquéllos con riesgo equivalente que permanecen bajo diálisis.²⁹⁻³⁴

Con el advenimiento de esquema inmunodepresores más potente y mejor tolerados y el mejoramiento de la supervivencia de los injertos en corto plazo, el trasplante renal sigue siendo el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con nefropatía terminal. Los resultados son mejores con trasplante de donantes vivos, en parte debido a una mayor compatibilidad entre los tejidos y por el menor tiempo de espera; la ideal es que estos pacientes reciban el trasplante antes de empezar con uremia sintomática o con indicaciones para recibir diálisis.²⁹⁻³⁴

El peligro principal para el éxito a corto plazo de un trasplante renal es el rechazo inmunológico, por lo general el rechazo se identifica al observar una elevación de la creatinina sérica, pero también provoca hipertensión, fiebre, reducción del gasto urinario y en ocasiones dolor en la palpación del injerto.²⁹

Diseño Metodológico

Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal basado en una encuesta sobre calidad de vida de pacientes con ERC.

Área de estudio

El estudio se realizó en la sala de Diálisis peritoneal continua ambulatoria del Hospital España del municipio de Chinandega.

Población

La población objeto de estudio fue un total de pacientes (35) con diagnóstico de enfermedad renal crónica y con tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal continua ambulatoria, atendidos en hospital España durante mayo a junio del 2017 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Hombre o Mujer con edades entre 18 a 65 años de edad.
- Que tuvieran más de 3 meses de estar en el programa de Diálisis peritoneal continua ambulatoria del Hospital España.

Fuente de recolección de datos

Tipo de fuente (primaria)

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó permiso a la dirección del Hospital España para tener acceso a la realización del estudio a través de una encuesta dirigida a los pacientes (Fuente primaria), previo consentimiento informado de los pacientes.

Se realizó entrevista personal al paciente cuando acudió a su cita de control en el área de diálisis peritoneal del departamento de medicina interna en base al cuestionario SF-36.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección SF-36 estandarizado en base a calidad de vida relacionado a salud el cual consta de 36 preguntas cerradas, el cual está integrada en 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.³²

El cuestionario SF-36 consta de dos componentes:

- Componente genérico, que contiene 12 preguntas que valoran ocho dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, el funcionamiento físico, el desempeño físico, el dolor físico, la salud general, el desempeño emocional, la función social, la vitalidad y la salud mental. Asimismo, permite obtener 2 puntajes generales: el componente físico y el mental.
- Componente específico, contiene 24 preguntas que permite obtener los puntajes de las dimensiones específicas, síntomas problemas, carga y efectos de la enfermedad renal en la vida diaria.

Los pacientes califican su salud en una escala de 0 a 10, que va desde lo “peor posible” hasta “salud perfecta”; cada pregunta está pre codificada numéricamente y luego es transformada en una escala de 0 a 100. Los valores máximos reflejan una mejor calidad de vida. Este instrumento comparte con otros la característica de medir la calidad de vida en escalas o dimensiones.

Análisis de datos:

Los datos fueron procesados y analizados en el software IBM-SPSS® versión 22.0. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes, y para las variables numéricas se calcularon medidas de centro y dispersión. La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes fue evaluada a través del cuestionario SF-36. Para determinar la relación de las características sociodemográficas con la calidad de vida se usó pruebas no paramétricas como chi cuadrado o prueba exacta de Fischer usando como referencia de significancia $p < 0.05$.

Aspectos éticos:

Se le solicitó permiso al paciente, previa firma de consentimiento informado, para la realización de la entrevista y participación en el estudio.

