



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Centro Interdisciplinario de Estudios de Posgrado
Departamento de Ciencias de la Salud
Coordinación de Posgrados en Enfermería

Tesis

“Calidad de Vida en el Paciente con Insuficiencia Renal
Crónica (IRC) y Tratamiento Sustitutivo Hemodialítico”

Presenta:
Silverio Petatán Mendoza

Para Obtener el Grado de
Maestro en Ciencias de la Enfermería

Abril 2013



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Centro Interdisciplinario de Estudios de Posgrado
Departamento de Ciencias de la Salud
Coordinación de Posgrados en Enfermería

Tesis

Calidad de Vida en el Paciente con Insuficiencia Renal Crónica
(IRC) y Tratamiento Sustitutivo Hemodialítico.

Presenta:

Silverio Petatán Mendoza

Director de Tesis:

ME. Noé Xicali Morales

Para Obtener el Grado de
Maestro en Ciencias de la Enfermería

Abril 2013

Tesis: Calidad de Vida en el Paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y Tratamiento Sustitutivo Hemodialítico

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

Mtra. Florentina Salazar Mendoza
Presidenta

Mtra. Elvia Niño Cruz
Secretaria

Mtro. Noé Xicali Morales
Vocal

Mtro. Noé Xicali Morales
Director de Tesis

Dr. José Manuel Quintana Terésa
Director del Departamento de Ciencias de
la Salud del CIP

Mtra. Florentina Salazar Mendoza
Coordinadora de Posgrados en Enfermería

Agradecimientos

Es mi deseo como sencillo gesto de agradecimiento, dedicarles mi humilde obra de Trabajo de Post grado en primera instancia a dios quien me dio la fortaleza, fe, salud y esperanza para alcanzar este anhelo que se vuelve una realidad, luego a mi queridísima esposa Navil, mi hija Ashley quienes me apoyaron permanentemente con espíritu alentador, motivándome cada día para lograr metas y objetivos trazados en mi camino.

A la M.S.C. Maximina Gil Nava que siempre me ha apoyado en mi vida profesional y personal brindándome su confianza, sus consejos, experiencias, orientación, sabiduría, aportaciones que han sido claves en todo momento en la realización de este proyecto.

A mi director de tesis, profesor de la materia y amigo M.E. Noé Xicali Morales por la enseñanza, su acertada dirección, sus comentarios, comprensión, paciencia durante el tiempo de la realización de este estudio.

A mis compañeros de la maestría con quienes compartí en estos dos años experiencias, alegrías y conocimiento, que sin duda quedaran marcados en vida como una tinta indeleble.

Gracias a todos...

Resumen

Candidato para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Enfermería

Silverio Petatán Mendoza

Fecha de Graduación

Abril 2013

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. Centro Interdisciplinario de Posgrados. Departamento de Ciencias de la Salud. Coordinación de Posgrados en Enfermería.

Título del Estudio

Título de la Tesis

Número de páginas

56

Propósito: El propósito de este estudio fue conocer la percepción de la Calidad de Vida (CV) en pacientes de Insuficiencia Renal Crónica en programas de Hemodiálisis (HD) como también factores biológicos que influyen en la CV en pacientes con HD.

Método: De diseño descriptivo ya que su objetivo es describir la calidad de vida de los usuarios con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento sustitutivo hemodialítico. Y de corte transversal ya que se encuentra delimitada en un tiempo específico. La población incluida son los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento hemodialítico en la clínica de hemodiálisis. Los de exclusión son los nefropatas incapacitados de comprender o responder a las cuestiones de la investigación, tener edad inferior a 18 años y no estar conforme con participar en la investigación. La muestra se realizará al azar a 50 pacientes con IRC tratados con hemodiálisis. Y el muestreo se seleccionara a los sujetos de estudio aleatoriamente (Probabilístico) El análisis de datos se realizo en el programa SPSS versión 18.

Resultados: se trabajó con la Cédula de Caracterización del Paciente 2013 y Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes Renales KDQOL-SF 1995, obteniendo como resultados la edad de los pacientes con IRC predomina entre 56 a 65 años con un 34 % del total de investigados, siendo el sexo masculino con el (60%) la mayoría, siendo la mayor parte de los encuestados nuevos en el tratamiento de hemodiálisis de 3-7 meses (43%) y con una percepción de vitalidad o calidad de vida donde la mayoría 34% casi siempre se siente con vitalidad y energía, el 16% nunca se ha sentido con vitalidad y solo el 4% siempre se percibe con vitalidad y energía. **Conclusiones:** La edad de los pacientes con IRC tratados con hemodiálisis predomina el intervalo de de 56 a 65 años, siendo predominante el sexo masculino en tratamiento de hemodiálisis la mayoría estando soltero y teniendo como patología asociada a la IRC la diabetes mellitus y prácticamente siendo nuevos en el programa de hemodiálisis teniendo la mayoría entre 3 y 7 meses en tratamiento. Considerándose la mayoría con buena percepción de la salud general, encontrando se mas de la mitad con funcionalidad física, encontrándose emocionalmente estables, sin afectación del rol social no teniendo ni sintiendo ningún dolor pero si la mayoría vitalidad y mejor calidad de vida reconociendo que el apoyo del personal de enfermería es predominante en las respuestas de los pacientes encuestados.

Firma de la Director de Tesis: _____

Tabla de Contenido

	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Propósito del Estudio	5
1.3. Importancia del Estudio	5
1.4 Marco referencial	5
1.5 Estudios Relacionados	15
1. 6 Objetivo	18
Capítulo II	18
Metodología	18
2.1. Diseño de Investigación	19
2.2. Población, Muestreo y Muestra	19
2.3. Criterios de Inclusión.	19
2.4. Instrumentos de Medición.	19
2.5. Procedimiento	21
2.6. Consideraciones Éticas	22
2.7. Estrategias de Análisis de los Resultados	22
Capítulo III	22
Resultados	22
3.1 Descripción de la Muestra de Estudio	23
Capítulo IV	35
Discusión	35
4.1 Conclusiones	38
4.2 Recomendaciones	38
Referencias	39

Apéndices	42
Apéndice A. Cédula de Caracterización del Paciente (CCP, 2013).	43
Apéndice B. Instrucciones para rellenar el cuestionario.	44
Apéndice C. Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida (KDQOL-SF, 1995).	45
Apéndice D. Hoja de Consentimiento Informado.	46

Lista de Figuras

Figura		Página
1	Edad de los pacientes con tratamiento hemodialítico que participaron en el estudio de investigación.	23
2	Sexo de los pacientes que participaron en el estudio de investigación.	24
3	Categorías del estado civil de los pacientes que participaron en el estudio de investigación.	25
4	Patologías asociadas a los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	26
5	Tiempo de Hemodiálisis	27
6	Percepción de la salud de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	28
7	Función Física de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	29
8	Rol Emocional de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	30
9	Rol Social de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	31
10	Dolor corporal de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	32
11	Percepción de la vitalidad o calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	33
12	Percepción del cuidado del personal de enfermería hacia los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	34

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Edad de los pacientes con tratamiento hemodialítico que participaron en el estudio de investigación.	23
2	Sexo de los pacientes que participaron en el estudio de investigación.	24
3	Categorías del estado civil de los pacientes que participaron en el estudio de investigación.	25
4	Patologías asociadas a los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	26
5	Tiempo de Hemodiálisis	27
6	Percepción de la salud de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	28
7	Función Física de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	29
8	Rol Emocional de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	30
9	Rol Social de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	31
10	Dolor corporal de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	32
11	Percepción de la vitalidad o calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	33
12	Percepción del cuidado del personal de enfermería hacia los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.	34

SOLICITUD DE REGISTRO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAESTRIA.

1. DATOS GENERALES DEL PROYECTO

FECHA: 06 febrero del 2013.

DEPARTAMENTO	Centro Interdisciplinario de Posgrados	
MAESTRÍA	Maestría en Ciencias de la Enfermería	
Título del proyecto :	Calidad de Vida en el Paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y Tratamiento Sustitutivo Hemodialítico	
Subtítulo		
Responsable :	Nombre:	Silverio Petatán Mendoza
	Teléfono: Celular:	744 1 7131 83
	e-mail :	Silver1_19@hotmail.com
Asesor de Contenidos	Nombre:	M.C.E. Noé Xicali Morales
	Teléfono :	2225772325
	e-mail :	Noe.xicali@uae.mx
Asesor Metodológico	Nombre:	M.C.E. Noé Xicali Morales
	Teléfono :	2225772325
	e-mail :	Noe.xicali@uae.mx

Línea de Investigación:	Seleccione la línea de investigación a la que se vincula su proyecto ☐ Políticas sociales, enfermería y salud de la población ☐ Calidad y gerencia del cuidado de enfermería ☒ Promoción y el Autocuidado de la salud
-------------------------	--

2. PROTOCOLO DEL PROYECTO

Antecedentes y justificación

La investigación que se presentará es importante en el sentido de que, con los resultados que se obtengan se pueden tener bases que ayuden a proponer alternativas de solución del fenómeno para el paciente con IRC, ya que los pacientes de IRC tratados con hemodiálisis deben tener un estilo de vida favorable.

