

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**UNAN – LEÓN**



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

Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal en el servicio de nefrología del HEODRA en el periodo 2022-2023.

**Autoras:**

- Br. Francheska Jibanela Saborío Chévez.
- Br. María Julissa Salgado Aguirre.
- Br. Scarlet Junieth Salinas Mendoza.

**Tutor:**

- Dr. Guillermo Alejandro Solís Zepeda.

Especialista en Medicina Interna y Toxicología

Máster en salud pública

León, Nicaragua 2024.

**2024: 45/19: ¡La Patria, La Revolución!**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**UNAN – LEÓN**



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

Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal en el servicio de nefrología del HEODRA en el periodo 2022-2023.

**Autoras:**

- Br. Francheska Jibanela Saborío Chévez. \_\_\_\_\_
- Br. María Julissa Salgado Aguirre. \_\_\_\_\_
- Br. Scarlet Junieth Salinas Mendoza. \_\_\_\_\_

**Tutor:** Dr. Guillermo Alejandro Solís Zepeda. \_\_\_\_\_

Especialista en Medicina Interna y Toxicología

Máster en salud pública

León, Nicaragua 2024.

**2024: 45/19: ¡La Patria, La Revolución!**

## **AUTORIZACIÓN DE DEFENSA DE MONOGRAFÍA**

Estimadas autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas:

He tutorado durante 2022 y 2023, conforme los procedimientos establecidos en el REGLAMENTO DE FORMAS DE FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS los bachilleres: Francheska Jobanela Saborío Chévez, María Julissa Salgado Aguirre y Scarlet Junieth Salinas Mendoza quienes han realizado el trabajo titulado: “Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal en el servicio de nefrología del HEODRA en el periodo 2022-2023.”, para optar al título de “Doctor en Medicina y Cirugía”. Y considerando que:

1. El informe final ha sido culminado y los autores han tenido una participación responsable en todo el proceso de trabajo que hemos llevado a cabo.
2. Que el documento tiene la estructura y contenido establecidos en el artículo 41. Estructura del informe final correspondiente al capítulo VII DE LA ENTREGA Y EVALUACIÓN DE LOS TRABAJOS MONOGRÁFICOS.
3. Que dicho documento cumple con los criterios científicos metodológicos establecidos en el artículo 71. Los criterios a evaluar en la monografía, del Capítulo VIII. DE LA EVALUACIÓN DE LOS TRABAJOS MONOGRÁFICOS.
4. Doy fe que en el documento se respetan las normas de redacción y ortografía establecidas en el artículo 34, del capítulo VI. DE LAS TUTORÍAS DE TRABAJOS MONOGRÁFICOS.

Por tanto, doy por aprobado el presente informe final y autorizo a los autores a presentarlo y defenderlo en calidad de Monografía para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

Este trabajo corresponde a la Línea de Investigación: Cuidados paliativos

Atentamente:

Dr. Guillermo Alejandro Solís Zepeda.  
Especialista en Medicina Interna y Toxicología

---

Firma:

CC: Archivo

## **Dedicatoria**

- A Dios, por habernos brindado el conocimiento necesario para llegar a la recta final de nuestros años de estudio y lograr culminar una meta más en nuestras vidas.
- A nuestros padres, por su apoyo incondicional desde el inicio y quienes han sido nuestro motor, un faro de amor, paciencia y sacrificio al largo de los años. Gracias por inculcarnos valores y enseñanzas que nos han convertido en lo que hoy, hemos logrado ser.
- A nuestro tutor que, con paciencia a lo largo del proceso, nos compartieron sus experiencias y conocimientos, lo cual fue fundamental en la elaboración de este estudio, gracias por aconsejarnos y orientarnos a crecer profesionalmente.
- Al personal médico del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales que nos brindaron el apoyo y los medios necesarios para poder recolectar la información que se necesitaba en la aplicación de nuestro estudio. De igual manera, a los docentes de nuestra alma mater UNAN-León, que con su arduo trabajo nos brindaron las herramientas para fortalecer nuestros conocimientos y experiencias académicas.
- Por último, pero no menos importante, a los pacientes que pertenecen a los programas de diálisis y hemodiálisis del HEODRA, que, gracias a su colaboración, logramos llevar a cabo nuestro estudio.

## **Abreviaturas**

**ERC:** Enfermedad Renal Crónica.

**CV:** Calidad de Vida.

**CVRS:** Calidad de Vida Relacionada Con la Salud.

**KDQOL 36:** Kidney Disease Quality OF Life 36.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**DP:** Diálisis Peritoneal.

**HD:** Hemodiálisis.

## Glosario

**Enfermedad Renal Crónica:** Se define como el deterioro progresivo e irreversible de la función renal a lo largo de los años.

**Calidad de vida:** Percepción de una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

**Calidad de vida relacionada con la salud:** Se define como la medida en que el bienestar físico, emocional y social habitual o esperado se ve afectado por una afección médica o su tratamiento.

**KDQOL 36:** Es un cuestionario de calidad de vida para pacientes con enfermedad renal.

**Diálisis peritoneal:** Tratamiento médico que actúa como un filtro natural que extrae de la sangre los residuos y el agua sobrante cuando el riñón pierde la capacidad de realizarlo por sí solo.

**Hemodiálisis:** Es un tratamiento de sustitución de la función renal que consiste en filtrar los desechos, sales y líquidos de la sangre periódicamente.

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la diferencia en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a los programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal del servicio de medicina interna/nefrología del Hospital Oscar Danilo Rosales en el periodo 2022-2023. **Método:** Se aplicó un formulario prediseñado de KDQOL 36, tomándose la población total de 130 pacientes con enfermedad renal crónica de los cuales 60 eran de hemodiálisis y 70 de diálisis peritoneal. Se valoró la fiabilidad de este formulario mediante la aplicación de una prueba piloto a 20 pacientes que no formaban parte de la población de estudio, la cual dió un alfa de Cronbach  $>0.7$ . Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 20 de Windows para estudiar las estadísticas univariadas de frecuencia y porcentaje. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson para establecer diferencia significativa mediante los diferentes valores de proporción entre la calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento, tomando como parámetro significativo valor de  $P < 0.05$ . **Resultados:** Se incluyeron 122 pacientes, en los cuales predominaban los hombres en ambas terapias. El promedio de edad fue mayor de 40 años. Con relación al estado civil, la mayoría son casados en un 38.5%, con una escolaridad prevalente de educación primaria 38.5%, sin ninguna ocupación en su mayoría con un 72.1%. De manera comparativa, la calidad de vida buena es más frecuente en los pacientes que reciben diálisis peritoneal con un 56.3%, siendo la mala calidad de vida similar para ambos grupos, 23.4% para diálisis peritoneal y 24.1% para hemodiálisis. El componente más afectado para el grupo de diálisis fue efectos de la enfermedad renal 60.9% y salud mental 57.8% mientras que, para hemodiálisis fue salud física 62.1% y salud mental 50%. **Conclusión:** Se encontró que la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica bajo tratamiento de sustitución renal en el HEODRA suele ser buena para los pacientes de diálisis en comparación con los de hemodiálisis. Los componentes más afectados para ambos grupos son “salud mental y salud física”.

**Palabras claves:** Calidad de vida, ERC, hemodiálisis, diálisis.

# Índice

<b>I. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>II. Antecedentes.....</b>	<b>3</b>
<b>III. Planteamiento del Problema .....</b>	<b>4</b>
<b>IV. Justificación.....</b>	<b>5</b>
<b>V. Pregunta de investigación .....</b>	<b>6</b>
<b>VI. Objetivos.....</b>	<b>7</b>
<b>VII. Marco Teórico.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Calidad de vida .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Definición .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Dimensiones de la calidad de vida. (20) .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Factores que Influyen en la Calidad de Vida.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Dimensiones de la CVRS. (23).....</b>	<b>12</b>
<b>3. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Questionnaire.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 La Escala FUMAT. (26) .....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 La escala de calidad de vida de Sharlock y Keith. (27) .....</b>	<b>15</b>
<b>3.4 KDQOL 36. (28).....</b>	<b>16</b>
<b>3.5 SF-12. (28).....</b>	<b>16</b>
<b>3.6 SF-36. ....</b>	<b>17</b>
<b>VIII. Materiales y Métodos.....</b>	<b>20</b>
<b>IX. Resultados .....</b>	<b>27</b>
<b>X. Discusión.....</b>	<b>33</b>
<b>XI. Conclusión .....</b>	<b>37</b>
<b>XII. Recomendaciones.....</b>	<b>38</b>
<b>XIII. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>39</b>
<b>XIV. Anexos .....</b>	<b>42</b>

## I. Introducción

El concepto de calidad de vida ha sido muy amplio y ha ido evolucionando en el transcurso del tiempo, actualmente se dice que la calidad de vida implica la participación de las personas en la evaluación de lo que los suele afectar entorno a lo que los rodea, que por otro lado, esto contribuye a los estudios poder analizar y observar el bienestar de los individuos, desde una mirada del bienestar físico y psicológico, así como su relación con las necesidades materiales, socioafectivas, integradas en las mediciones psicológicas y sociales de la percepción y evaluación de los sujetos en su entorno. (1)

Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud define a la Calidad de Vida como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”. (2) Actualmente, la calidad de vida es considerada como un concepto multidimensional, dichas dimensiones, tienen una percepción diferente en cuanto a cada persona, en relación a la importancia que cada sujeto le otorga. (1)