Operacionalización de las Variables

Variables	Definición	Escalas
Edad (años)	Edad en años cumplidos reportado por el o la paciente al momento del estudio.	Mayores de 18 años
Sexo	Característica fenotípica del paciente.	Femenino Masculino
Procedencia	Lugar de residencia del paciente.	Urbano Rural
Escolaridad	Se consideró baja un nivel escolar de primaria o menos y alta un nivel secundaria o superior.	Baja Alta
Estado civil	Tipo de relación conyugal al momento del estudio.	Soltero Casado Acompañado Viudo
Ocupación	Actividad del paciente de forma remunerada.	Se especificará.
Comorbilidad	Antecedentes patológicos o características de pacientes asociadas a pacientes con ERC.	Hipertension arterial Diabetes mellitus Otra Ninguna
Tiempo en Diálisis peritoneal continua ambulatoria.	Tiempo transcurrido desde el inicio de la diálisis peritoneal continua ambulatoria hasta el momento de la entrevista.	Mayor de 3 meses en el programa
Área Estado Funcional	Resultado de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones: Función Física, Social, Limitaciones del Rol por Problemas Físicos y Emocionales.	Excelente 54-48 pts. Muy Buena 47-3ptos. Buena 40-34 pts. Regular 33-27 pts. Mala Mala 26-19 pts.
Función Física	Grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.	Excelente 30-27 pts Nunca la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. Muy Buena 26-23 pts. Casi Nunca la salud

		<p>limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.</p> <p>Buena 22-19 pts.</p> <p>Solo alguna vez la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.</p> <p>Regular 18-15pts.</p> <p>Algunas veces la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.</p> <p>Mala 14-10ptos.</p> <p>Siempre la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.</p>
<p>Rol Físico</p>	<p>Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.</p>	<p>Excelente 8 pts.</p> <p>Nunca la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.</p> <p>Muy Buena 7 pts.</p> <p>Casi Nunca la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.</p>

		<p>Buena 6 ptos. Solo alguna vez la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.</p> <p>Regular 5 ptos. Algunas veces la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.</p> <p>Mala 4 ptos. Siempre la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado</p>
--	--	--

Variables	Definición	Escala
Rol Emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.	<p>Excelente 6 ptos. Nunca los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p> <p>Muy Buena 5 ptos. Casi nunca los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas,</p>

		<p>rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p> <p>Buena 4 ptos. Solo alguna vez los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p> <p>Regular 3 ptos. Algunas veces los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p> <p>Mala 2 ptos. Siempre los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p>
Función Social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social	<p>Muy Buena 10-9 ptos. Nunca los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.</p> <p>Buena 8-7 ptos. Casi nunca los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social</p> <p>Regular 6-5 ptos. Algunas veces los problemas de salud física o</p>

		emocional interfieren en la vida social Mala 4-2 ptos. Siempre los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social
Área Bienestar	Estado	Resultado de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones Vitalidad, Salud Mental y Dolor.
		Excelente 56-46 ptos. Muy Buena 45-35 ptos. Buena 34-24 ptos. Regular 23-13 ptos. Mala menor igual a 12 ptos.

Variables	Definición	Escalas
Dimensión Vitalidad	Se refiere a como se ha sentido el paciente con respecto a la energía que siente para realizar sus actividades	Excelente 20-18 ptos. = Siempre se ha sentido con energía para realizar sus actividades. Muy Buena 17-15 ptos. = Casi siempre se ha sentido con energía para realizar sus actividades. Buena 14-12 ptos. = Algunas veces se ha sentido con energía para realizar sus actividades Regular 11-8 ptos. = Solo alguna vez se ha sentido con energía para realizar sus actividades. - Mala 7- 4 ptos. = Nunca se ha sentido con energía para realizar sus actividades.
Dimensión Salud Mental	Estado en que la persona se encuentra en completo bienestar psicológico. Se refiere a como se ha sentido la persona con respecto a su estado de ánimo.	Excelente 25-22 ptos. = Siempre se ha sentido en completo bienestar psicológico Muy Buena 21-17 ptos. = Casi siempre se ha sentido en completo bienestar psicológico. Buena 16-12 ptos. = Algunas veces se ha sentido en completo bienestar psicológico. Regular 11-9 ptos. = Solo alguna vez se ha sentido en completo bienestar psicológico. Mala 8-5 ptos. = Nunca se ha sentido en completo bienestar psicológico.
Dimensión Dolor	Sensación molesta y aflictiva De una parte del cuerpo causada por ciertas lesiones o estados morbosos. Se refiere a la presencia de dolor en alguna parte del cuerpo y hasta qué punto este dolor ha dificultado su trabajo.	Excelente 11-10 ptos. = Nunca ha presentado dolor. Muy Buena 9-8 ptos. = Casi nunca ha presentado dolor. Buena 7-6 ptos. = Solo alguna vez ha presentado dolor. Regular 5-4 ptos. = Algunas veces ha presentado dolor. Mala 3-2 ptos. = Siempre ha presentado dolor.
Dimensión de la Percepción de	Sensación interior del paciente que resulta de una impresión	Excelente = 25-22 ptos. Muy Buena = 21-18 ptos.