Planteamiento del Problema

Diferentes estudios realizados concluyen que la calidad de vida en pacientes hemodializados es menor que la de la población en general. Basándonos en diferentes cuestionarios podemos obtener la visión del propio paciente sobre diversos aspectos de su vida, tales como la influencia de los síntomas que presentan a causa de su enfermedad o su tratamiento, las reacciones emocionales ante la enfermedad y las relaciones con el entorno.

Identificar

¿Cuál es la Calidad de Vida en el Paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y Tratamiento Sustitutivo Hemodialítico?

*Hipótesis Principal (y Secundaria) y Definición de Variables

La Calidad de Vida y Tratamiento Sustitutivo Renal. (Hemodiálisis)

Bivariado.

La Calidad de Vida del paciente con Insuficiencia Renal Crónica depende del Tratamiento Sustitutivo Renal. (Hemodiálisis)

** Este recuadro se llena si el método está planteado desde una metodología cuantitativa.*

Formulación hipotética

Objetivos del Proyecto.

Identificar y analizar la calidad de vida de los usuarios con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento sustitutivo hemodialítico del Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social de Acapulco Guerrero México.

(El objetivo expresa la finalidad del proyecto y es el punto que guía el desarrollo del mismo)

Fundamentos Teóricos

(Se refiere a la investigación bibliográfica que se realizará, debe responder a la pregunta ¿con qué?)

Tipo de Investigación (Paradigma metodológico)

Investigación Cuantitativa, descriptiva y transversal.

Sujetos (Población), muestra y tipo de muestreo

Sujetos: La población incluida serán los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento hemodialítico en la clínica de hemodiálisis. Los de exclusión serán los nefropatas incapacitados de comprender o responder a las cuestiones de la investigación, tener edad inferior a 18 años y no estar conforme con participar en la investigación.

Muestra: se realizará al azar a 15 pacientes con IRC tratados con hemodiálisis.

Muestreo: se seleccionaran a los sujetos de estudio aleatoriamente (Probabilístico)

Instrumentos

Se Aplicará el Cuestionario de Calidad de Vida en Enfermedades Renales (KDQOL-SF). Es un Cuestionario de Calidad de Vida específico para pacientes de Enfermedad Renal que están con Tratamiento Sustitutivo Hemodiálisis.

En ingles Kidney Disease and Quality of Live-Short Form (KDQOL-SF), incluye 43 ítems específicos para pacientes con enfermedad Renal así como los 36 ítems del cuestionario SF- 36 que proporcionan un núcleo de ítems genéricos para el cuestionario.

Dimensiones e ítems.

El cuestionario contiene 43 ítems distribuidos de la siguiente forma entre 11 dimensiones específicas para la enfermedad:

- Síntomas/problemas – 12 ítems.
- Efectos de la enfermedad renal en la vida diaria – 8 ítems.
- Carga de la enfermedad –4 ítems.
- Situación laboral - 2 ítems.
- Función cognitiva - 3 ítems.
- Relaciones sociales -3 ítems.
- Función sexual -2 ítems.
- Sueño -2 ítems.
- Apoyo social – 2 ítems.
- Actitud del personal de diálisis -2 ítems.
- Satisfacción del paciente – 1 ítems.

El KDQOL-SF también incorpora los 36 ítems del SF-36 que se distribuyen en 8 dimensiones de salud física y mental:

- La función física -10 ítems.
- Limitaciones de rol por problemas de salud física - 4 ítems.
- Limitaciones de rol por problemas de salud emocionales - 3 ítems.
- La función social – 2 ítems.
- Bienestar psicológico - 5 ítems.
- Dolor – 2 ítems.
- Vitalidad/cansancio - 4 ítems.
- Percepción global de la salud – 5 ítems.

En el último ítems del KDQOL-SF los pacientes tienen que evaluar su salud en general en una escala del 0 – 10 donde 0 equivale a peor salud posible y 10 equivale a la mejor salud posible.

Comprobación (de acuerdo al paradigma metodológico)

El cuestionario se analizará con el software estadístico SPSS y un análisis estadístico descriptivo. Los resultados serán representados en tablas y gráficas, comparando con los estudios similares y discusión de acuerdo al resultado obtenido.

PROPUESTA EDUCATIVA: - a partir de los resultados de la investigación-

Se realizarán pláticas a los pacientes con IRC, con temas de reforzamiento de conocimiento de la mejora de la calidad de vida.

- Duración estimada de este proyecto meses

- Alcance del Proyecto: **Obtención del Grado de Maestro en Enfermería.**

Viabilidad en recursos materiales y humanos:

Se estima un gasto de recursos, por el uso de papel, impresiones, lápiz, sacapuntas, mamparas y periódicos mural.

Calendario de actividades:

cronograma

(Establecer las fechas para el cumplimiento de metas referidas a avances sobre el proyecto de investigación. Se deben incluir cronogramas o diagramas de Gant)

Observaciones

SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

Nombre del proyecto : _____

Clave : _____

Fecha de autorización: _____

Autorizado por : _____

Fecha de evaluación : _____

% de avance : _____

Observaciones : _____

Fecha de evaluación : _____

% de avance : _____

Observaciones : _____

Capítulo I

Introducción

1.1. Planteamiento del Problema.

La CV es la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e interés. El termino CV es relativamente nuevo, sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. El interés por estudiar la CV ha existido desde los tiempos inmemoriales la idea comienza a popularizarse desde la década de los sesenta hasta convertirse en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como salud, educación, la política y el mundo de los servicios en general. (Gómez, 2000) El concepto de Calidad de Vida (CV) ha sido utilizado desde la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como estado completo de bienestar físico psíquico y social y no solo ausencia de dolencia y enfermedad. (Spitzer WO, 1998).

En los años 80 el término calidad de vida se adoptó como un concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. (Jiménez e Ignacia 1998).

En los 90 las preocupaciones en torno a la definición y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en que el término calidad de vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también la de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejoramiento de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de calidad de vida. (Croog y Levine 1989)

La CV es un término muy utilizado en la mayoría de las áreas de la ciencia así como en prensa general y en la prensa médica. El desarrollo en todos los campos de la ciencia, en el área de la salud y especialmente en determinados servicios como los que ofrece la práctica de la enfermería a través de los cuidados que se otorgan, por lo tanto se requiere evaluar el impacto que produce esas intervenciones en la calidad de vida de esos pacientes, ya que en muchos casos los enfermos van a estar sometidos a tratamientos durante gran parte de su vida. (Croog y Levine 1989)

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es uno de los parámetros que deben ser tomados en consideración cuando se evalúan los resultados de los diferentes tratamientos en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). Se considera la CVRS como un constructo, basado en la percepción de la persona, del impacto que tienen la enfermedad o tratamiento en su capacidad para vivir una vida satisfactoria, es el espacio entre la expectativa y la experiencia de salud que vive el paciente, manifestado en la valoración que asigna en su bienestar físico, emocional, funcional, social y espiritual luego del diagnóstico y el tratamiento. (Carr y Higgingson 2001)

La CVRS es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas. (Alvarez-Ude, 2001) por eso, estudiar la CRVS constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica. (Gómez-Vela y Sabeth, 2002). La evaluación de la CVRS ha adquirido cada vez más importancia en la práctica de la medicina, como indicador de la calidad de los diferentes tratamientos y resultados (Guyatt, Feeny & Patrick 1993) La enfermería puede proporcionar a los individuos mejor calidad de vida, por medio de intervenciones conforme a las necesidades de cada uno, conocimiento de las formas de adhesión al tratamiento hemodialítico y acciones con la intención de prevenir complicaciones. (Madeiro 2010)

Las enfermedades crónicas exigen de los profesionales de salud constante perfeccionamiento y, en este sentido, se realizan investigaciones con la intención de analizar los cambios en la calidad de vida de los individuos afectados por ellas. Así, modificaciones en la calidad de vida integran la propia evaluación del tratamiento administrado. (Cordeiro JABL, et al. 2009).

En México los casos de diabetes mellitus, constituye un grave problema de salud pública en el país. El 98% le corresponde al tipo 2, Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el medio rural (37%), Más común en mujeres que en hombres y Se asocia con altas tasas de mortalidad. Ocasiona complicaciones crónicas que deterioran la calidad y el tiempo de vida de aquellas personas que la padecen. Los pacientes en México viven 20 años en promedio con la enfermedad. El padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años de edad. Anualmente se registran 210 mil personas diabéticas y fallecen cerca de 36 mil. Por cada diabético que muere, se diagnostican 7 casos nuevos de la enfermedad. La palabra diabetes, es un término griego que significa “SIFON”, utilizado por primera vez por Areteo de Capodocio en el año 70 de nuestra era, al querer describir los síntomas de esta enfermedad como “un sifón que vacía el organismo”, debido al exceso de orina ocasionado por la enfermedad. (Leroith, Simeon, Taylor, Jerrold & olefsky. 2003)

La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) se manifiesta de forma súbita y normalmente es reversible. En cambio, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), también llamada Dolencia Renal Crónica Terminal (DRCT), ocurre lentamente y es irreversible, es decir, lleva a la pérdida total de la función renal (Farias, Mendonça. 2009)

La IRC se manifiesta por el aumento de los niveles séricos de urea y creatinina en la sangre y tiene como principales causas la hipertensión arterial, diabetes mellitus y glomerulonefritis (Smeltzer, Bare, Brunner & Suddarth. 2005).