Diversos estudios, han demostrado que existe una relación recíproca entre la calidad de vida y las enfermedades crónicas por desarrollar una inestabilidad permanente en la vida cotidiana de los individuos, además, que hay un mayor índice de altas tasas de morbimortalidad, convirtiéndose así en un problema para el campo de la salud pública. (3) Entre las varias enfermedades crónicas que afectan a la población, la enfermedad renal crónica es considerada una patología sin expectativa de cura, de evolución rápida y progresiva, desencadenando múltiples reacciones y cambios para los pacientes, además de comprometer rápidamente la calidad de vida con el avance de la enfermedad, desde los estadios iniciales hasta su fase terminal, los síntomas, las restricciones y su tratamiento se ven reflejados en la vida de estos pacientes. (4)

Existe un alarmante y progresivo aumento del número de pacientes con esta enfermedad, en Nicaragua afecta al 13% de mayores de 16 años. Es uno de los padecimientos más serios y que afecta a la mayoría de los nicaragüenses, siendo estos principalmente pobladores de los departamentos de Rivas, León y Chinandega. (5)

En la enfermedad renal crónica, el manejo se basa en modalidades de tratamiento sustitutivo los cuales son hemodiálisis y diálisis peritoneal, en el que el paciente se debe integrar. El ingreso a estos tratamientos desencadena una situación de crisis, en la que el individuo debe hacer un esfuerzo por adaptarse y rediseñar su vida en función de las limitaciones de su enfermedad. (2)

Con base en el tipo de tratamiento crónico (cuatro años o más), la calidad de vida varía según la funcionalidad de los pacientes, con aparentemente mayor repercusión en los pacientes de hemodiálisis que los de diálisis, aunque pocos estudios señalan esta diferencia. Por ende, la calidad de vida en estos pacientes es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona, la enfermedad y el tipo de tratamiento del que esta expenso. (6)

Por esto es que se describe la calidad de vida relacionada con la salud(CVRS), la cual se define como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de esta enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud influenciada por el estado de salud actual y de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. (7)

Por tanto, la CV es un factor de extrema importancia porque interfiere directamente en la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de salud. Incluso, con los avances tecnológicos y terapéuticos alcanzados hasta hoy con el objetivo de mejorar la condición clínica y aumentar la supervivencia del portador de ERC, su nivel de la calidad de vida continúa en declive. (3)

La evaluación de la calidad de vida se enfoca en poder identificar cuáles son las diferentes modificaciones en la vida cotidiana que tienen que sobrellevar estos pacientes, tanto los de hemodiálisis como diálisis peritoneal y así, valorar las necesidades individuales de la población e implementar estrategias para fortalecer la labor profesional y lograr restaurar el interés sobre temas prioritarios en el servicio médico.

## **II. Antecedentes**

La terapia de sustitución renal en paciente con enfermedad renal crónica es indispensable para su supervivencia, sin embargo, afecta la calidad de vida en todas sus dimensiones, dependiendo de la terapia a la que cada paciente esté sometido. La calidad de vida se ha estudiado durante muchos años, demostrando que existe una relación bidireccional entre la terapia de sustitución renal y la calidad de vida.

En el año 2018 en León, Nicaragua, el estudio realizado por Mendoza Centeno D., Mendoza Paiz, en pacientes con ERC tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal en el HEODRA, resultó ser que la calidad de vida de forma global, el 45% fue calificada como regular y el 22% como mala. Además, las dimensiones genéricas de la calidad de vida más afectadas fueron: rol físico, rol emocional y salud general. (8) En Veracruz, México se realizaron dos estudios, uno en el período 2020-2021, en el cual comparan la calidad de vida de pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal, encontrando que el 50% de la población estudiada tuvo mala calidad de vida, con predominio de la modalidad de hemodiálisis. (9) Y otro en el año 2021, en donde únicamente se incluyeron pacientes de hemodiálisis, concluyendo que el 60% mostró regular calidad de vida, mientras que el otro 40% fue alta. (10) En ese mismo período en Bangkok, Tailandia, respecto a la diálisis peritoneal, se mostró una CVRS buena en comparación a los pacientes con hemodiálisis, específicamente en el subdominio del funcionamiento físico, con influencia de problemas emocionales y la carga de la enfermedad. (11)

En un estudio transversal, realizado por Saulo B.V. Fabia M. Luana do A. Víctor do A, en el año 2020, en Recife, Brasil, se evaluó la depresión y la calidad de vida por medio del CASP-16. Mostró que la depresión estuvo presente en el 22,5% de la muestra; los pacientes en depresión presentaron puntuaciones de calidad de vida CASP-16 bajas. La depresión resultó ser un factor importante para el deterioro de la calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis. (12)

Solo se encontró un estudio que evaluara la calidad de vida de pacientes en terapia sustitutiva renal, sin embargo, este no evaluó la diferencia entre la calidad de vida de los pacientes bajo ambas terapias, sino que tuvo un enfoque únicamente psicológico.

### III. Planteamiento del Problema

La calidad de vida de los pacientes sometidos a terapia de sustitución renal disminuye considerablemente, aunque dicho tratamiento es indispensable para aumentar su esperanza de vida, al estar expuestos a un tratamiento tan complejo los hace más vulnerables a desarrollar cambios progresivos y a la vez irreversibles que repercuten en su estilo de vida, tomando en cuenta que estas modificaciones pueden variar dependiendo del tipo de terapia a la que los pacientes se someten. En la población nicaragüense, se observó la diferencia en la calidad de vida de los pacientes sometidos a estos tratamientos de sustitución renal, presentando una peor calidad de vida los pacientes sometidos a diálisis peritoneal. (8)

Este problema en Nicaragua afecta al 13% de pobladores mayores de 16 años, y es uno de los padecimientos que afecta a más de la mitad de los nicaragüenses generando mayores recursos para integrarlos a los programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal, donde los departamentos de Rivas, León y Chinandega son los que tienen mayor número de casos. (5)

En los centros de atención médica aumentan los ingresos en los programas de sustitución renal por lo cual, estos pacientes deberán estar sometidos a un tratamiento de por vida lo que los hace más propensos a generar modificaciones en su calidad de vida. En estudios anteriores avalan que la calidad de vida puede ser un factor decisivo en generar mayor deterioro. (13)

Como estudiantes de ciencias de la salud es muy importante tener conocimiento sobre la variación en la calidad de vida al que se exponen los pacientes sometidos a ambos tratamientos para poder determinar cuál es el más adecuado o que tenga menor grado de afectación.

Por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes con ERC sometidos a terapia de sustitución renal del servicio de Nefrología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período 2022-2023?

#### **IV. Justificación**

La calidad de vida de los pacientes con ERC se ve deteriorada, al ser ésta una enfermedad que a lo largo de los años ha aumentado su morbimortalidad y que al mismo tiempo aumenta la demanda de ingresos a los programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal se requiere valorar como incide sobre la vida de los pacientes.

Este estudio estará dirigido a la salud pública para fortalecer la investigación y restaurar el interés sobre temas prioritarios en el servicio médico que se ofrece en el Hospital Oscar Danilo Rosales de nuestro país, para obtener la difusión de nuevos conocimientos y exponerlos sobre la atención de salud que se está dando en el seguimiento de los pacientes que son parte de los programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal, de tal manera que se pueda fortalecer la labor profesional y ampliar estrategias que ayuden a mejorar la calidad de vida del paciente terminal bajo el lineamiento del plan nacional de lucha contra la pobreza y desarrollo humano.

## **V. Pregunta de investigación**

¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes sometidos a terapia de diálisis peritoneal a diferencia de los pacientes en hemodiálisis?

¿Cómo son las características sociodemográficas de la población a estudio?

¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes en terapia de diálisis peritoneal?

¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes en terapia de hemodiálisis?

¿Qué componente del cuestionario KDQOL 36 se ve más afectado en cada tratamiento sustitutivo renal?

## **VI. Objetivos**

### **Objetivo General**

- ❖ Determinar la diferencia en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a los programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal del servicio de medicina interna/nefrología del Hospital Oscar Danilo Rosales en el periodo 2022-2023.

### **Objetivo Específico**

- ❖ Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- ❖ Establecer la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento con hemodiálisis.
- ❖ Evaluar la calidad de vida de los pacientes sometidos a diálisis peritoneal.
- ❖ Valorar qué componente del cuestionario KDQOL 36 se ve más afectada en cada tratamiento.