La Salud General.	material hecha en sus sentidos acerca de la salud. Se refiere a como clasificaría el paciente su estado de salud.	Buena = 17-14 ptos. Regular = 13-10 ptos. Mala = 9-5 ptos.
Dimensión del Cambio de la Salud en el tiempo	Variar, alterar su salud en un Determinado período. Se refiere a como el paciente compararía su salud con la De hace 1 año atrás.	Excelente = 5 ptos. Muy Buena = 4 ptos. Buena = 3 ptos. Regular = 2 ptos. Mala = 1 pto.

Resultados

Tabla 1. Características Sociodemográficas

Características sociodemográficas	No.	% (n=35)
<u>Edad (años):</u>		
19-30	9	25
31-60	23	65
51-60	3	8.6
<u>Sexo:</u>		
Femenino	10	29
Masculino	25	71
<u>Procedencia:</u>		
Urbano	12	34
Rural	23	66
<u>Escolaridad:</u>		
Analfabeta	5	14
Primaria	25	72
Secundaria	5	14
<u>Ocupación:</u>		
Si	10	29
No	25	71
<u>Vive con familiares:</u>		
Si	33	94
No	2	6

Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de los 35 pacientes que acuden al programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua del hospital España, fueron las siguientes: La mayoría son del sexo masculino entre las edades de 31 a 50 años, de procedencia rural, con una escolaridad baja, que no laboran y que viven con sus familiares. (Ver Tabla 1)

Comorbilidad

Los pacientes tienen antecedentes de hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus.

Ver (Tabla 2).

Tabla 2. Comorbilidad

Características clínicas	No.	% (n=35)
Hipertensión arterial	15	43
Diabetes mellitus	5	14
Otra	0	0
Ninguna	15	43

Las escalas de salud medidas SF-36 de los pacientes incluidos en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria tuvieron una valoración de la función física y el rol físico de regular a buena; la función social y el rol emocional de bueno a excelente respectivamente. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Escalas de salud.

Variable	Valor				
	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Función física	2	4	15	10	4
Rol físico	3	6	12	10	5
Función social	0	8	20	5	2
Rol emocional	12	10	10	3	0

Las escalas de salud medidas SF-36 de los pacientes incluidos en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria tuvieron como resultado que el dolor y la vitalidad van de regular a bueno; la salud mental y la percepción de la salud general van de bueno a muy bueno respectivamente. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Área de bienestar.

Variable	Valor				
	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Dolor	0	5	15	10	5
Vitalidad	1	8	13	9	4
Salud Mental	8	17	9	1	0
Percepción de la salud general	2	10	14	7	2

Según las medidas de la escala SF-36, dio como resultado que el estado funcional y el estado de bienestar va de regular a muy bueno; la percepción de salud va de buena a muy buena.

(Ver Tabla 5).

Tabla 5. Medidas de resumen

Variable	Valor				
	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Estado funcional	2	9	10	9	5
Estado de bienestar	1	9	12	10	3
Percepción de salud	7	8	17	2	1

Según las medidas de la escala SF-36, respecto a los cambios de salud con el tiempo en los pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria dio como resultado que van de más o menos igual u algo mejor ahora que hace un año. (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Cambios de salud con el tiempo.