La IRC en su fase más avanzada, repercute en la función física, cuando hace unos años se descubrió la posibilidad de sustituir de forma artificial la función del riñón mediante una máquina el problema se centraba en como facilitar este tipo de tratamiento a todas las personas que lo necesitaban. (Hays, Kallich. 1995).

Las modalidades de tratamiento a los pacientes con IRC comprenden: Hemodiálisis (HD) Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPAC), Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI), Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) y Trasplante Renal. (Arenas, et al, 2009)

El tratamiento hemodialítico representa para la mayoría de las personas la continuidad de la vida, por eso tiene impacto significativo en la calidad de la misma. La manera como ellas afrontan las situaciones son subjetivas e individuales, no existe un patrón de calidad de vida sino formas diferentes de enfrentar la terapéutica. (Campos, Turado. 2010)

La HD es un procedimiento terapéutico por el cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre. Consiste en dializar la sangre a través de una máquina: se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. La HD es un proceso lento que realiza conectando al enfermo a una máquina durante 4 horas, 2 o tres veces por semana., (Guyton y Hall, 1997). Además, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos. (García, Fajardo, Guevara, Gonzáles & Hurtado, 2002)

Diferentes estudios realizados concluyen que la calidad de vida en pacientes hemodializados es menor que la de la población en general. Basándonos en diferentes cuestionarios podemos obtener la visión del propio paciente sobre diversos aspectos de su vida, tales como la influencia de los síntomas que presentan a causa de su

enfermedad o su tratamiento, las reacciones emocionales ante la enfermedad y las relaciones con el entorno.

Por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la Calidad de Vida en el Paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y Tratamiento Sustitutivo Hemodialítico?

1.2 Propósito del Estudio

El propósito de este estudio es conocer la percepción de la Calidad de Vida (CV) en pacientes de Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento sustitutivo hemodialítico, por medio de un instrumento de medición que consta de 8 dimensiones del SF-36: Función Física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general.

1.3 Importancia del Estudio

La investigación que se realizará mostrará resultados que ayudarán para el conocimiento de la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes con hemodiálisis, y los factores principales que causan la disminución o baja calidad de vida, lo que permitirá tener conocimientos para actuar en favorecer o la percepción de calidad de vida baja, así enfermería y el equipo disciplinario pueda disminuir o ayudar a disminuir los factores relacionados.

1.4 Marco referencial.

Históricamente, la CV estaba vinculada a factores económicos y sociales (Campbell, Converse, & Rodgers. 1976); sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples

acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad. Así, para la calidad de vida existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente (Cardona, Estrada & Agudelo, 2006).

Algunas de las definiciones que se han sugerido son: Para (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa 2002), la CV es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. Dicha evaluación puede hacerse en dos formas: es externa cuando un juez ajeno y experto mide con criterios externos qué es lo que la gente posee y reflejaría su CV; para ello se utilizan indicadores objetivos; se realiza un juicio del individuo o población, en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La otra evaluación la realiza el propio individuo; se emplea la percepción del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida, (Rivera-Ledesma, 2003). Así, la dimensión objetiva, básicamente, hace referencia a indicadores que son evaluados por otras personas o terceros (evaluación externa), con relación, por una parte, a la funcionalidad física, psicológica y social, y por otra parte a las oportunidades y acceso a los recursos que la persona tiene. Por otra parte, desde una dimensión subjetiva lo fundamental es la percepción propia, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente. El bienestar desde esta perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida y felicidad, conceptualizándose también como la valoración global de la CV que la persona realiza en función de criterios propios.

(Yasuko, Romano, García & Félix, 2005) señalan que la satisfacción y la felicidad son indicadores de bienestar subjetivo y que éste está constituido por tres componentes relacionados entre sí: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción de la vida como un todo. La felicidad como apreciación global de la vida involucra una estimación afectiva y un menor juicio cognitivo y consiste en la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo, al evaluarse afectivamente la situación. La satisfacción con la vida, por su parte, es básicamente una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias. Así, el concepto de CV, como lo señalan (Sánchez-Sosa & González-Celis 2006), abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como CV objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva. En las definiciones interiores se conceptualiza CV haciendo referencia al bienestar como consecuencia de la satisfacción en los diferentes ámbitos de la vida como el económico, el social y el personal; asimismo, integran a un elemento importante para definir la calidad de vida, como lo es la percepción o valoración que el individuo realiza de la experiencia de su propia vida, aspecto que es también considerado en las siguientes definiciones. Por su parte, (Vinaccia y Orozco 2005) consideran que la CV puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina felicidad, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de estado de bienestar.

(Schwartzmann 2003) definió la CV como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida la define como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente

relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

La CV se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la CV consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. Asimismo, pueden identificarse tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la CV: a) la CV en general, b) la CV relacionada a la salud, y c) la CV específica para cada enfermedad (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). Por otro lado, debido al cambio en la prevalencia de las enfermedades infecciosas a los trastornos de carácter crónico, en su mayoría ligados al estilo de vida propio de ciudades industrializadas, el modelo biomédico ha resultado insuficiente para explicar claramente el desarrollo de estas nuevas enfermedades (por ejemplo, cáncer, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, entre otras), que en definitiva se vinculan con hábitos poco saludables que favorecen su aparición, volcando la atención a la necesidad de adaptación y realización de cambios en los estilos de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas, dando gran importancia a la CV.

La CVRS se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

De ahí que los instrumentos de CVRS también incluyan dominios de la vida y reactivos para evaluar CV en general o satisfacción en la vida; sin embargo, el énfasis de éstos es básicamente sobre los síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

Desde el punto de vista subjetivo, la CVRS la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado (Vinaccia y Orozco, 2005). La valoración se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona, que pueden agruparse en tres categorías: físico-biológicas (síntomatología general, discapacidad funcional, sueño), emocionales (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración) y sociales (situación ocupacional, relaciones familiares y sociales, recreación). Tal valoración es un proceso individual influido y moderado por otras personas, pero indiscutiblemente personal; la realiza el individuo de acuerdo con sus propios valores, experiencias, creencias, expectativas y percepciones (Vinaccia et al., 2006). Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, están influidos por las experiencias y expectativas de una persona. En este sentido, la CV no debe ser evaluada por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro, ya que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, de tal forma que dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud. Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación; en este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de CV (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

En la dimensión psicológica algunas de las problemáticas más comunes que afectan la CVRS en el paciente con IRC son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro (Christensen & Ehlers, 2002; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003; Valderrabano, Jofre & López Gómez, 2001), lo que se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes (Gil, et al, 2003). Otras reacciones frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal en tratamiento son la hostilidad y la ira, dirigidas hacia el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las

limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005). Las investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como su tratamiento de diálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su CVRS. (Cidoncha, et al., 2003).

La CV es hoy en día una cuestión de máxima importancia, sobre todo cuando se habla de enfermos crónicos para los cuales sólo existen medidas terapéuticas paliativas. En la investigación y en la práctica clínica es cada vez más frecuente encontrar trabajos que buscan definir y evaluar la CV de los pacientes. Concepto que servirá tanto para valorar las condiciones derivadas de una enfermedad o tratamiento como para tener presente la consideración que el enfermo hace de su situación vital, especialmente las consecuencias en su bienestar físico, emocional y social. Las enfermedades crónicas poseen características que le son propias, y su tratamiento puede ser más o menos desfavorable dependiendo del sistema que se haya visto afectado. El caso de la IRC presenta unas características que la hacen sumamente adversa; Mok y Tam (2001) señalan que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y a cambios potenciales en su estilo de vida. Además, sugieren que la enfermedad renal crónica produce problemas en los cuales la amenaza constante de muerte y el carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia (Vinaccia, Fernández, Escobar, Calle, 2006).

La diabetes mellitus era ya conocida antes de la era cristiana. En el papiro de eberes descubierto en Egipto, correspondiente al siglo xv antes de Cristo ya se describe síntomas que parecen corresponder a la diabetes. La cultura egipcia (1553 a.c.) quien describe en sus papiros los síntomas de la diabetes como: enfermos que adelgazan, tienen hambre y sed, continúan así como también orinan mucho. En 1690 Thomas

Willis, luego de probar la orina en un diabético le agregó “mellitus”, que significa “dulce”. En el siglo XIX y con la experimentación en animales el Dr. Claude Bernard descubre el proceso de transformación de glucosa a glicógeno en el hígado, como consecuencia de ingesta de azúcares, y el proceso retrogrado de la misma, lo que justifica la concentración constante de azúcar en la sangre. En 1922 Banting y Best logran la preparación insulínica que va conmocionar el tratamiento de esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes, y es probable que esta cifra aumente a más del doble en 2030. Se calcula que en 2005 hubo 1,1 millones de muertes debidas a la diabetes. Aproximadamente un 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos o medios. Casi la mitad de las muertes por diabetes ocurren en pacientes de menos de 70 años, y el 55% en mujeres.

La Diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica incurable, resultado de un desequilibrio entre la secreción de insulina y la sensibilidad del paciente a la misma. La diabetes mellitus comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que conforman el fenotipo de la hiperglucemia. La diabetes es un problema de salud pública que va en aumento y representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La diabetes mellitus se clasifica con base al proceso patógeno que culmina en hiperglucemia, en contraste con criterios previos como edad de inicio o tipo de tratamiento. (Leroith, et, al. 2003)

Las complicaciones vasculares a largo plazo de la diabetes mellitus se presenta como resultado de una combinación de factores tales como el control inadecuado de la glucemia y la hipertensión. La hipertensión se presenta con doble frecuencia en los pacientes con diabetes mellitus que en los no diabéticos, esta se desarrolla como comienzo de la nefropatía en los insulín dependientes. La consistencia de hipertensión y diabetes duplica el riesgo de enfermedad cerebro vascular y muerte cardiovascular.

La diabetes mellitus es principalmente un trastorno vascular y está asociado con complicaciones a largo plazo a nivel micro vascular o enfermedades de vasos menores y nivel macro vascular o enfermedades de vasos mayores, principalmente causa IR. Los riñones sanos limpian la sangre eliminando el exceso de líquido, minerales y desechos. También producen hormonas que mantienen sus huesos fuertes y su sangre sana. Pero si los riñones están lesionados, no funcionan correctamente, pueden acumularse desechos peligrosos en el organismo, puede elevarse la presión arterial, el cuerpo puede retener el exceso de líquidos y no producir suficientes glóbulos rojos, a esto se le llama IRC. La IRC es la resultante final de toda una gama de nefropatías que, como su nombre indica, provocan la pérdida gradual, progresiva e irreversible de todas las funciones renales. Hace algunos años, (Collins 2003) afirmó que si el daño renal se detectaba precozmente e indicaba a tiempo un tratamiento oportuno, era posible detener o, en el peor de los casos, demorar la progresión de ese trastorno, así como también que entre los factores a tener en cuenta cuando al estudiar la IRC, figuran: edad, sexo, color de la piel y antecedentes patológicos familiares. Los primeros estadios se manifiestan con leve daño renal, que está comúnmente marcado por albúmina en la orina. Los síntomas clínicos a menudo no aparecen hasta los estadios tardíos cuando la tasa de filtración glomerular empeora. Las investigaciones acerca de las causas de la IRC sugieren que posiblemente hay múltiples factores involucrados en cada estadio, incluidos factores de susceptibilidad que aumentan la vulnerabilidad al daño renal, factores de iniciación que causan daño renal, y factores de progresión que causan empeoramiento del daño (Levey 2007). Pero la gravedad de la enfermedad renal crónica no se manifiesta solo en que los pacientes pueden llegar a necesitar tratamiento renal sustitutivo sino que muchos de ellos que presentan proteinuria o descenso del filtrado glomerular, no llegaran a diálisis porque previamente desarrollaran complicaciones cardiovasculares pues no en vano la IRC es un factor de riesgo cardiovascular 8 independiente y aditivo a 50% de las muertes de

pacientes en IRC terminal y constituye, tras los ajustes para edad y sexo, la causa más importante de morbilidad-mortalidad cardiovascular y de mortalidad total (Sarnak MJ., Levey AS., Schoolwerth AC., et al, 2003).

En pacientes con IRC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemias, edad avanzada, diabetes mellitus y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular. Los pacientes con IRC cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio. Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones. En el estado urémico terminal es común observar asterixis, así como estupor, convulsiones y finalmente coma. La neuropatía periférica ocurre con frecuencia afectando más los nervios sensitivos de las extremidades inferiores en las porciones distales (Blake P., 2004). Si la diálisis no se instituye en cuanto aparecen las alteraciones sensitivas, progresa a anomalías motoras con pérdida de los reflejos osteomusculares, debilidad, parálisis del nervio peroneo, que se aprecia como pie caído y finalmente cuadriplejia flácida. En particular la nefropatía diabética, alteran severamente los mecanismos de secreción de potasio en la nefrona, emitiendo el desarrollo de hipercalcemia. Se debe mantener un balance adecuado de potasio ya que su efecto en la función cardíaca puede ocasionar arritmias y resultar en un paro cardíaco (Caravaca F., 2003).

Las opciones de tratamiento para los pacientes en IRC son el trasplante renal, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal con sus diferentes modalidades. El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación

del medio intra y extracelular. (Wang AY, 2006). La hemodiálisis consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración. En la IRC la hemodiálisis debe ser iniciada el momento en el que todavía hay función renal residual suficiente como para que no haya una uremia manifiesta. Actualmente las técnicas de hemodiálisis siguiendo un régimen de 5 horas 3 veces por semana, solamente alcanzan una depuración equivalente a 20 ml/min en un individuo de 70 kg. La prescripción de la modalidad de hemodiálisis debe realizarse en función de las características del paciente. (Fusshoeller, 2004)

Hoy en día se reconoce en la mayoría de los países del mundo que la esperanza de vida al nacer ha incrementado; para el caso de México, mientras en 1930 era de 34 años, para 2005 aumentó a más de 70 años (INEGI, 2005). Y, según datos del Consejo nacional de Población (CONAPO), la esperanza de vida de la población mexicana en 2009 fue de 75.3 años; con 77.6 en las mujeres y 72.9 en los varones, por lo que la estructura en la pirámide poblacional se ha visto modificada. Sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (González-Celis, 2002).

Los estudios acerca de la vivencia en IRC son pocos dado a los menores índices de mortalidad, duración e incidencia en comparación con otras enfermedades como las que afectan al corazón, el cáncer, la infección por VIH/SIDA, el asma, la diabetes mellitus y las enfermedades reumáticas. No obstante, la IRC es de importancia, sobre todo por el efecto que ésta genera en la calidad de vida de quienes la padecen. Kimmel

(2002) manifiesta que la IRC es una enfermedad que amenaza la vida de las personas por la posibilidad de aparición de otras enfermedades asociadas a ésta y por la posibilidad de una muerte próxima e inminente. Estudiar la CV relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica (Gómez-Vela & Sabeth, 2002).

1.5 Estudios Relacionados

En este apartado se presentan estudios que tienen relación con la investigación: Calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con sustitución renal hemodialítico tratados en el módulo de hemodiálisis del hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, Acapulco Guerrero.

1.5.1 Estudios Relacionados

Según lo reportado por Patat, CL., Stumm, E.M.F., Kirchner, R.M., L.A., y Barbosa, DA. (Julio, 2012) Análisis de la calidad de vida de los usuarios de hemodiálisis, en su estudio multicéntrico, cuantitativo nos dice que la mayoría de los encuestados fueron hombres con un (70,1%) y de un intervalo de edad de , 50-70 años, siendo casados y con hijos el (59,7%) , siendo de baja escolaridad el (76,6%), predominando el 79,2% como jubilados. Donde el 48,8% evaluaron su salud como regular y 44,2% como buena. Dimensiones con menores puntajes como la “situación de trabajo” (20,78%), la “Función física” (22,8%), y la “función emocional” con (25,97%). La dimensión “estímulo por parte del equipo” (96,43%) obtuvo puntaje más alto (100%).

En acuerdo con Cunha, FL., Teles, ZL., Vasconcelos, P., Alves BM., Santana dos Santos, JR., y De Oliveira Rosa, LF., (Julio, 2011.) Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. Este fue un estudio descriptivo, analítico y cuantitativo, en una muestra de 32 pacientes con insuficiencia

renal crónica, donde se encontró la puntuación más alta en las dimensiones como: el estímulo del equipo de Hemodiálisis con un (98%), la función sexual de los pacientes con un (94.14%) y los síntomas y problemas con un (76.04%). Los puntajes menores encontrados fueron en las dimensiones de la sobrecarga de la enfermedad renal con un (12.34%), la función física con (23.44%) y el apoyo social (30.21%).

Nos mencionan Zúñiga, SM., Dapuetto, JP., Muller, PO., Kirsten, LL., Alid, RA., y Ortiz, LM. (2009) Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36) fue un estudio descriptivo transversal de una muestra de 242 pacientes en hemodiálisis por tiempo menores de 3 meses y de edad mayores de 18 años, evaluados en cinco unidades de hemodiálisis, tres privadas y dos públicas. El promedio de edad fue de 54,5 de los pacientes encuestados, el 48,2 % de los pacientes tenían un nivel de enseñanza básico. La causa de la IRC más frecuente fue la nefropatía diabética y las comorbilidades predominantes fueron la hipertensión arterial y diabetes mellitus.

De acuerdo con Rodríguez, MV., Castro, MS., y Merino, JME., (2008) Calidad de Vida en Pacientes Renales Hemodializados, fue un estudio descriptivo de corte transversal de un grupo constituido de 90 pacientes, donde la mitad tenían entre 45 y 64 años, la distribución por sexo fue prácticamente similar, tres cuartas partes de los sujetos se declararon con pareja, más de la mitad poseía baja escolaridad y todos poseían algún sistema previsional. El valor más alto de calidad de vida fue 81,8 y el más bajo 3,25. Por lo que se pudo concluir que aproximadamente la mitad de las personas encuestadas tenía una calidad de vida por sobre el nivel promedio.