## **VII. Marco Teórico**

La enfermedad renal crónica actualmente se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, ya que su prevalencia e incidencia se encuentran en constante ascenso, igualmente resulta costoso tanto por el número de casos como por la atención que se le debe de brindar a los pacientes. Más de 20 millones de estadounidenses, uno de cada nueve adultos padece de enfermedad renal crónica y la mayoría no lo sabe. En las últimas décadas se ha reportado una alta tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica que está afectando más a los departamentos de León y Chinandega y particularmente al municipio de Chichigalpa, con tasas 13 veces mayores que la tasa nacional. Datos reportados por el MINSA para el 2005 la tasa de mortalidad era de 12.9 por cada 10000 sin embargo, en un estudio se encontró que la tasa era de 60 por cada 10000. (14)

Hay mayor afectación en la zona urbana, afectando a un 52% de la población urbana y a un 43% del área rural con algún nivel de daño renal, con una razón hombre: mujer de hasta 5:1 con un daño renal irreversible lo cual ha venido generando un deterioro progresivo en la calidad de vida de estos pacientes debido a los tratamientos a los que deben de ingresar y a lo que se deben exponer al medio externo en su diario vivir. (14)

### **1. Calidad de vida**

#### **1.1 Definición**

El concepto de calidad de vida nació como una alternativa a la cuestionada sociedad de la opulencia y con el tiempo, derivó desde el significado de bienestar de las poblaciones basado en dimensiones materiales, hacia un constructo más complejo que incluiría también aspectos como la calidad del entorno, las relaciones sociales o la salud. Durante las décadas de los 70 y 80 la calidad de vida fue conceptualizada principalmente, como bienestar objetivo o social. (15)

A lo largo de los 90, en torno a la definición y evolución del concepto se tuvo un mayor carácter metodológico, superadas en el siglo XXI el cual se presentó como aquel en que el término calidad de vida no solo teñirá las intenciones y acciones del individuo que

gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad sino también de los servicios humanos en general. (16)

En la actualidad, se atribuye importancia al bienestar como la cualidad de obtener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles, y no sólo de su mera posesión. Por medio de diferentes investigaciones se identifica que hoy en día el concepto actúa como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los diferentes efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su entorno. (17)

En esta ocasión tomaremos como referencia el concepto de La Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual refiere que “Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno”. (7)

Puede afectar potencialmente la calidad de vida de una persona ya que incluye términos como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece la enfermedad crónica, en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades de cada individuo y afecta asimismo el autoconcepto y sentido de la vida. (7)

Por eso, la calidad de vida está influida en la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno, por lo que se deteriora rápidamente con el avance de la ERC y también tomando en cuenta el tipo de tratamiento ya sea con hemodiálisis o diálisis. (18)

El hecho que desde sus inicios haya estado vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, ha posibilitado que, a la fecha, aún muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta. (18)

Esta gran dispersión y diversidad de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto o bien a que este es un término multidisciplinario. El concepto de CV actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada la CV. (19)

### **1.2 Dimensiones de la calidad de vida. (20)**

Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

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

### **1.3 Factores que Influyen en la Calidad de Vida.**

Existen muchos factores que determinan de manera personal como es nuestra calidad de vida, algunos están directamente relacionados con la personalidad de cada individuo y otros sobre el entorno que nos rodea. (21)

En una investigación por Fernández-Ballesteros (1998) señala que la calidad de vida está determinada por factores como:

- Estado mental.
- Nivel de salud (tanto percibida como real, a través de la medicación que toman, dolores que padecen, etc.).

- Capacidades funcionales (evaluación de la independencia y de la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria).
- Nivel de actividad y de ocio (tipo de actividad que realizan a diario, la frecuencia y el grado de satisfacción con actividades de ocio).
- La integración social (tamaño de la red social y la satisfacción en las relaciones interpersonales)
- Satisfacción con la vida
- Servicios sociales y de salud (conocimiento de uso y satisfacción con los servicios).
- Enfermedades terminales y crónicas.
- Calidad del medio ambiente (referido al entorno-hogar donde vive la persona).
- Además, se debe añadir un estudio sociodemográfico que considere las condiciones económicas, culturales y educativas.

Las primeras aproximaciones se realizaron, según Palomino y López, por parte de la ONU que en los años cincuenta propuso nueve factores que determinarían el nivel de vida: salud, alimentación y nutrición, educación, vivienda, empleo y condiciones de trabajo, vestidos, recreo y esparcimiento, seguridad social y libertades humanas. Aunque estas variables sólo medían la dimensión material de la calidad de vida, así como la satisfacción de las necesidades humanas. (21)

## **2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).**

El concepto de CVRS surgió del concepto más amplio de calidad de vida general y, por definición, se centra más en los aspectos de la calidad de vida que están influenciados o pueden influir directamente en el estado de salud. Estos aspectos pueden incluir los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento, la satisfacción con el tratamiento, el funcionamiento y el bienestar físico, el funcionamiento social y la satisfacción con la vida, y la salud mental, incluido el bienestar emocional y el funcionamiento cognitivo. (22)

La CVRS se puede definir formalmente como "la medida en que el bienestar físico, emocional y social habitual o esperado se ve afectado por una afección médica o su

tratamiento". Esta definición incorpora los dos aspectos ampliamente aceptados de la calidad de vida: subjetividad y multidimensionalidad. La medida de la CVRS ayuda a determinar los efectos que produce la enfermedad en el paciente y la forma en la que afecta todos sus aspectos de su vida, determinados por el proceso salud-enfermedad incluyendo su terapéutica. (22)

La OMS define la salud como algo más que la liberación de la enfermedad, ampliando sus límites a la totalidad del bienestar físico, psicológico y social. Esta ampliación del concepto de salud la ha convertido en un objetivo social y ha conseguido que los gestores sanitarios y políticos, los pacientes y los usuarios exijan explicaciones más detalladas de cómo y cuánto el cuidado médico es capaz de prevenir y fomentar la salud de los individuos. La salud ha pasado a constituir uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta en la asignación de medios y recursos públicos. (23)

La calidad de vida relativa a la salud se centra en los aspectos de nuestra vida dominados o influenciados significativamente por la salud personal y en las actividades que realizamos para mantener o mejorar dicha salud. Existen otras definiciones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Bulpit la define como "el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar". (23)

## **2.1 Dimensiones de la CVRS. (23)**

Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente.

- a) Salud física:** Incluye aspectos relacionados con la salud, el bienestar físico y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad, con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.

- b) Estado emocional:** Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones y la metapreocupación.
- c) Bienestar psicológico:** Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión. También recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.
- d) Dolor:** Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana. Aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión “funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado.
- e) Funcionamiento social:** Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.
- f) Percepción general de la salud:** Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud.

### **Otras dimensiones**

Otras áreas particulares de la CVRS son: la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral y las actividades de la vida diaria. También se han utilizado frecuentemente como indicadores de CVRS el número de visitas al médico por enfermedad o problemas médicos y la necesidad de utilizar fármacos.

### 3. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud

#### 3.1 WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Questionnaire.

El WHOQOL es una evaluación de la calidad de vida desarrollada por el Grupo WHOQOL con quince centros de campo internacionales, simultáneamente, en un intento de desarrollar una evaluación de la calidad de vida que sea aplicable en diferentes culturas. La OMS con la ayuda de 15 centros colaboradores de todo el mundo desarrolló dos versiones de este (WHOQOL 100 y WHOQOL BREF), que permiten comparar los diferentes resultados de poblaciones y países. (24)

<b>EI WHOQOL-100: World Health Organization Quality-of-Life 100.</b>	<b>EI WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality-of-Life</b>
Compuesto por 100 preguntas que evalúan la calidad de vida general y salud global, contiene 6 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"><li>● Salud física</li><li>● Salud psicológica</li><li>● Niveles de independencia</li><li>● Relaciones sociales</li><li>● Ambiente.</li><li>● Espiritualidad/Religión/Creencias personales.</li></ul>	Contiene 26 preguntas, 2 de ellas, son globales acerca de la calidad de vida y la salud general y 24 de ellas generan un perfil de calidad de vida en 4 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"><li>● Salud física</li><li>● Salud psicológica</li><li>● Relaciones Sociales</li><li>● Ambiental</li></ul>

Fuente: elaboración propia, basada en; Badia, X., y Alonso, J. (2007) y Cardona, J. A., y Higuera, L. F. (2014). (24)

El WHOQOL-100 ha sido desarrollado en 15 centros de todo el mundo. Los aspectos importantes de la calidad de vida y las maneras de preguntar sobre la misma han sido diseñados con base en las opiniones de pacientes con una amplia gama de enfermedades, personas sanas y profesionales sanitarios de distintas culturas. Este instrumento ha sido utilizado en cada uno de los centros de validez y fiabilidad y actualmente se utiliza para evaluar su respuesta al cambio. El WHOQOL BREF, una

versión abreviada de los 26 ítems de WHOQOL-100, ha sido desarrollado utilizando datos de los trabajos de campo de WHOQOL-100. (25)

### **3.2 La Escala FUMAT. (26)**

La Escala FUMAT es aplicable a personas mayores (más de 50 años) y personas con discapacidad (con una edad mínima de 18 años), que sean usuarias de servicios sociales. Se trata de un cuestionario autoadministrado, en el que un informador responde a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 10 minutos, pero el tiempo se incrementa si sumamos el tiempo de lectura de este manual en que se facilita al profesional toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma. Cuando la tarea de complementar la escala exija más de 30 minutos.

En ella se tiene en cuenta las dimensiones relacionadas con la calidad de vida, bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derecho. Todos los ítems podían responderse con un formato de respuesta de frecuencia de cuatro opciones: 'nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente', 'siempre o casi siempre'. Teniendo como resultados de percentiles considerando que percentil 85- 90 es alto, 60-84 percentil medio y < 59 percentil bajo.

### **3.3 La escala de calidad de vida de Sharlock y Keith. (27)**

Está basada en un concepto de calidad de vida con aspectos objetivos y subjetivos. Ha sido diseñada para evaluar la calidad de vida percibida en personas con y sin discapacidad que desarrollan una actividad laboral. Se trata de una escala que se administra verbalmente, a través de una entrevista personal, en unos 20 o 30 minutos.

Las preguntas se agrupan en 4 dimensiones (10 por cada una):

- Satisfacción.
- Competencia-productividad.
- Autodeterminación-independencia.
- Pertenencia social-integración en la comunidad.

### **3.4 KDQOL 36. (28)**

El cuestionario debe ser auto administrado. La duración del cuestionario es variable y está por encima de los 10 minutos. Es una herramienta específica para población con enfermedad renal. Es una forma abreviada de la SF-12, de forma general no se evidencia una edad mínima para su aplicabilidad. Posee consistencia interna y fiabilidad determinada por Alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,87 por tanto es una herramienta válida y fiable para evaluar la calidad de vida en pacientes con ERC, en su componente de efectos de enfermedad renal con la correlación más fuerte en la subescala de síntomas / problemas.