Cambios de Salud con el tiempo	
Mucho mejor ahora que hace un año	5
Algo mejor ahora que hace un año	10
Más o menos igual que hace un año	15
Algo peor ahora que hace un año	3
Mucho peor ahora que hace un año	2

Discusión

Las enfermedades crónicas han recibido mayor atención de los profesionales de salud por presentar índice de altas tasas de morbilidad.¹² La IRC es considerada una patología sin expectativa de cura, de evolución rápida y progresiva, desencadenando reacciones para los pacientes y comprometiendo la calidad de vida.^{12,19} Esta investigación tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, así como caracterizarlos, identificar los factores que afectan e influyen en la misma. La muestra estuvo conformada por 35 pacientes. La investigación incluyó a pacientes de ambos sexos: 71% hombres y 29% mujeres. En general dentro de las medidas de resumen 31 pacientes expresaron que su estado funcional y de bienestar va de regular a muy bueno, la percepción de salud es significativa 32 de los pacientes entrevistados refieren que va de buena a excelente; los cambios de salud con el tiempo representan el resultado de la terapia sustitutiva porque 25 de ellos aseguran que se siente más o menos igual o algo mejor que hace un año.

En Valdivia - Chile en el 2007 se realizó un estudio por Mera en pacientes con IRC terminal dializados en donde el 63.7% opinaron que su estado funcional va de regular a malo. A diferencia de nuestro estudio en donde aseguraron que sienten mejoría con su tratamiento lo cual puede deberse por la captación temprana y la oferta de la terapia sustitutiva.¹⁹

En el área de bienestar se miden tres dimensiones: respecto a la dimensión Salud Mental 34 pacientes la califican de Buena a excelente. Es contrario este resultado, si se relaciona con los antecedentes del estudio donde Morales en el 2016 destaca la condición psicológica de este tipo de pacientes con periodos frecuentes de depresión, agresividad y actitudes negativas en su grupo familiar o hacia el personal de salud,²¹ esto pueda deberse al grado cultural y conocimientos que tienen nuestros pacientes acerca de la enfermedad.

En la dimensión vitalidad y dolor 30 encuestados la califican de regular a muy buena, esto coincide con el estudio de Mera en donde se observó que el 59.1% y el 63.6% respectivamente alegan fuerzas y disminución del dolor después de cada sesión;¹⁹ nuestro estudio reporta mejoría y

disminución del dolor durante el proceso de diálisis la cual puede deberse a la regresión de los indicadores del sistema musculo esquelético y por ende disminución de la sensación de dolor.

En relación al área de percepción General de Salud, 31 pacientes la califican en el rango de buena a muy buena. Esto no concuerda con el estudio realizado por Mera, año 2007, debido a que la percepción de la salud de su población estudiada fue calificada de Buena a regular, debido a que el 59% presentaba otra patología asociada,¹⁹ caso totalmente contrario a lo que ocurre en este estudio, en donde nuestros pacientes también presentan comorbilidades sin embargo el apoyo familiar propicia un área de confort.

En relación al rol físico 25 pacientes expresan que va de regular a buena. En el estudio de Morales se detalló que el 59% de los pacientes no vuelven a sus empleos por falta de rendimiento y limitaciones.²¹ Al igual que nuestro estudio en donde los pacientes expresan que hay ciertas limitantes para poder cumplir con tareas cotidianas por el tiempo empleado en las sesiones de diálisis.

En este estudio se encontró que la función física va de regular a buena. Al igual que Zelaya en el 2007 en donde demuestra que el 70% de los pacientes tiene limitaciones para realizar sus funciones físicas, esto puede deberse no sólo a la insuficiencia renal, sino también a las complicaciones que conlleva esta patología.¹⁶ Por lo tanto, la actividad física que pueden realizar estos pacientes siempre debe ser aconsejada en forma individual, tomando en cuenta factores como su situación clínica, edad, tipo de tratamiento depurador y las preferencias.