Dice Páez, AE., Jofré, MJ., Azpiroz, CR., y Bortoli, MA., (Noviembre, 2008) Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis, es un estudio donde se estudiaron 30 pacientes siendo (15 mujeres) de edades comprendidas entre 25 y 85 años (media de 56,67; DE: 15,83) con insuficiencia renal crónica con tratamiento en hemodiálisis, encontrándose el 56,7% de los participantes

que manifestaron algún grado de depresión. Los niveles de ansiedad correlacionaron positivamente con los de depresión. La ansiedad estado fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior media.

Dicen, Vázquez, I., Valderrábanos, F., Fort, J., López-Gómez, JM., Moreno, F., y Sanz-Guajardo, D. En nombre del grupo cooperativo español para el estudio de la calidad de vida del paciente renal de la Sociedad Española de Nefrología. (2007) Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis, fue un estudio donde se evaluó la CVRS de 152 pacientes en tratamiento en HD, de quienes se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos en cuatro escalas genéricas: Función física, rol emocional, función social y salud mental. En esta escala no se encontraron diferencias en las puntuaciones estandarizadas para cada sexo. Aunque se presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

De acuerdo con Morales., Salazar., Flores-Villegas., Boichichio-Riccardellic y López (diciembre 2007). Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. Se realizó un estudio transversal en 123 pacientes mayores de 19 años de edad con tratamiento sustitutivo renal, la calidad de vida en el módulo genérico del instrumento de calidad de vida, las calificaciones más altas correspondieron a las dimensiones de función social (62.7) y salud mental (65.9), mientras que para el módulo específico correspondieron a apoyo del equipo de diálisis (78.2) y apoyo social (75.3).

Contreras, F., Esguerra, GA., Espinosa, JC., y Gómez, V., (Noviembre, 2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. Fue un estudio que observó un grupo de 42 pacientes, que guardan relación con su calidad de vida. Se observó un deterioro

importante en la calidad de vida en estos pacientes; no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado.

Según Esquivel, CGM., Prieto, CGF., López, JR., Ortega, RC., Martínez, JA., y Velasco, VMR., (2009) Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, fue una serie de casos en la que se aplicaron dos cuestionarios a 54 sujetos con edad media de 51.5 mas o menos, el 13.5 de la calidad de vida, según el inventario: SF12, salud física, 32.55 IC 95% (29.7°, 35. 41) y salud mental, 51. 81 (48. 62, 54.99). Los grados de depresión fueron: leve, 18.2% (10); moderada, 20% (11); y severa, 14.5 % (8); la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal es menor a 50 % en sus rubros físico y mental. En esta serie la depresión coexistió en 53.7% (29) de los pacientes.

1. 6 Objetivo.

Describir la percepción de la calidad de vida de los usuarios con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento sustitutivo hemodialítico de un hospital general de Acapulco Guerrero México de Febrero a Marzo del 2013.

Capítulo II

Metodología

En este apartado, se presenta el diseño del estudio, la población, muestreo, muestra y criterios de inclusión. De la misma forma, se señala el procedimiento de selección y recolección de la información, se describen los instrumentos, las consideraciones éticas y el análisis de los resultados.

2.1 Diseño de Investigación

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal (Polit & Hungler, 2000; Burns & Grove, 2004).

De diseño descriptivo ya que su objetivo es describir la calidad de vida de los usuarios con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento sustitutivo hemodialítico.

Y de corte transversal ya que se encuentra delimitada en el tiempo febrero- marzo.

2.2 Población, Muestreo y Muestra

Sujetos: La población incluida corresponde a los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento hemodialítico en la clínica de hemodiálisis de un Hospital General de Acapulco Guerrero. México.

Muestreo: se seleccionaran a los sujetos de estudio aleatoriamente (Probabilístico)

2.3 Criterios de exclusión

Se consideran los siguientes criterios de exclusión; Los pacientes que registran menos de tres meses en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, pacientes con alteración psicológica o psiquiátrica presentes, pacientes con enfermedad que lo imposibilite comunicarse verbalmente, pacientes con hipoacusia. Pacientes que no estén conformes con participar en la investigación.

2.4 Instrumentos de Medición

Para la obtención del instrumento se solicita el permiso y petición del mismo al buscador de instrumentos validados bibliPRO por la fundación IMIM Española, solicitándose el 9 de febrero del 2013 y otorgaron la sublicencia para uso dentro de este proyecto el día 13 de febrero del 2013. (bibliopro.org)

En la entrevista personal se aplica un instrumento que consta de 3 apartados de información, los cuales mencionan en el primero un instructivo de llenado del

instrumento, un Cuestionario de Caracterización de los Pacientes investigados y el cuestionario KDQOL-SF.

El instructivo, es el que indica la forma de rellenar o completar el cuestionario y se une el consentimiento informado que garantiza al encuestado confianza, seriedad y confiabilidad en el estudio.

La Cédula de Caracterización de los pacientes investigados consta de diez preguntas cerradas: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, procedencia, patologías crónicas asociadas y tiempo en hemodiálisis.

Se Aplicará el Cuestionario de Calidad de Vida en Enfermedades Renales (KDQOL-SF). Es un Cuestionario de Calidad de Vida específico para pacientes de Enfermedad Renal que están con Tratamiento Sustitutivo Hemodiálisis.

En ingles Kidney Disease and Quality of Live-Short Form (KDQOL-SF), incluye 43 ítems específicos para pacientes con enfermedad Renal así como los 36 ítems del cuestionario SF- 36 que proporcionan un núcleo de ítems genéricos para el cuestionario. Dimensiones e ítems. El cuestionario contiene 43 ítems distribuidos de la siguiente forma entre 11 dimensiones específicas para la enfermedad: síntomas /problemas – 12 ítems, efectos de la enfermedad renal en la vida diaria – 8 ítems, carga de la enfermedad –4 ítems, situación laboral - 2 ítems función cognitiva - 3 ítems, relaciones sociales -3 ítems, función sexual -2 ítems, sueño -2 ítems, apoyo social – 2 ítems, actitud del personal de diálisis -2 ítems, satisfacción del paciente – 1 ítems.

El KDQOL-SF también incorpora los 36 ítems del SF-36 que se distribuyen en 8 dimensiones de salud física y mental: La función física -10 ítems, limitaciones de rol por problemas de salud física - 4 ítems, limitaciones de rol por problemas de salud emocionales - 3 ítems, la función social – 2 ítems, bienestar psicológico - 5 ítems, dolor – 2 ítems, Vitalidad/cansancio - 4 ítems, percepción global de la salud – 5 ítems, en el último ítems del KDQOL-SF los pacientes tienen que evaluar su salud en

general en una escala del 0 – 10 donde 0 equivale a peor salud posible y 10 equivale a la mejor salud posible. Para efecto de este estudio se puntúan los resultados de acuerdo a las dimensiones que menciona.

2.5 Procedimiento

Para llevar a cabo el estudio se solicitó la autorización por medio de oficio de petición de permiso a los jefes y representantes del sujeto de estudio siendo el caso del Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social “Vicente Guerrero” de Acapulco de Juárez Guerrero, México, concediéndose el permiso. Esperando la fecha solicitada para aplicar instrumento. Al llegar la fecha solicitada se da inicio a la recogida de datos a cargo del investigador y el apoyo de las enfermeras en turno del servicio de hemodiálisis. Contactando a los pacientes dentro de la propia unidad nefrológica, explicándose las finalidades y objetivos de la investigación, posteriormente se le invita a participar, enfatizando que la participación era voluntaria sin que por ello afectara prioridad y hora de conexión a la máquina de hemodiálisis y a los que aceptaron se les inició la entrevista conforme disponibilidad e interés de cada paciente. Se aseguró la privacidad, anonimato y confidencialidad de su información y se solicitó su consentimiento informado por escrito. Posteriormente se inició con la aplicación de los instrumentos, estos fueron auto aplicables y en algunos pacientes fueron apoyados por el entrevistador. Presentando primero el instructivo con el consentimiento informado, un cuestionario de caracterización de los pacientes investigados y el cuestionario KDQOL-SF. Al finalizar la recogida de datos se verificó que ningún ítem o dimensión quedara sin contestar o rellenar, posteriormente se le dio el agradecimiento por su participación.

2.6 Consideraciones Éticas

La investigación se apegará a las disposiciones generales del reglamento de la Ley General en materia de investigación para la salud (Secretaría de salud. 1987)

En esta investigación prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.

Se protegerá la individualidad y anonimato del sujeto ya que el instrumento no incluirá nombre de la persona, ni domicilio o cualquier otro dato que pudiera identificarla.

Se procederá a proporcionar una explicación clara y completa respecto a la justificación y objetivos de la investigación; y la libertad de retirarse cuando lo considere pertinente, posterior a esta explicación se solicitará la firma del consentimiento informado por escrito.

2.7 Estrategias para el Análisis de los Resultados

Para el análisis de los datos se utilizó el PASW Estatistics 18 (SPSS) Versión 18.0 para Windows. Se aplicó la estadística descriptiva y presentada en tablas. Con medidas de resumen y comparación de resultados con estudios relacionados.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio “Calidad de Vida en el paciente con IRC con tratamiento sustitutivo hemodialítico del Hospital IMSS de Acapulco, Guerrero, México.”, el cual fue realizado en una muestra de 50 pacientes con IRC que tienen tratamiento con HD, se presentan en el siguiente orden: Es por medio de la cédula de caracterización, posteriormente las puntuaciones por dimensiones del instrumento QDQOL-SF

3.1 Descripción de la Muestra de Estudio

La descripción de la muestra de estudio se presenta en tablas y gráficas.