Su utilidad es adecuada ya que es de fácil aplicación, poca complejidad y bajo costo.

Está compuesto por 5 componentes:

1. Ítems 1-12: SF-12 (el cual permite obtener 2 puntajes generales: componente físico PCS y componente de salud mental MCS).
2. Ítems 13-16: Carga de la enfermedad renal (k=4).
3. Ítems 17-28: Síntomas/problemas (k=12).
4. Ítems 29-36: Efectos de la enfermedad renal (k=8).

Por lo tanto, esta posee dimensiones específicas para evaluar al paciente con enfermedad renal, sus características psicométricas en cuanto a reproductibilidad, validez y sensibilidad son confiables, y su utilidad es adecuada ya que es de fácil aplicación, poca complejidad y bajo costo, esta escala se encuentra adaptada transculturalmente en varios países por lo cual se hace recomendable para evaluar la calidad de vida de una población con enfermedad renal.

Las respuestas de los componentes varían de 2 a 6 opciones dependiendo del ítem; cada pregunta del KDQOL-36 está codificada por números los cuales al final se interpretan bajo escala del 0 – 160, interpretándose el valor más alto como una mejor calidad de vida.

### **3.5 SF-12. (28)**

Cuestionario auto administrado, también se puede administrar por entrevistador de forma personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de cumplimentación es de

<2 minutos. Es un instrumento diseñado para población general sana, enferma y pacientes con una edad mínima de 14 años. Cuestionario obtenido a partir del SF-36 que consta de sólo 12 ítems y 8 dimensiones, de hecho, elimina algunos de los que plantean más problemas de contestación para nuestros pacientes.

Dimensiones.

- Función física
- Función social
- Rol físico
- Rol emocional
- Salud mental
- Vitalidad
- Dolor corporal
- Salud general

Hasta el momento no ha determinado su validez para la utilización en la práctica clínica, por lo tanto, se desconoce si es un buen instrumento para detectar cambios en la calidad de vida a través del tiempo.

### **3.6 SF-36.**

Es un cuestionario genérico, que incluye 36 ítems, agrupados en ocho dimensiones: función física (FF); rol físico (RF); dolor (D); salud general (SG); vitalidad (V); función social (FS); rol emocional (RE) y salud mental (SM). El principal inconveniente del SF-36 es su longitud y el hecho de que algunas de sus ítems resultan de difícil respuesta para personas del nivel cultural de nuestros pacientes. (28)

Al igual que en todo test estandarizado, la estandarización del contenido y la puntuación es lo que hace posible la interpretación de las escalas del SF-36. Los ítems y las escalas del SF-36 están puntuadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Por ejemplo, las escalas de función son puntuadas de forma que una puntuación alta indica una mejor función; y la escala Dolor es puntuada de forma que una puntuación alta

indica estar libre de dolor. Después de la introducción de los datos, los ítems y las escalas se puntúan en tres pasos. (29)

Dependiendo del objetivo: para el estudio de grupos de pacientes bastaría con el SF-12 pero si se pretende seguirlos de forma individualizada conviene usar el SF-36.

**Según los diferentes instrumentos que se pueden implementar para valorar la calidad de vida se pueden agrupar en dos grupos a nivel clínico.**

		<b>Características</b>	<b>Ejemplos</b>
<b>Aspecto Clínico</b>	Cuestionarios específicos	Aplicables a pacientes de patologías concretas o por grupo etario con diferentes alteraciones. Estas últimas son las características de las escalas KDQOL 36.	Cuestionario de Calidad de Vida para Trastornos Digestivos Funcionales.  Índice de calidad de vida de la apnea del sueño.  Enfermos renales.  Cuestionario de calidad de vida en pacientes con asma.
	Cuestionarios Genéricos	Aplicables a cualquier paciente o población general.  No basados en las preferencias sociales.  Sencillos y rápidos de implementar.	Cuestionario de Salud SF-36 y SF-12.  Perfil de Salud de Nottingham.  WHOQOL- BREF.

Fuente: la medición de la calidad de vida en atención primaria, año 2020. V 26. (30)

Aunque la principal ventaja de estos indicadores es su mayor sensibilidad a cambios en la CVRS, presentan el inconveniente de no permitir comparar el impacto de diferentes patologías. Otros, son indicadores genéricos, que permiten medir la calidad de vida de cualquier patología. (30)

Existen diferentes indicadores para medir la CVRS que reúnen estos requisitos y, por tanto, son susceptibles de ser utilizados, tanto en el ámbito clínico como en el económico. Sin embargo, la medida que está experimentando un mayor desarrollo, tanto teórico como empírico, es aquella recomendada en el análisis coste-utilidad (ACU). Dicha metodología mide las ganancias de salud en años de vida ajustados por calidad (AVAC). El AVAC combina en un simple índice las dos dimensiones más importantes de la salud, esto es, calidad y cantidad de vida. Así, los años de vida son ponderados en función de la calidad de vida que se experimenta, donde una ponderación de 1 equivale a buena salud y 0 a muerte. (30)

## **VIII. Materiales y Métodos**

### **Tipo de estudio.**

Descriptivo de corte transversal.

### **Área de estudio.**

Servicio de Medicina interna/Nefrología del Hospital Escuela Óscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, en sala de hemodiálisis en 1er piso que cuenta con 7 máquinas de hemodiálisis incluyendo una asignada a emergencias, en el área de Medicina interna ubicada en el 4to piso y en el área de consulta externa donde los pacientes acuden a sus citas. Se determinó esta área de estudio por su factibilidad y facilidad de aplicación del cuestionario, además el HEODRA es el único lugar del país donde se estudió la calidad de vida de este grupo poblacional, lo que nos resulta útil al momento de comparar los resultados; además de ser un lugar de gran afluencia de pacientes en diálisis que acuden a sus respectivas citas.

### **Población de Estudio.**

La población son 130 pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento sustitutivo renal, de los cuales son 60 pacientes en hemodiálisis y 70 pacientes en diálisis peritoneal en el servicio de medicina interna/nefrología del Hospital Escuela Óscar Danilo Rosales, de los cuales el total de entrevistados fue de 122 pacientes, siendo 58 pacientes de hemodiálisis y 64 de diálisis peritoneal, debido a los siguientes motivos:

1. Falta de colaboración voluntaria por parte del paciente.
2. Por discapacidad física, que impidió aplicar la encuesta.
3. Inasistencia a su cita médica, lo que impidió la comunicación con el paciente.

Debido a que se tomó al 100% de la población, no necesitó la realización de cálculo de muestra, por tal razón el muestreo utilizado fue por conveniencia.

### **Criterios de inclusión.**

El estudio se realizó en pacientes con ERC de cualquier sexo, mayores de 18 años, con más de 3 meses de haber iniciado la terapia sustitutiva renal (Hemodiálisis o diálisis

peritoneal) que voluntariamente acepten participar en el estudio y aquellos que cuenten con capacidad mental y física que les permita comunicarse y participar.

### **Criterios de exclusión:**

Este estudio excluyó a todo paciente menor de 18 años edad, aquellos que tengan menos de 3 meses de haber iniciado la terapia sustitutiva renal y los que por su condición clínica, deterioro cognitivo severo, neurológico y enfermedades degenerativas les impida completar el cuestionario, además, aquellos que no acepten o no deseen participar en el estudio.

### **Fuente de Información.**

Fuente primaria.

### **Instrumento de Recolección de Datos.**

El estudio se llevó a cabo por medio de una encuesta con un formulario prediseñado para recolectar las características sociodemográficas de los pacientes a estudio que consta de 12 preguntas (anexo). Posteriormente el cuestionario Kidney Disease Quality of life (Calidad de vida en el paciente con insuficiencia renal) compuesto por 36 preguntas por componente, uno general que consta de 12 preguntas y 3 componentes sobre enfermedad renal específicamente, donde el primero (4 ítems) evalúa la enfermedad renal como una carga, el segundo componente (12 ítems) indaga los síntomas y el tercero (8 ítems) evalúa los efectos de la enfermedad renal sobre la vida del paciente.

Las respuestas de los componentes varían de 2 a 6 opciones dependiendo del ítem; cada pregunta del KDQOL-36 está codificada por números los cuales al final se interpretan bajo escala del 0 – 160, interpretándose el valor más alto como una mejor calidad de vida, siendo buena >145, regular de 113-144 y mala 0-112.

Para valorar la fiabilidad del instrumento se realizó prueba piloto con 20 pacientes de la ciudad de León, que no formaban parte de la población a estudio, dando un alfa de cronbach > 0.7, siendo el instrumento apto para esta población.

## **Procedimiento de Recolección de Datos.**

Se solicitó permiso a la dirección del hospital HEODRA, acatando todos los permisos administrativos para aplicar el cuestionario en fecha determinada, en un período de 6 meses, para poder captar a los pacientes que acuden a sus terapias correspondientes. El día de la aplicación del cuestionario las investigadoras se presentaron a la sala de hemodiálisis en el 1er piso y al área de consulta externa de Medicina interna, donde se procedió a explicar los objetivos del estudio y las instrucciones sobre el llenado del formulario, aclarando cualquier duda de los participantes.

El cuestionario fue otorgado para que lo auto responda el paciente si su condición lo permitía, de no poder llenar él mismo el formulario por nivel académico o estado físico y si el participante lo permitía, la investigadora lo realiza de forma oral para poder llenarlo correctamente; a fin de obtener la información de interés necesaria para la elaboración de esta investigación contando con el consentimiento del paciente.