En relación a la función social y el rol emocional, se pudo observar que la gran mayoría de los pacientes perciben estar de bien a muy bien. De acuerdo a lo conversado con ellos, se puede destacar una marcada diferencia entre los que viven en sectores rurales, quienes se sienten mucho más integrados a las actividades cotidianas, que los residentes en sectores urbanos, quienes perciben una cierta discriminación por parte de la comunidad. De igual forma en estudios anteriores se demuestra que los pacientes tienen un buen desempeño como el estudio de Morales en donde el 70% no tenía ninguna dificultad para desarrollarse en estos ámbitos.²¹ Como se ha observado en este estudio, la familia, considerada como red de apoyo social, constituye el pilar fundamental de

apoyo al paciente con enfermedad crónica, afirmación sostenida por el 100% de los pacientes que tenían cobertura familiar.

En las características demográficas de la población estudiada se observó un predominio del sexo masculino (con una razón de masculinidad de 5:2), procedencia rural, con escolaridad primaria, y con antecedentes de ocupación sin laborar, a pesar de que todos los pacientes tenían edad productiva. Esto último puede atribuirse al grado de discapacidad generado por la ERC de los pacientes, lo que no les permite desempeñar una actividad laboral. Un estudio realizado en España por Amador y Cols en el 2010 et al.¹³ estudiaron las características personales y calidad de vida de pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con Diálisis usando el instrumento SF-36 y encontraron que la edad media fue de 62 años con un rango de 18 a 90 años, similar a lo reportado en nuestro estudio, con una distribución del sexo igual con predominio de varones. En Chinandega nuestros pacientes proceden del área rural en donde el trabajo es informal y no hay cobertura de seguro previsional a diferencia de España en donde hay alta cobertura de seguro en el área urbana.

Por otro lado, se pudo observar que en su totalidad viven con sus familiares, lo que revela que tienen apoyo social y económico, hallazgo reportado por Amador al igual que nuestro estudio en donde el 94 % de nuestros pacientes están acompañados.

La hipertensión arterial fue la principal comorbilidad de los pacientes seguidos en menor porcentaje por la diabetes mellitus, las cuales son consideradas por la literatura como factores de riesgo y causa primaria relacionada a la enfermedad renal crónica. A pesar que en Nicaragua la diabetes mellitus es la principal causa de enfermedad renal crónica,³⁹ en este estudio solo un pequeño porcentaje de los pacientes estudiados figuró como factor de riesgo o causa primaria de ERC.

Esto puede deberse realmente a una mayor frecuencia de hipertensión en los pacientes estudiados, ya que el hospital bajo estudio es un hospital público que brinda atención gratuita, en el hospital Lenin Fonseca la prevalencia de los pacientes de nefrología es del 70 % y la ERC represento el 13 % de los egresos hospitalarios en donde el 72.3% procede de la zona del pacifico.

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y renal crónica, considerándose tanto causa como consecuencia de esta última y uno de los principales factores que contribuyen a su progresión. Esta comorbilidad ha sido reportada en estudios nacionales previamente, la importancia principal de la hipertensión arterial en diálisis radica en su negativa influencia sobre la morbimortalidad lo que se agrava más por su elevada frecuencia y difícil control, debido, al menos en parte, a la falta de guías claras para su tratamiento.⁴²

Sin embargo, este estudio no pretende establecer riesgo de diabetes e hipertensión como agravante de la ERC, aunque hay literatura abundante que respalda este hecho sino describir el estado general de los pacientes según todas sus comorbilidades.

En este estudio, según la SF-36, la mayoría de pacientes estaban satisfechos con la terapia recibida y consideraban que la terapia había tenido un impacto positivo en sus vidas. Estos hallazgos son similares a los reportados en otros estudios en donde se ha aplicado la SF-36.^{19 20 22}

Aunque el concepto de calidad de vida es muy dinámico, el concepto de “*calidad de vida relacionada con la salud*” se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional²²

Por lo tanto, en este estudio se usó la SF-36 ya que es una herramienta utilizada para medir la CVRS específico para enfermedades renales, la cual ha sido validada y respalda la validez de los hallazgos reportados en este estudio.⁸ El SF-36, a pesar de ser un cuestionario genérico, es el más usado a la hora de valorar la CVRS en pacientes con patología renal, tanto en nuestro país como a nivel internacional. No se encuentran hasta el momento en nuestro país estudios que usen su forma reducida (SF-12).