Tabla 1

Cédula de Caracterización del Paciente Tratado con Hemodiálisis

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Edad	15 a 25 años	10	20
	26 a 35 años	2	4
	36 a 45 años	1	2
	46 a 55 años	13	26
	56 a 65 años	17	34
	Más de 66 años	7	14
	Total	50	100

Fuente: CCP, 2013.

n = 50

Figura 1. Edad.

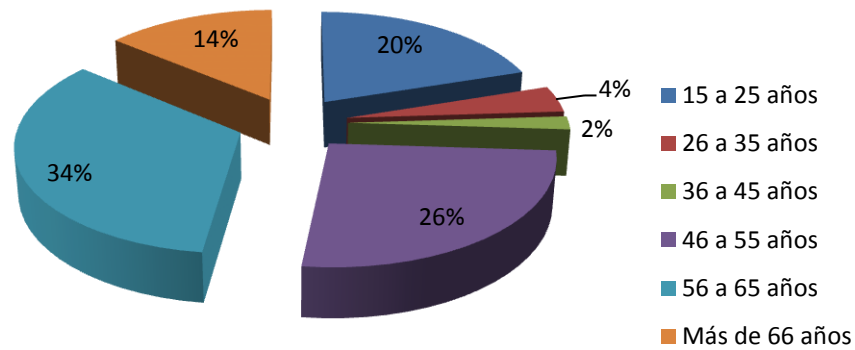


Figura 1. Edad de los pacientes con tratamiento hemodialítico que participaron en el estudio de investigación.

Respecto a la edad de los pacientes con IRC tratados con hemodiálisis se encontró lo siguiente: prevalece el intervalo de edad de 56 a 65 años con un 34 % del total de investigados, en contraste de los pacientes adolescentes y jóvenes de edad de 15 a 35 años, solo se encontraron el 6%. Dándonos a conocer que la prevalencia existe más en las personas adultas.

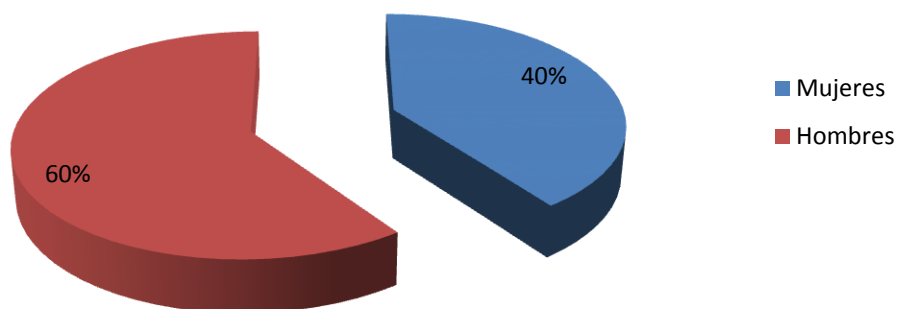
Tabla 2

Cédula de Caracterización del Paciente Tratado con Hemodiálisis

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Sexo	Mujeres	20	40
	Hombres	30	60
	Total	50	100

Fuente: CCP, 2013.

n = 50

Figura 2. Sexo.*Figura2. Sexo de los pacientes que participaron en el estudio de investigación.*

Respecto al sexo: la tabla y la gráfica nos dicen que predomina el masculino en tratamiento de hemodiálisis, siendo el 60% de los pacientes encuestados.

Tabla 3

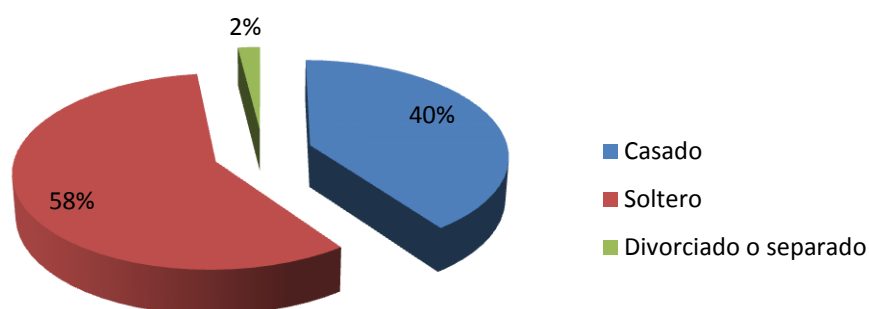
Cédula de Caracterización del Paciente Tratado con Hemodiálisis.

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Estado Civil	Casado	20	40
	Soltero	29	58
	Divorciado o separado	1	2
	Total	50	100

Fuente: CCP, 2013.

n = 50

Figura 3. Estado civil.

*Figura 3. Categorías del estado civil de los pacientes que participaron en el estudio de investigación.*

En el tema del estado civil de los encuestados predomina el paciente que se encuentra soltero con un 58%, un 40% está casado y solo el 2% es divorciado o separado.

Dándonos a conocer que el 40% tiene un apoyo marital.

Tabla 4

Cédula de Caracterización del Paciente Tratado con Hemodiálisis

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Patologías Asociadas	Diabetes Mellitus	24	48
	Hipertensión Arterial	15	30
	Ceguera	2	4
	Otra	2	4
	Ausente	7	14
	Total	50	100

Fuente: CCP, 2013.

n = 50

Figura 4. Patologías Asociadas

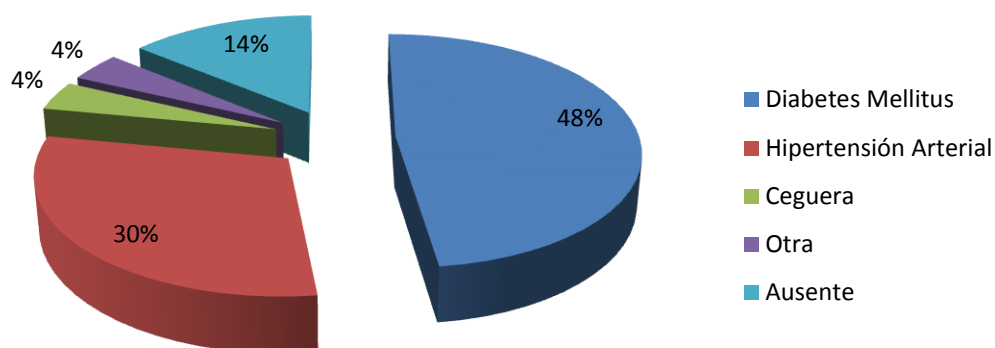


Figura 4. Patologías asociadas a los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.

Las patologías que se asocian en los pacientes estudiados, predomina con un 48% la diabetes mellitus, siguiéndole con el 30% la hipertensión arterial y un 14% no presenta alguna patología asociada.

Tabla 5

Cédula de Caracterización del Paciente Tratado con Hemodiálisis

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Tiempo en Hemodiálisis	Entre 4 y 7 meses	21	42
	Entre 8 y 11 meses	19	38
	Entre 1 y 2 años	6	12
	Más de 2 años	4	8
	Total	50	100

Fuente: CCP, 2013.

n = 50

Figura 5. Tiempo de Hemodiálisis.

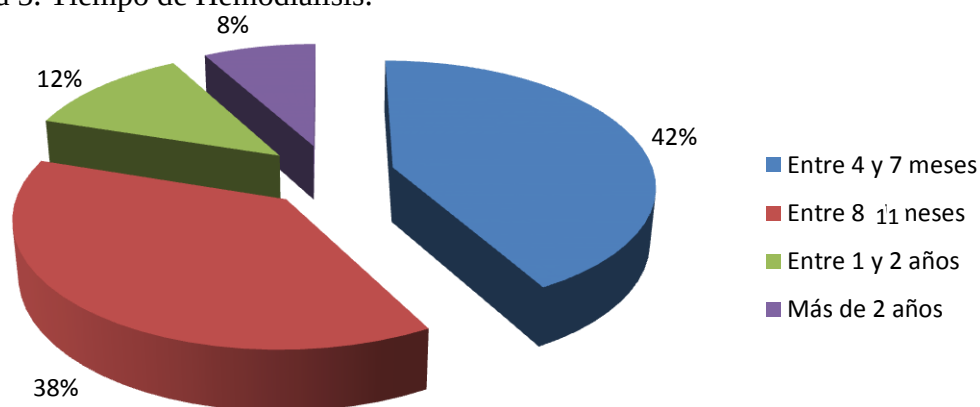


Figura 5. Tiempo dentro del programa de hemodiálisis de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.

Los pacientes con más tiempo perteneciente al programa de hemodiálisis son los que tienen entre 4 y 7 meses con un 42%, siguiendo con un 38% entre 8 y 11 meses y solo el 8% de los pacientes tienen más de 2 años dentro del programa de hemodiálisis, reconociendo con esto que más de la mitad de los pacientes encuestados son nuevos con tratamiento hemodialítico.