Se realizó una prueba piloto con el objetivo de además de ver la confiabilidad del instrumento, poder captar y eliminar los posibles sesgos, se pudo evidenciar que las preguntas eran muy extensas ocasionando que los pacientes no la pudieran comprender, además el tiempo de llenado se extendía y como consecuencia los pacientes no aceptaban participar en el estudio porque les ocupaba mucho tiempo, a lo que se procedió a cambiar la redacción, haciéndola más corta y precisa.

Otro problema que se evidenció fue la incomodidad de los paciente al momento de realizar las encuestas por la afluencia de personas, dando un sesgo de información, por lo que se procedió a entrevistar al paciente de diálisis en el momento de la consulta, donde sólo se encontraba el médico, la entrevistadora y el paciente, aquí el paciente pudo responder con más confianza, comodidad y sinceridad, por otro lado a los pacientes de hemodiálisis se procedió a entrevistarlos dentro de la sala de hemodiálisis mejorando la comodidad y privacidad del paciente, para que pudiese responder de manera adecuada, sincera y objetivamente la encuesta.

## **Análisis de datos.**

Los datos fueron procesados mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 20 de Windows, la información se analizó mediante estadísticas univariadas de frecuencia y porcentajes para valorar las características sociodemográficas de los pacientes, además se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, para establecer significancia estadística mediante diferencia de proporciones entre la calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis de los sometidos a diálisis peritoneal al ser ambas variables categóricas, tomando como parámetro significativo valor de  $P < 0.05$ .

Además se utilizó en Excel el programa de puntuación KDQOL 36 (v 2.0) de la División de investigación de Servicios de Salud y Medicina Interna de UCLA, 2001, para convertir los datos bajo escala de 0-100 y agruparlos para su posterior análisis en el programa IBM SPSS versión 20 de Windows.

## **Operacionalización de Variables.**

<b>Variable</b>	<b>Concepto operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Nombre	Denominación verbal que se le da a una persona, para distinguirla de otros.	Cédula de identidad.	
Sexo	Condición natural al nacimiento según sus órganos reproductores.	Cédula de identidad.	Hombre Mujer
Edad	Tiempo desde el momento del nacimiento hasta la fecha actual.	Cédula de identidad.	Años
Residencia	Lugar donde habite con período mayor de 3 meses.	Lo que el paciente refiera.	Urbano Rural

Estado civil	Situación personal y legal en base a las relaciones sentimentales y matrimonio.	Lo que el paciente refiera.	Soltero Casado viudo Divorciado Unión estable
Escolaridad	Nivel educativo con base en los estudios recibidos.	Lo que el paciente refiera.	Primaria Secundaria Educación superior Ninguna
Religión	Creencia y orientación espiritual y religiosa a la cual forma parte.	Lo que el paciente refiera.	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otra Ninguna
N° Hijos	Cantidad de hijos vivos.	Lo que el paciente refiera.	
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio remunerado.	Lo que el paciente refiera.	Estudiante Obrero Agricultor Ama de casa Profesional Otros Ninguno
Tipo de terapia	Tratamiento sustitutivo renal.	Expediente clínico.	Hemodiálisis Diálisis peritoneal

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Bienestar físico	Funcionamiento correcto de los órganos del cuerpo humano para dar una correcta respuesta a las necesidades básicas de nuestra actividad en la vida diaria.	Ítems 1, 2 ,3,4,5,6, 7	0-112: Mala 113- 144: Regular >145: Buena
Salud mental	Bienestar general en lo psicológico, emocional y social.	Ítems 8, 9, 10, 11, 12	0-112: Mala 113- 144: Regular >145: Buena
Carga de la enfermedad renal	Efectos emocionales, económicos y sociales sobre el paciente y su familia	Ítems 13, 14, 15, 16	0-112: Mala 113- 144: Regular >145: Buena
Síntomas/problemas	Conjunto de efectos negativos sobre la salud, a causa de la enfermedad o tratamiento de esta.	Ítems 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	0-112: Mala 113- 144: Regular >145: Buena
Efectos de la enfermedad renal.	Molestias, incapacidades o consecuencias que provoca la ERC.	Ítem 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36	0-112: Mala 113- 144: Regular >145: Buena
Calidad de vida	Percepción individual de la posición en la vida en el contexto de cultura, valores y su relación con las metas, expectativas e intereses.	KDQOL 36	0-112: Mala 113- 144: Regular >145: Buena

**Aspectos éticos.**

El nombre del paciente permanecerá en anonimato, sólo se identificó en el estudio por el número de ficha.

La información brindada se utilizó con fines educativos para la realización del estudio, manteniendo la confidencialidad.

La participación en el estudio fue libre y voluntariamente, por el paciente con capacidades y edad adecuada para participar o en su defecto por autorización del responsable o tutor del paciente.

Se hizo uso del consentimiento informado, por medio del cual el paciente accede y nos da autorización para realizarle dicho cuestionario.

## IX. Resultados

Los análisis de los resultados se realizaron según 122 pacientes participantes en el estudio, clasificándolos en dos grupo de análisis comparativos, pacientes en terapia de hemodiálisis (58) y diálisis (64), se determinó que el 100% de pacientes tienen más de 3 meses en terapias, en relación al sexo el que mayormente prevaleció fueron los hombres para terapia de hemodiálisis con 79.3% y diálisis 75%, presentando con mayor porcentaje los pacientes mayores de 40 años para hemodiálisis 69% y diálisis 70.3%, con procedencia en su mayoría de área urbano en pacientes con hemodiálisis 55.2% y diálisis 62.5% respectivamente. **Ver tabla 1**

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal en el servicio de nefrología del HEODRA. N=122**

Demografía	Tipo de terapia				Total		
	Hemodiálisis		Diálisis		N	%	
	N	%	N	%			
<b>Sexo</b>							
Mujer	12	20,7	16	25	28	23	
Hombre	46	79,3	48	75	94	77	
<b>Edad</b>							
20 a 30 años	7	12.1	4	6.3	11	9	
31 a 40 años	11	19	15	23.4	26	21.3	
Mayores de 40 años	40	69	45	70.3	85	69.7	
<b>Lugar donde vive</b>							
Urbano	32	55.2	40	62.5	72	59	
Rural	26	44.8	24	37.5	50	41	

Fuente: Encuesta

Con relación al estado civil, la mayoría de los pacientes son casados y solteros 39.7% para hemodiálisis y 37.5% casados para diálisis, prevaleciendo en ellos educación primaria 37.9% para hemodiálisis y 39.1% diálisis, en relación con la religión la mayoría de los pacientes son católico para hemodiálisis 46.6% y diálisis 56.3%. **Ver tabla 2**

**Tabla 2. Datos sociodemográficos de pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal en el servicio de nefrología del HEODRA. N=122**

Demografía	Tipo de terapia				Total	
	Hemodiálisis		Diálisis		N	%
	N	%	N	%		
<b>Estado civil</b>						
Casado	23	39.7	24	37.5	47	38.5
Soltero	23	39.7	18	28.1	41	33.6
Divorciado	1	1.7	6	9.4	7	5.7
Unión estable	10	17.2	13	20.3	23	18.9
Viudo	1	1.7	3	4.7	4	3.3
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	22	37.9	25	39.1	47	38.5
Secundaria	20	34.5	22	34.4	42	34.4
Educación superior	14	24.1	14	21.9	28	23
Ninguna	2	3.4	3	4.7	5	4.1
<b>Religión</b>						
Católico	24	46.6	36	56.3	63	51.6
Evangélico	22	37.9	23	35.9	45	36.9
Otra	9	15.5	5	7.8	14	11.5

Fuente: Encuesta

Respecto a si tiene hijos en su mayoría un 74.1% de pacientes que reciben hemodiálisis respondieron afirmativamente al igual el 79.7% de los que reciben diálisis como método de terapia, de ellos el 27.6% de pacientes con terapia de hemodiálisis tienen tres hijos y 32.8% de pacientes con diálisis tiene dos hijos, además para ambos grupos de pacientes que reciben terapias actualmente no están laborando el 69% para hemodiálisis y 75% diálisis. **Ver tabla 3**

**Tabla 3. Datos sociodemográficos de pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal en el servicio de nefrología del HEODRA. N=122**

Demografía	Tipo de terapia				Total	
	Hemodiálisis		Diálisis		N	%
	N	%	N	%		
<b>Tiene hijos</b>						
Si	43	74.1	51	79.7	94	77
No	15	25.9	13	20.3	28	23
<b>Cantidad de hijos</b>						
Uno	8	13.8	7	10.9	15	12.3
Dos	13	22.4	21	32.8	34	27.9
Tres	16	27.6	10	15.6	26	21.3
Más de 3	6	10.3	12	18.8	18	14.8
Ninguno	15	25.9	14	21.9	29	23.8
<b>En que trabaja</b>						
Obrero	1	1.7	-	-	1	0.8
Agricultor	1	1.7	2	3.1	3	2.5
Ama de casa	3	5.2	5	7.8	8	6.6
Profesional	6	10.3	6	9.4	12	9.8
Ninguno	40	69	48	75	88	72.1
Otro	7	12.1	3	4.7	10	8.2