El número de pacientes incluidos en este estudio es bajo en muchas ocasiones, con las mermas que supone en capacidad de generalización y los problemas de potencia estadística, evidenciándose una clara necesidad de desarrollar nuevos trabajos que incluyan muestras más amplias y diversas, con estudios multicéntricos, que ayuden a evaluar mejor la validez externa de los resultados .

Los resultados de este estudio podrían ayudar al Ministerio de salud, organismos no gubernamentales y otros interesados en reducir la carga y el sufrimiento generado por la insuficiencia renal crónica, para incrementar los servicios de salud a estos pacientes, así como valorar la satisfacción de estos pacientes para mejorar la calidad de la atención de salud.

Conclusiones

Concluimos diciendo que la medida de la CVRS es buena y debe formar parte de la práctica habitual y sistemática de los profesionales dedicados a tratar enfermos renales. Esta medida nos puede proporcionar una información muy valiosa e importante, permitiéndonos actuar sobre las dimensiones más afectadas, consiguiendo así el mejor estado de bienestar posible de estos pacientes.

La mayoría de los pacientes eran hombres, de procedencia rural, con baja escolaridad, con antecedentes de ocupación, sin laborar actualmente, conviven con sus familiares, padecen de hipertensión arterial y algunos diabetes mellitus y tenían más de un año en el programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua.

La percepción de la calidad de vida de la mayoría de los pacientes según la SF-36 fue considerada satisfactoria por el apoyo familiar brindado como pilar fundamental para el desempeño de los pacientes en dicho programa.

Recomendaciones

Al Ministerio de Salud:

1. Debido a los resultados favorables en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica, el programa de Diálisis peritoneal ambulatoria del Hospital España de Chinandega aumente su cobertura buscando recursos para incrementar la oferta de este servicio a mayor número de pacientes para mejorar su calidad de vida.
2. Realizar campañas para el manejo y control adecuado de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes de este modo prevenir la enfermedad renal crónica y sus complicaciones.

A la UNAN-León:

1. Promover la realización de estudios similares en otros programas del Ministerio de Salud que brindan este servicio a los pacientes con enfermedad renal crónica con el fin de mejorar su calidad de vida.

Referencias

1. Moeller S, Gioberge S, Brown G. ESRD patients in 2001: global overview of patients, treatment modalities and development trends. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17(12):2071-2076.
2. Bello AK, Nwankwo E, El Nahas AM. Prevention of chronic kidney disease: a global challenge. *Kidney Int Suppl* 2005 ;(98):S11-S17.
3. Levey AS, Atkins R, Coresh J, et al. Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney Int.* 2007; 72(3):247-259.
4. Lea JP, Nicholas SB. Diabetes mellitus and hypertension: key risk factors for kidney disease. *J Natl Med Assoc* 2002; 94(8 Suppl):S7-S15.
5. Ejerblad E, Fored CM, Lindblad P, et al. Obesity and risk for chronic renal failure. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17(6):1695-1702.
6. Soderland P, Lovekar S, Weiner DE, et al. Chronic kidney disease associated with environmental toxins and exposures. *Adv Chronic Kidney Dis* 2010;17(3):254-264.
7. Canel O, Greco G, Weisman C, Procupet A, Kaufmann R, Jaime C, Hetal. Hacia un abordaje integral de la enfermedad renal crónica. *Archivos de Medicina Familiar y General.* 2013; 10 (1):51-5.
8. Barros-Higgins L, Herazo-Beltrán Y, Aroca-Martínez G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev. Fac. Med.* 2015; 63 (4):641-7. Spanish.
9. Morales-Jaimes R, Salazar-Martínez E, Flores-Villegas F, Bochicchio-Riccardelli T, López-Caudana AE. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gac. Méd. Méx.* 2008; 144 (2):91-8.
10. Badia, X. & Lizan, L. Estudios de calidad de vida. En A. Martin & J. Cano (Eds.), *Atención primaria: Conceptos, organizacion y practica clinica* (pp. 250-261). Madrid: Elsevier. 2003.