Tabla 6
Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Percepción de la Salud General	Excelente	4	8
	Muy buena	5	10
	Buena	20	40
	Regular	19	38
	Mala	2	4
	Total	50	100

Fuente: KDQOL-SF36, 1995.

n = 50

Figura 6. Percepción de la salud.

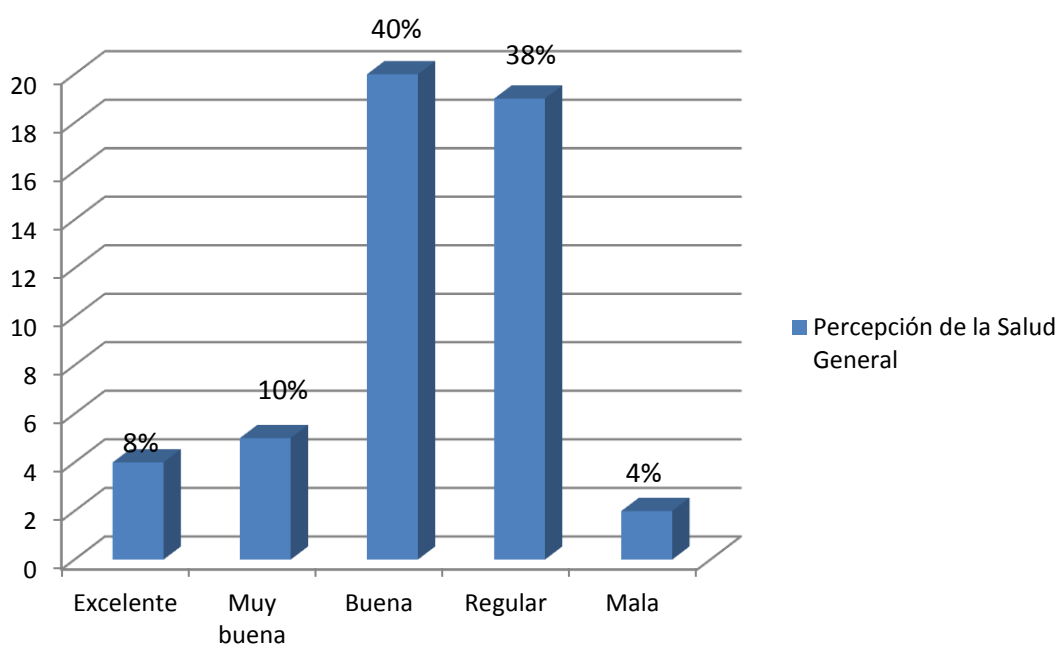


Figura 6. Percepción de la salud de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.

Referente a la percepción de la salud en general de los pacientes en hemodiálisis, el 40% la considera buena, regular con el 38 %, excelente el 8% y solo 4% consideran su salud mala.

Tabla 7
Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Función Física: ¿ha tenido problema en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física? como reducir el tiempo dedicado a su trabajo.	Sí	28	56
	No	22	44
	Total	50	100

Fuente: KDQOL-SF36, 1995.

n = 50

Figura 7. Función Física

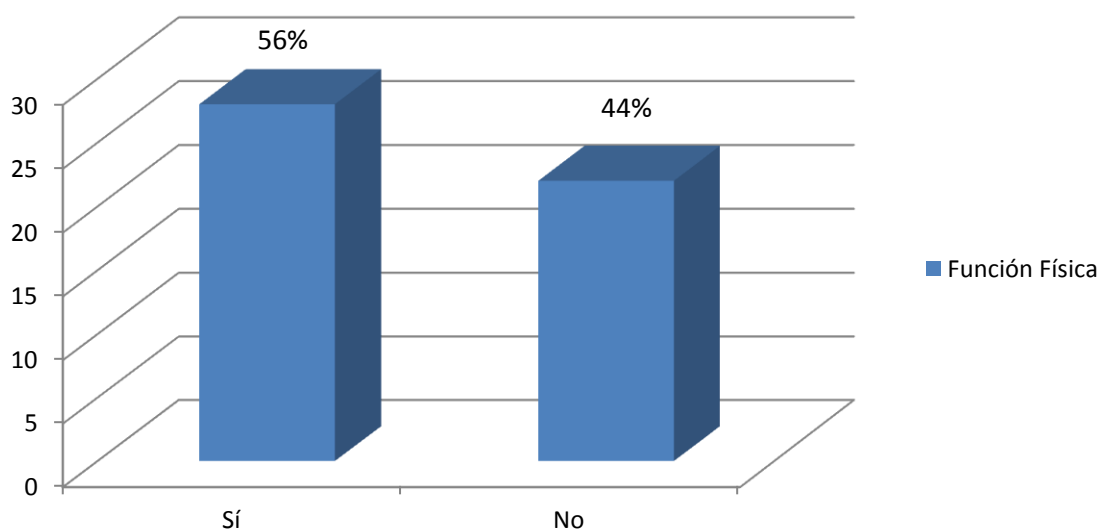


Figura 7. Función Física de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.

Con respecto a la función física en hemodiálisis nos mencionan los encuestados que más de la mitad con un 56% si tienen funcionalidad física. Y el resto no la tiene.

Tabla 8
Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Rol emocional: ¿ha tenido problema en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional? como hacer menos de lo que hubiera querido hacer	Sí	21	42
	No	29	58
	Total	50	100

Fuente: KDQOL-SF36, 1995.

n = 50

Figura 8. Rol Emocional.

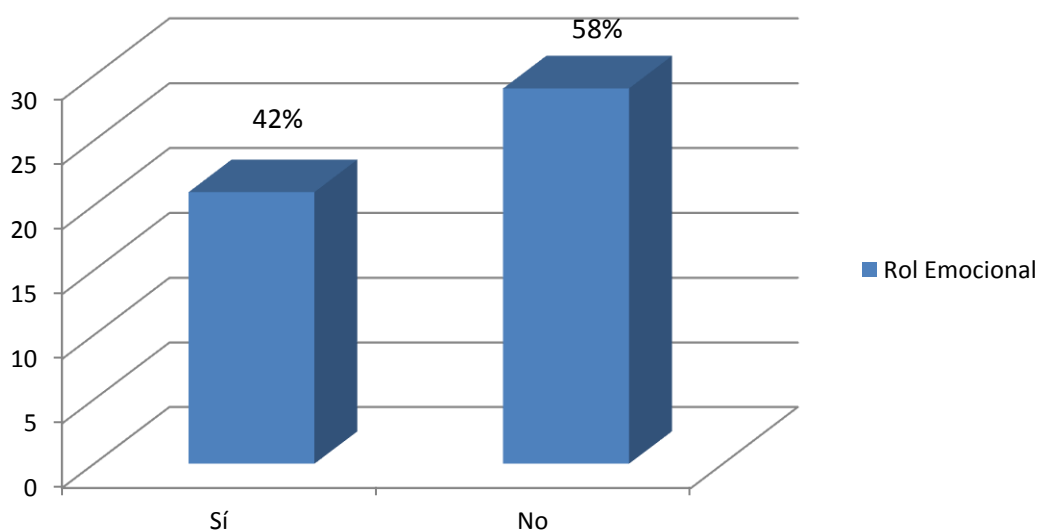


Figura 8. Rol Emocional de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.

En relación al rol emocional se encontró que en los pacientes hemodializados mas de la mitad no tiene afectado este rol y no han dejado de realizar sus actividades cotidianas por encontrarse emocionalmente afectados.

Tabla 9
Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Rol social: ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos u otras personas?	Nada	26	52
	Bastante	2	4
	Un poco	3	6
	Mucho	8	16
	Regular	11	22
	Total	50	100

Fuente: KDQOL-SF36, 1995.

n = 50

Figura 9. Rol Social.

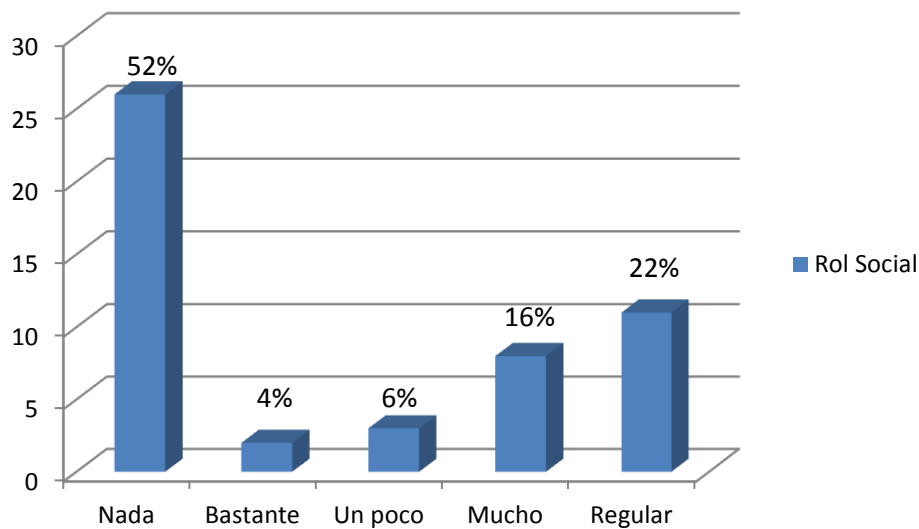


Figura 9. Rol Social de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.