Fuente: Encuesta

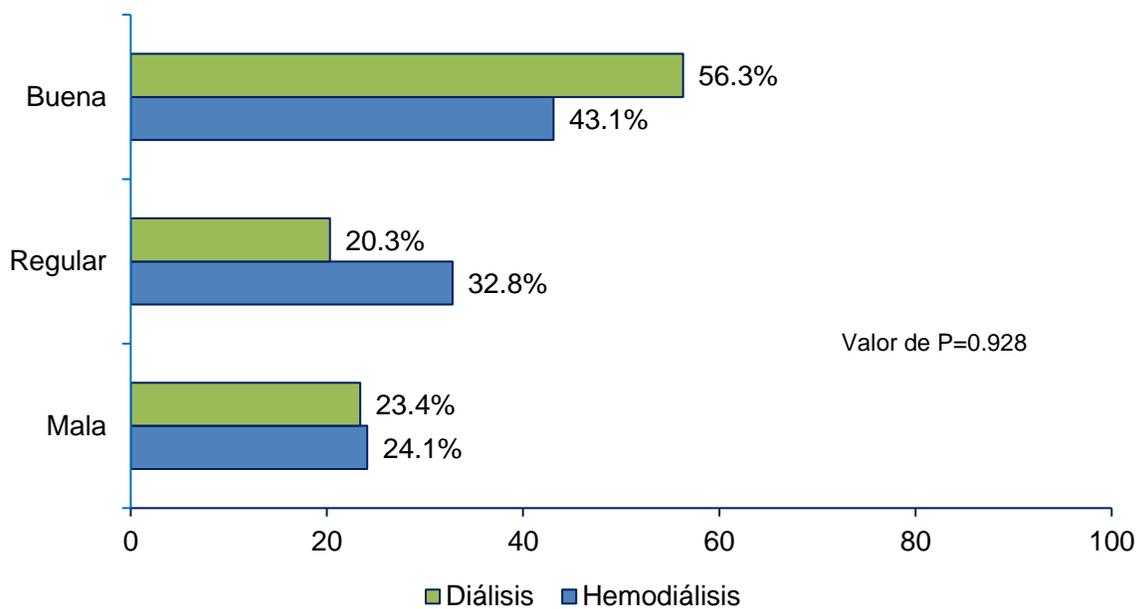
Al analizar la calidad de vida general de los pacientes que reciben ambas terapias de sustitución renal, el 50% de los pacientes en terapia de reemplazo tienen buena calidad de vida, sin embargo, el otro 50% se ve afectado con 23.8% mala y un 26.5% regular calidad de vida. **Ver gráfica 1**

**Gráfico 1. Calidad de vida general de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal en el servicio de nefrología del HEODRA. N=122**



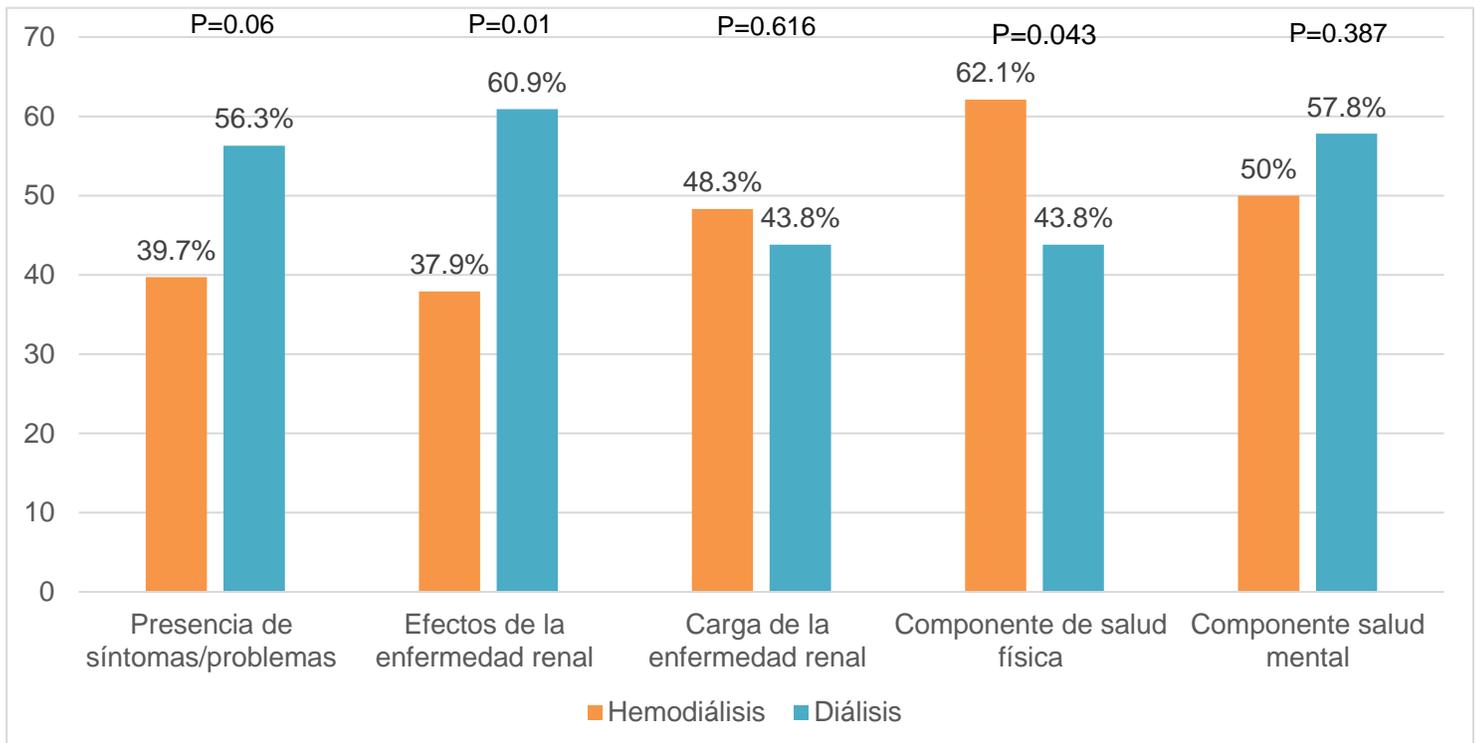
Al analizar por grupo de terapia la calidad de vida buena es más frecuente para el grupo de diálisis 56.3% a diferencia del 43.1% de los que reciben hemodiálisis, la calidad de vida mala es muy similar en ambos grupos 23.4% para pacientes que reciben diálisis y 24.1% para los pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Al analizar la diferencia significativa entre la calidad de vida de ambas terapias de sustitución renal, P resultó mayor de 0.05, estadísticamente no significativo. **Ver gráfica 2**

**Gráfico 2. Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal en el servicio de nefrología del HEODRA. N=122**



La gráfica 3 describe los componentes mediante el cual el cuestionario KDQOL 36 evalúa la calidad de vida de los pacientes en terapia de hemodiálisis y diálisis, para el grupo de pacientes en diálisis las dimensiones más afectadas fueron "efecto de la enfermedad renal" con 60.9% a diferencia de hemodiálisis con 37.9% y un valor de  $P=0.01$  estadísticamente significativo y "salud mental" 57.8%, para el grupo de pacientes en hemodiálisis las más afectada fueron "salud física" con 62.1% y "salud mental" 50%. Por otra parte, los pacientes que presentaron buena "salud física" y "carga de la enfermedad renal" fueron los de diálisis con 43.8%, a diferencia de los que reciben hemodiálisis, con valor de  $P=0.043$ , siendo estadísticamente significativo. Al analizar la salud mental los valores se invierten teniendo mejor salud mental los pacientes en terapia de hemodiálisis con 50% y los de diálisis con 57.8%, de igual manera la presencia de "síntomas y problemas" afecta más a los pacientes de diálisis con 56.3% en comparación con los de hemodiálisis 39.7%. **Ver grafica 3**

**Gráfico 3. Presencia de síntomas/problemas, efectos de la enfermedad renal, carga de la enfermedad renal, componente de salud física y mental en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal en el servicio de nefrología del HEODRA. N=122**



## X. Discusión

Al valorar la calidad de vida en los pacientes estos obtuvieron resultados diversos, a pesar de que la mitad percibieron una buena calidad de vida, existe aún un porcentaje importante con mala o regular calidad de vida. Esto resalta el impacto negativo de la ERC y las terapias de reemplazo renal en el bienestar y la salud percibida de los pacientes. Los resultados obtenidos concuerdan con estudios previos que señalan que los pacientes con ERC en terapias de sustitución renal presentan una disminución en su calidad de vida relacionada con la salud. (10,31,32)

Es importante destacar que la calidad de vida en la categoría buena es más frecuente en el grupo de diálisis con un 56,3%, lo que puede deberse a características particulares del tratamiento o de la muestra. Sin embargo, la calidad de vida mala es muy similar en ambos grupos 23,4% para diálisis y 24,1% para hemodiálisis, lo que indica que ambos tratamientos tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes.

Al contrastarlo con estudios que resaltan la diferencia entre pacientes en cada modalidad de tratamiento, el estudio en Bangkok mostró una mayor calidad de vida en los pacientes sometidos a diálisis peritoneal en contraposición a los pacientes que reciben hemodiálisis. En particular en el subdominio del funcionamiento físico. Hallazgos similares se encontraron en el presente estudio. (11)

Este estudio sugiere que, si bien tanto la terapia de hemodiálisis como la diálisis peritoneal pueden contribuir positivamente a la salud física, podrían tener efectos adversos en la salud mental, y viceversa, en el contexto de cada modalidad terapéutica. Una posible explicación para estas disparidades podría residir en las características intrínsecas de cada procedimiento. La hemodiálisis, como procedimiento invasivo y dinámico, en donde debe asistir a una unidad de salud, presenta el potencial de incidir de manera más directa sobre la calidad de vida de los pacientes. En contraste, la diálisis peritoneal, un método que realiza de manera autónoma, generalmente en la residencia del paciente, por lo tanto, tiende a generar repercusiones de índole más atenuada. (11)

La evidencia recogida muestra que la calidad de vida se encuentra disminuida en ambos grupos de tratamiento sin diferencias significativas inter-grupo al evaluarla de manera

global. Esto es, al designar la calidad de vida en términos categóricos de: malo, regular y bueno. Sin embargo, los dominios (salud mental, salud física, carga de enfermedad, sintomatología) del KDQOL 36 se ven afectadas de distinta manera en cada grupo.