11. Seguí-Gomà A, Amador-Peris P, Ramos-Alcario AB. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.* 2010; 13 (3):155-60. <http://doi.org/d936jq>.
12. Ministerio de Salud. “Norma y protocolo para el abordaje de la enfermedad renal crónica”. Normativa 016.: Managua, Nicaragua: MINSa. 2009.
13. Amador Penis, Segui Goma Amna, Ramos Alcario Ana Belén. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Terragona. 2010.
14. Vasconcelos P, Álvarez Barbosa, M. Santana Dos Santos, J.R. De Olivera Rosa, LF. Evaluación de la calidad de vida de pacientes en diálisis renal, Murcia, Julio, 2011.
15. Álvarez Novoa Rodrigo José. Prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica en el Servicio de Nefrología y de Consulta Externa del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Martínez en el período del 01 de Junio del 2006 al 31 de Mayo del 2007. En línea. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/medicina_interna/Prevalencia%20de%20insuficiencia%20Renal%20Cronica%20Servicio%20de%20Nefrologia%20y%20consulta%20Externa%20de%20HEALFM.pdf.
16. Zelaya F, Jarquín-Iglesia M, Marín-Orozco Alejandro. Insuficiencia Renal Crónica en Nicaragua: Descripción de una epidemia silenciosa en Nicaragua. 1998-2006. En línea. Disponible en: www.cnpa.com.ni/apr1.pdf. Consultado: 08/09/2008.17
17. Rodríguez M, Castro M, Merino JM. Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *CIENCIA Y ENFERMERIA* 2005; (2): 47-57.
18. Contreras F, et al. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 2006; 5 (3): 487-499.
19. Mera ML. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006. Valdivia Chile: Universidad Austral de Chile. Tesis (Licenciatura en Enfermería), 2007.
20. Perales CM, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología* 2016; 36(3):275–282.
21. Morales Donaire Keydi, Pastora Colindres Amparo. Calidad de Vida y niveles de ansiedad y depresión de pacientes en hemodiálisis. Nicaragua, Hospital Escuela, León, 2016.

22. Pérez C, Dois A, Díaz L, Villavicencio P. Efectos de la hemodiálisis en la calidad de vida de los usuarios. *Horiz Enferm* 2009; 20 (1): 57-65.
23. Rebollo-Rubio A, et al. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología* 2015;35(1):92-109
24. Bobes García J, Bousoño García M, Iglesias García C, González García-Portilla MP. Calidad de vida: Concepto. En: Bobes García J, González G Portilla MP, Bousoño García, editores. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: Prous; 2005; p. 1-11.
25. Herdman M, Baró E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. En: Badía X, Podzamczar D. *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH*. 1ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2000. p. 19-33.
26. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB. *Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SFTM), Version 1.3: A Manual for use and scoring*. Santa Monica, Ca: RAND, 1997.
27. Díaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus JM. Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2000; 35: 293-300.
28. The RAND Corporation. (22 de 04 de 2016). The rand corporation. Obtenido de The rand corporation:http://www.rand.org/health/surveys_tools/kdqol.html#section-navigation.
29. Lee Goldman, Dennis Ausellio. Cecil Tratado de Medicina Interna. 23a Ed. Cap. 131. *Enfermedad renal cronica* pág: 921. Barcelona. EL SEVIER; 2009.
30. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo. *Harrison Principios de Medicina Interna*, 18a ed. Capítulo 280. *Nefropatía crónica* pág. 4925. México. McGraw-Hill; 2012
31. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo. *Harrison Principios de Medicina Interna*, 19a ed. Capítulo 335. *Nefropatía crónica*. México. McGraw-Hill; 2016.
32. National Kidney Foundation: *Kidney Disease Quality Initiative Clinical Practice Guidelines: Hemodialysis and peritoneal –dialysis adequacy*, 2001. Available online: <http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines.cfm>

33. Contreras F, Esguerra G, Espinoza J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psychol.* (Bogotá) 2006; 5 (3):487-99.
34. Vale L, Cody J, Wallace S, Daly C, Campbell M, Grant A, Khan I, Donaldson C, MacLeod A. Diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC) versus hemodiálisis de internación o domiciliaria para la insuficiencia renal terminal en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane plus*, número 2, 2007. Oxford.
35. Chandraker A et al: Transplantation immunobiology, in Brenner and Rector's *The Kidney*, 8th ed, B Brenner (ed). Philadelphia, Saunders, 2008, pp 2101–2126.
36. Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *N Engl J Med* 2001; 345: 479-486.11.
37. Morse SA, et al. Hypertension in chronic dialysis patients: pathophysiology, monitoring, and treatment. *Am J Med Sci.* 2003; 325:194-201.13.
38. Ulloa MM. Satisfacción percibida por los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Hemodiálisis Omar Isaac Mohamed, Chinandega, durante enero a febrero del 2011. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía).
39. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud Nicaragua, IRC Nicaragua 1996 al 2000. En línea. Disponible en:
http://www.ops.org.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=34&func=fileinfo&id=21.
Consultado: 08/09/2008
40. García-Cortés MJ, Ceballos M, en representación del Grupo de trabajo sobre Calidad de la Hemodiálisis en Andalucía. Hipertensión en los pacientes en hemodiálisis de la comunidad andaluza. *Nefrología* 2004; XXIV: 150-57.14
41. Vukusich A, et al. Epidemiología de la hipertensión en hemodiálisis crónica. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 610-615.15
42. Horl MP, Horl WH. Hemodialysis-associated hypertension: Pathophysiology and therapy. *Am J Kidney Dis* 2002; 39:227-244.

Anexos

Anexo n° 1: Consentimiento informado

Este estudio es importante para evaluar la calidad de vida que tienen los pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria que se tratan en el hospital España de Chinandega.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que no hay riesgo físico y psicológico para este estudio. Además, los datos van hacer manejados de manera confidencial, también se me da la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ellos se creen perjuicios para continuar mi cuidado y tratamiento.

Al firmar este documento otorgo mi consentimiento para participar en el estudio de investigación de calidad de vida para que me apliquen una encuesta y se utilicen mis resultados, se aprovechen de manera positiva se darán resultados generales y no se identificaran a los participantes del mismo.

Atentamente

Participante nombre y firma.

Anexo n° 2: Entrevista
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas



I. Datos de identificación y sociodemográficos:

1. No. Ficha: _____
 2. No. Expediente: _____
 3. Fecha ingreso al programa: ___/___/___
 4. Fecha de estudio: ___/___/___
 5. Edad: _____ (años)
 6. Sexo: a) Femenino b) Masculino
 7. Procedencia: a) Urbano b) Rural
 8. Escolaridad: a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Universitario
 9. Ocupación u oficio: _____
 10. En base a lo anterior lo desempeña actualmente: si o no. Si dijo no explique, por qué?
-
11. Vive con algún familiar:
 - a) Si (Diga con quién?)
 - b) No
 12. Antecedentes patológicos personales:
 - c) Hipertension arterial
 - d) Diabetes mellitus
 - e) Otra (Especifique cual)
 - f) Ninguno

II. Cuestionario sf-36

Marque una sola respuesta

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1. Excelente
- 2. Muy buena
- 3. Buena
- 4. Regular
- 5. Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1. Mucho mejor ahora que hace un año
- 2. Algo mejor ahora que hace un año
- 3. Más o menos igual que hace un año
- 4. Algo peor ahora que hace un año
- 5. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o Cosas que usted podría hacer en un día normal.

3. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

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

- 1. Sí
- 2. No

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

- 1. Sí
- 2. No

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

- 1. Sí
- 2. No

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

- 1. Sí

2. No

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

1. Sí

2. No

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

1. Sí

2. No

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

1. Sí

2. No

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

1. Nada

2. Un poco

3. Regular

4. Bastante

5. Mucho

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

1. No, ninguno

2. Sí, muy poco

3. Sí, un poco

4. Sí, moderado

5. Sí, mucho

6. Sí, muchísimo

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

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

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

28. durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

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

29. durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

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

30. durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

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

31. durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

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

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

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

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

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