Estos hallazgos son consistentes con los anteriormente realizados. Respecto al estudio realizado por Mendoza y Mendoza en 2018 en León, se encuentra que la proporción de pacientes con una calidad de vida mala se ha presentado estática, en tanto que la proporción de pacientes con calidad de vida regular se ha reducido en aumento del grupo de pacientes con calidad de vida “Buena”. Los componentes más afectados fueron “salud mental y efectos de la enfermedad renal” en el paciente bajo modalidad de diálisis peritoneal y “salud física y salud mental” en los pacientes de hemodiálisis. Estos resultados coinciden con los hallados por el estudio previamente citado, agregando el matiz de caracterizar que los componentes del KDQOL 36 afectados en ambas poblaciones difieren. (8) Efectos similares fueron encontrados en el estudio realizado en Veracruz. (9,10)

Finalmente, encontramos que el dominio más frecuentemente afectado es el dominio relacionado a la salud mental y de igual manera el físico. Al contrastar estos resultados con otras publicaciones, se puede observar que la mayoría refiere que la calidad de vida de los pacientes con ERC en terapias de sustitución renal se ve afectada en mayor medida en el dominio físico. (33) Sin embargo, algunos estudios más recientes han encontrado que la salud mental también se ve afectada en gran medida. Este hallazgo coincide con el estudio de Saulo B.V. et al. en el año 2020 en Brasil. A pesar de la relación, no se cuenta con datos concurrentes de la prevalencia de depresión en nuestra población. (12)

Estos hallazgos sugieren la necesidad de un enfoque más integral en el tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica, que no solo se centre en la mejora de la salud física, sino también en la salud mental. También resaltan la importancia de la personalización del tratamiento, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias individuales de cada paciente. Se requieren estudios cualitativos para profundizar en la experiencia subjetiva de los pacientes y así mismo un tamaño muestral mayor para identificar diferencias estadísticamente significativas. (34)

En este apartado, vale la pena considerar las características sociodemográficas de nuestra población: Se encuentra mayor predominio de hombres 79,3% en hemodiálisis y 75% en diálisis, hay mayor porcentaje en los pacientes mayores de 40 años para hemodiálisis 69% y diálisis 70.3%, un grupo importante de pacientes sin hijos (23.8%) y actualmente no laborando (72.1%) valorándolo de forma global a ambos grupos. Se resalta el tercer dato debido a su relación teórica con la necesidad de relación y la importancia del grupo de apoyo primario como mecanismo de resiliencia. El cuarto aspecto, involucra la necesidad de autonomía y autodeterminación, es decir, el reconocer en sí mismo un valor y no una carga. (El percibirse a sí mismo como una carga es una categoría del dominio “Efecto de la enfermedad” en este estudio).

Estos hallazgos no deben interpretarse como una relación de causalidad entre la modalidad de terapia sustitutiva y la merma en la calidad de vida considerando las siguientes limitantes: dado que la elección de una terapia específica dependerá de las condiciones clínicas del paciente, que pueden por sí mismas, influir en distintos dominios de calidad de vida. Además, la calidad de vida es un fenómeno dinámico, cuanto más, tras un cambio de estilo de vida y condición física como son las modalidades de sustitución renal; siguiendo con esta problemática, el hecho de entrevistar a cada individuo en un ambiente hospitalario puede afectar las respuestas por un efecto de percepción ambiental, y pueden no representar el estado más representativo del paciente, lo cual puede ser una fuente de inconsistencia externa (posiblemente mejorable a través de Test-Retest).

En suma, la calidad de vida del paciente es un fenómeno complejo y dinámico. El apoyo por parte del personal de salud es un tema delicado como es este se favorecerá de una mayor comprensión de este fenómeno. Para ello, el incluir la resolución de los instrumentos de recolección de datos en 2 o más ocasiones, y a ser posible en igualdad de condiciones clínicas brindaría apoyo para esta meta. Así mismo, estudiar los dominios más afectados de forma específica brindaría mayor luz sobre este tema.

Este estudio presenta limitaciones como el tamaño de muestra reducido y el no haber comparado con un grupo control. Futuros estudios deberían incluir muestras más grandes

y representativas. Además, sería interesante evaluar la calidad de vida antes y después de iniciar las terapias, para analizar su impacto.

Los resultados obtenidos en este estudio y su comparación con investigaciones previas evidencian como es el impacto negativo que trae la ERC y el efecto de las terapias de reemplazo renal sobre la calidad de vida de los pacientes. Si bien, ambos tratamientos tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, se observa una tendencia a una mejor calidad de vida en el grupo de diálisis, especialmente en el dominio carga de la enfermedad renal y salud física. Estos hallazgos deben ser considerados por los profesionales de la salud para brindar un abordaje más personalizado y efectivo en el tratamiento de los pacientes con ERC en terapias de sustitución renal.

## **XI. Conclusión**

Entre las principales características sociodemográficas se puede apreciar que la mayor parte de la población es mayor de 40 años, predominando los hombres, en su mayoría soltero y casado, sin actividad laboral.

La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en terapia de sustitución renal es buena en la mitad de la población estudiada, predominando los pacientes en diálisis peritoneal con una mejor calidad de vida en comparación con los pacientes de hemodiálisis. Se evidenció el impacto negativo de la enfermedad renal y sus terapias sustitutivas en la calidad de vida de un gran porcentaje de pacientes de ambos grupos, siendo ésta de regular a mala.

Los componentes se vieron afectados de distinta manera en ambas terapias. En diálisis peritoneal los componentes que tuvieron mayor compromiso fueron “efecto de la enfermedad renal y salud mental” y en los de hemodiálisis fue “salud física y salud mental”. De forma general el dominio más frecuentemente afectado es el dominio relacionado a la salud mental y de igual manera el físico, componentes importantes que considerar para mejorar la salud de estos pacientes de manera integral.

## **XII. Recomendaciones**

- **Al personal de salud:** Brindar apoyo psicológico efectivo a los pacientes en tratamiento implementando las siguientes estrategias.
  1. Fomentar un ambiente de comunicación abierta y empática durante la atención primaria, brindándole al paciente el tiempo y la confianza necesaria para responder a sus inquietudes acerca de la enfermedad y el tratamiento, con información clara y comprensible, de manera que se establezca una relación médico-paciente adecuada.
  2. Se recomienda que en cada cita de valoración médica se incentive al paciente a la realización de actividad física que se adapten a las necesidades, capacidades y limitaciones individuales.
  3. Realizar de manera regular programas de capacitación al personal de salud, en donde se incentive a la validación de las emociones de los pacientes, ampliando las herramientas que permitan fortalecer el ámbito psicológico.
  4. Brindar cursos educativos a familiares de los pacientes en donde se les informe tanto del proceso por el cual se lleva a cabo el tratamiento, así como reconocer y aceptar las emociones de sus seres queridos de tal manera que puedan crear un ambiente de apoyo y comprensión en su hogar.
  5. Proporcionar al paciente orientación sobre técnicas de autocuidado que se adapten a su situación, así como para el manejo de sus propias emociones, siendo partícipe activo de su propio bienestar psicológico.
- **A futuras investigaciones:**
  1. Contar con instrumentos de recolección de dato más comprensibles, organizado, sensibles y actualizados, que puedan detectar los cambios que pueden ir surgiendo en este proceso que es dinámico y cambiante de forma individual.
  2. Realizar estudios comparativos de los pacientes en diálisis y hemodiálisis en muestras mayores.

### XIII. Referencias bibliográficas

1. Putallaz P. Investigación de la calidad de vida. Universidad de Palermo. UP, 2016 Feb ;(1).
2. Rivera P, Rojas W. Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Enfermería hereditaria. 2017 July; 10 (2): 82-88.
3. Arruda G, Gomes M, Costa S, Oliveira R, Santos M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Revista electrónica trimestral de enfermería. 2016 July;(43).
4. Rebollo R, Morales J, Pons E, Mansilla J. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. Servicio de nefrología. 2015 July; 35 (1):92-109.
5. El 19 digital. Enfermedad renal afecta al 13% de nicaraguenses mayores de 15 años. [Online].; 2019 [cited 2023 Nov 8].
6. López L, Baca A, Guzmán P, et al. Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento. Med Int Méx. 2017 Mar; 33(2):177-184.
7. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la promoción de la salud. 2007 En-dic; 12:(11-24).
8. Mendoza G, Mendoza D. Calidad de vida de pacientes con ERC en hemodiálisis y diálisis peritoneal: probable presencia de ansiedad y depresión. HEODRA, León. Julio – septiembre 2018. [internet]; 2019. [citado 13 de noviembre]
9. Sánchez A, López G, Hernández C, et al. Calidad de vida en pacientes con terapia de reemplazo renal en el estado de Veracruz. Rev Mex Med Forense. 2020 Nov; 5(72-74). (2):75-83.
10. Ramos J, Salas O, Villegas J, et al. Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica con terapia de sustitución. Medicina familiar. 2021 Ag; 23
11. Chuasuwan A, Pooripussarakul S, Thakkinstian A, et al. Comparisons of quality of life between patients underwent peritoneal dialysis and hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. Health and Quality of Life Outcomes. 2020; 18(191 ).
12. Alencar S, Lima F, Días L, et al. Depression and quality of life in older adults on hemodialysis. Braz J Psychiatry. 2019 Ag ; 42 (2):195-200.

13. Pillajo B, Guacho J, Moya I. La enfermedad renal crónica. Revisión de la literatura y experiencia local en una ciudad de Ecuador. Revista colombiana de nefrología. 2021 Dec; 8(3).
14. Berríos A, Kulakova O, Jirón A, et al. Conocimiento, actitudes y prácticas, sobre enfermedad renal crónica en habitantes de la comunidad la "isla" del municipio de Chichigalpa. UNIVERSITAS. 2013 En; 4 (1):53-57.
15. Fernández G, Rojo F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territorios universitarios de illes balcars. 2005 Ag; 5(117-135 ).
16. Moreno G, Alvarez E. Discapacidad intelectual y calidad de vida escala de evaluación. Inclusión y desarrollo. 2019 Jul-dic; 6 (2):109-118.
17. Rodríguez M, Castro M, Merino J. Calidad de vida en pacientes hemodializados. Ciencia y enfermería. 2005 Dic; 11 (2).
18. Barros L, Herazo Y, Aroca G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. Rev. Fac. Med. 2015 May; 63 (4).
19. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica. 2012 abril ; 30(1).
20. García Orantes W. Calidad de vida del paciente renal crónico en tratamiento sustitutivo según la escala KDQOL-36. Tesis de postgrado. Guatemala : UNAERC; 2018. [citado 13 de noviembre]
21. Aguilar J, Álvarez, J, Lorenzo J. Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. Revista de psicología. 2011 en; 4 (1):161-168.
22. Rothrock N, Peterman A, Cella D. Evaluation of health-related quality of life (HRQL) in patients with a serious life-threatening illness. UptoDate. 2023 abr; 1(3).
23. Ruiz M, Pairdo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Farmacoeconomía. 2005 mar; 2 (1):31-43.
24. Sanabria M. Calidad de vida e instrumento de medición. Tesis doctoral. España: Universidad de la laguna ; 2016. [citado 05 de noviembre]
25. OMS. Instrumento de medición de la calidad de vida. Programa de salud mental. 2004; 2(1).
26. Rodríguez E, Rodríguez A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años institucionalizadas en un centro de bienestar del adulto mayor en Bucaramanga en el año 2018. Tesis doctoral. Colombia : CBAM; 2018.

27. Verdugo M, Gómez L, Arias B. Escala integral de la calidad de vida. Discapacidad intelectual. 2007 en; 38 (4):224.
28. Carrillo A, Torres G, Leal C, et al. Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: revisión integrativa. Nefrología. 2018 oct-dic ; 21 (4):334-47.
29. Aiguader A. Manual de puntuación de la versión española del SF-36. IMAS. 2004 ag; 2(1).
30. Mosquera J, Rodríguez E. La medición de la calidad de vida. Atención primaria. 2020 feb; 26 (3):23-28.
31. Incio F, Wilfredo C. Calidad de vida en pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal hemodiálisis en una clínica privada de Lima-2020. Tesis doctoral. Perú: Universidad científica del sur ; 2022. [citado 13 de noviembre]
32. González L, Palicio N, Toraño L. Calidad de Vida en pacientes sometidos a Terapia Renal Sustitutiva: Hemodiálisis. Incluido en la revista Ocronos. 2022 Dic ; 5 (12): 44-5 .
33. Llanos P. Calidad de vida en pacientes en terapia sustitutiva renal. Tesis para el grado de Enfermería. España: Universidad de la Laguna ; 2017.
34. Orduña H, Velasquez M, Duarte S. Calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica: una mirada desde terapia ocupacional. Revista chilena de terapia ocupacional. 2018 Dic ; 18 (2):107-115 .

## XIV. Anexos

### Anexo 1. Encuesta

#### ENCUESTA

Por medio de este documento se solicita su participación en el estudio que estamos realizando con estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de León (UNAN-León) sobre el tema: Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal en el servicio de medicina interna/nefrología del HEODRA en el periodo 2022-2023.

La información brindada es valiosa para la investigación, por lo que pedimos responda con sinceridad.

Número de ficha:

Fecha:

Tipo de tratamiento sustitutivo renal: Hemodiálisis

Diálisis

Tiempo de haber iniciado tratamiento sustitutivo: Más de 3 meses

#### **CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS**

1. **Nombre y apellido:** \_\_\_\_\_

(Opcional)

2. **Sexo:** Mujer  Hombre

3. **Edad:**

4. **Lugar de procedencia:** Urbano  Rural

5. **Estado civil:**

Casado

Soltero

Divorciado

Unión estable

Viudo(a)

6. **Escolaridad:**

Primaria

Secundaria

Educación superior

Ninguna

7. **Religión:** Católica

Evangélica

Testigo de Jehová

Otra

8. Tiene hijos: Sí  No

8.1 Número de hijos: 1  2  3  >3  Ninguno

8.2 Ocupación: Estudiante  Obrero  Agricultor  Ama de casa  Profesional   
Ninguno  Otro

### KDQOL 36

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.

1. En general, ¿Diría que su salud es?

Excelente 4	Muy buena 3	Buena 2	Mala 1

¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades en un día típico?

	Sí, me limita mucho 1	Sí, me limita poco 2	No, no me limita en lo absoluto 3
2. Actividades moderadas como mover una mesa, empujar una aspiradora			
3. Subir varios pisos por la escalera			



**Durante el último mes:**

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias a causa de ¿su salud física?

	Si 1	No 2
4. Ha logrado hacer <u>menos</u> de lo que le hubiera gustado		
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades		

**¿Problemas en las siguientes a causa de algún problema emocional?**

	Si 1	No 2
6. Ha logrado hacer <u>menos</u> de lo que le hubiera gustado		
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades con <u>menos cuidado</u> de lo usual		

**8. ¿Cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal? (incluyendo trabajo en casa)**

Nada en absoluto 5	Un poco 4	Medianamente 3	Bastante 2	Extremadamente 1

**Cuánto tiempo:**

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

**12. ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han afectado actividades sociales como visitar amigos o parientes, etc?**

Siempre 1	Casi siempre 2	Algunas veces 3	Casi nunca 4	Nunca 5

—————→ **Su enfermedad del riñón**

**¿En qué medida considera cierta o falsa las siguientes afirmaciones?**

	Totalmente cierto 1	Bastante cierto 2	No sé 3	Bastante falso 4
13. Interfiere demasiado en su vida				

14. Le ocupa demasiado tiempo				
15. Se siente frustrado al tener que ocuparse de su enfermedad				
16. Se siente una carga para la familia				

**Durante el último mes ¿Cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?**

	Nada 5	Un poco 4	Regular 3	Mucho 2	Muchísimo 1
17. Dolores musculares					
18. Dolor en el pecho					
19. Calambres					
20. Picazón en la piel					
21. Sequedad en la piel					
22. Falta de aire					
23. Desmayos o mareos					
24. Falta de apetito					
25. Agotado, sin fuerza					
26. Entumecimiento, hormigueo de manos y pies					
27. Náuseas o molestias del estómago					
28a. SOLO HEMODIALISIS. Problemas con la fístula					
28b. DIALISIS PERITONEAL. Problemas con el catéter					

**¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en las siguientes áreas?**

	Nada 5	Un poco 4	Regular 3	Mucho 2	Muchísimo 1
29. Limitación de líquidos					
30. Limitación en la dieta					
31. Capacidad para trabajar en la casa					
32. Capacidad para viajar					
33. Dependencia de médicos y otro personal sanitario					
34. Tensión nerviosa o preocupación causada por su enfermedad del riñón					
35. Su vida sexual					
36. Su aspecto físico					

## **Anexo 2.**

### **Consentimiento Informado**

Por medio del presente acepto participar en el trabajo investigativo titulado: “Calidad de vida de los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo renal en el servicio de nefrología del HEODRA en el período 2022-2023.” 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 de hemodiálisis y diálisis peritoneal.”

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, alimentación y hábitos. Informo que se me ha explicado claramente 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 confidenciales.

---

Firma del Paciente:

---

Nombre y firma del testigo:

**Anexo 3. Certificados del curso de ética.**



Hereby Certifies that

**MARÍA JULISSA SALGADO  
AGUIRRE**

has completed the e-learning course

**ESSENTIAL ELEMENTS OF  
ETHICS**

with a score of

**100%**

on

**13/04/2022**

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



Global Health Training Centre  
[globalhealthtrainingcentre.org/elearning](http://globalhealthtrainingcentre.org/elearning)

Certificate Number 0b0481b7-8ee0-4cb9-a13d-3e1132cea2d3 Version number 0



Hereby Certifies that

**FRANCHESKA JOBANELA  
SABORIO CHÉVEZ**

has completed the e-learning course

**ESSENTIAL ELEMENTS OF  
ETHICS**

with a score of

**100%**

on

**13/04/2022**

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



Global Health Training Centre  
[globalhealthtrainingcentre.org/elearning](http://globalhealthtrainingcentre.org/elearning)

Certificate Number f41b8c41-a67f-49bf-b754-14da370168c4 Version number 0



Hereby Certifies that

**SCARLET JUNIETH SALINAS  
MENDOZA**

has completed the e-learning course

**ESSENTIAL ELEMENTS OF  
ETHICS**

with a score of

**100%**

on

**13/04/2022**

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



Global Health Training Centre  
[globalhealthtrainingcentre.org/elearning](http://globalhealthtrainingcentre.org/elearning)

Certificate Number 3d6fb066-6ade-4615-ab50-2914415d5f64 Version number 0