Dentro del rol social de los pacientes en hemodiálisis, nos indica el estudio que los pacientes no están afectados con este rol, siendo el 52% que nos dice que no tienen afectado este rol, el 22% comenta que regularmente por causa de la hemodiálisis le afecta regularmente sus actividades sociales y el 16% dice que es mucho lo que le ha afectado la hemodiálisis en lo que es el rol social.

Tabla 10.
Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Dolor corporal	No, ninguno	20	40
	Sí, un poco	18	36
	Sí, mucho	7	14
	Sí, muy poco	1	2
	Moderado	2	4
	Sí, muchísimo	2	4
	Total	50	100

Fuente: KDQOL-SF36, 1995.

n = 50

Figura 10. Dolor Corporal.

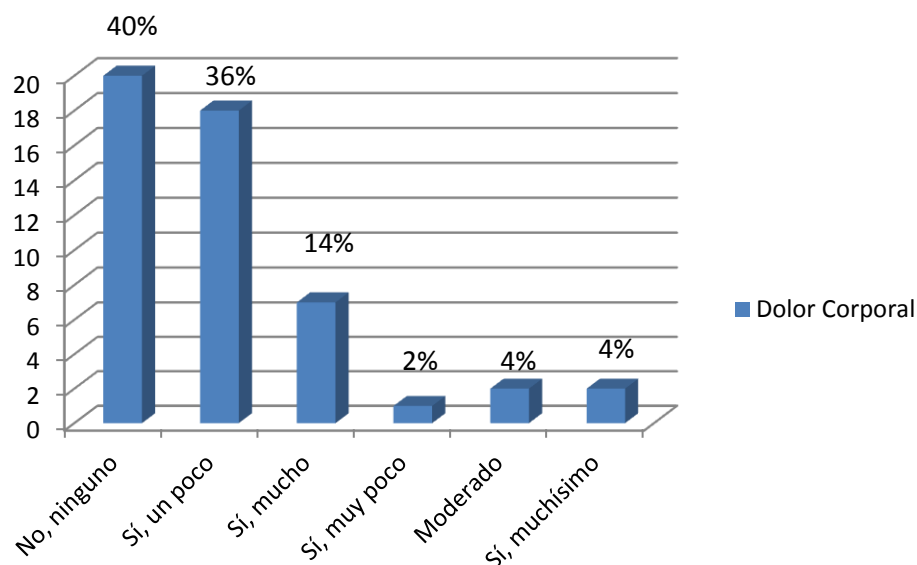


Figura 10. Dolor corporal de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.

En lo que respecta a dolor corporal refieren los encuestados que el 40% no tiene ni siente ningún dolor, el 36% un poco, mucho el 14% y solo el 4% dicen sentir un muchísimo dolor.

Tabla 11
Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Vitalidad	Siempre	2	4
	Casi siempre	17	34
	Muchas veces	11	22
	Algunas veces	6	12
	Solo alguna vez	6	12
	Nunca	8	16
	Total	50	100

Fuente: KDQOL-SF36, 1995.

n = 50

Figura 11. Vitalidad.

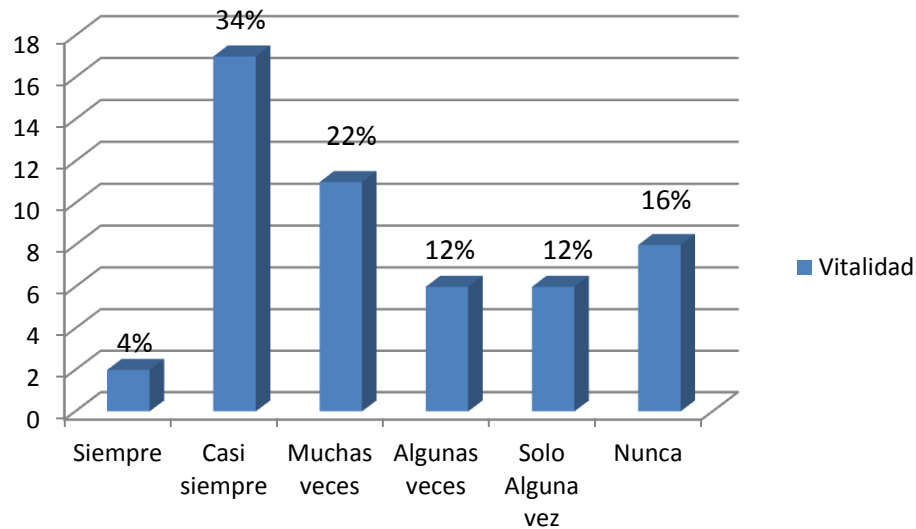


Figura 11. Percepción de la vitalidad o calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.

En lo que respecta a la energía o vitalidad que tienen o perciben los individuos encuestados se encontró que la mayoría 34% casi siempre se siente con vitalidad y energía, el 16% nunca se ha sentido con vitalidad y solo el 4% siempre se percibe con vitalidad y energía.

Tabla 12
Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Cuidados del Personal de Enfermería	Muy malos	1	2
	Regulares	3	6
	Buenos	11	22
	Muy Buenos	16	32
	Los mejores	5	10
	Excelentes	14	28
	Total	50	100

Fuente: KDQOL-SF36, 1995.

n = 50

Figura 12. Cuidados del personal de enfermería

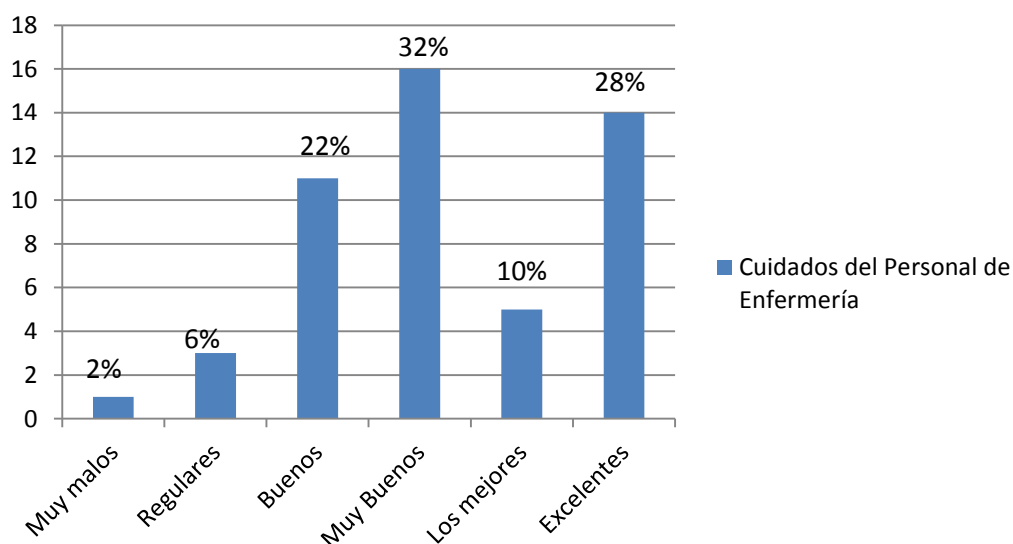


Figura 12. Percepción del cuidado del personal de enfermería hacia los pacientes con insuficiencia renal que participaron en el estudio de investigación.

Dentro de la percepción del cuidado que ofrecen el personal de enfermería se encuentra que el 32% de los pacientes refieren que los cuidados son muy buenos, el 28% que son excelentes y solo el 2% nos dice que es muy mala la atención y el cuidado de enfermería

Capítulo IV

Discusión

La presente investigación nos permitió conocer los factores biológicos, socioculturales, la percepción de calidad de vida y también la percepción del cuidado del personal de enfermería, de los pacientes con IRC tratados con la sustitución renal hemodialítica, realizándose con la Cédula de Caracterización del Paciente (2013) y el Cuestionario de Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida (1995) se realizó en 50 pacientes tratados en una clínica de hemodiálisis de Acapulco, Guerrero, México. Lo que coincide con la mayoría de los estudios relacionados encontrados y presentados en este estudio porque investigaron de igual manera la calidad de vida de los pacientes con IRC. Y sustitución renal hemodialítica. según Patat, Stumm, Kirchner (Julio, 2012) donde nos dice que predomina el sexo masculino en los pacientes encuestados con un (60%) en contrario con Rodríguez, Castro, y Merino (2008), Páez, Jofré, Azpiroz, y Bortoli, (Noviembre, 2008) que menciona que la distribución por sexo fue prácticamente similar en sus muestras de estudio. Referente a la edad de los pacientes estudiados no arroja un resultado del 60% con un intervalo de edad de 45-65 años acuerdo a Patat, Stumm, Kirchner (Julio, 2012) que nos dice que el intervalo de edad de los pacientes estudiados es de 50-70 años. Acordando con Zúñiga, Dapuetto, Muller, Kirsten, Alid, y Ortiz, (2009) donde menciona que el promedio de edad fue de 54,5 de los pacientes encuestados. Menos de la mitad de los pacientes estudiados son casados (40%) en contraste con Patat, Stumm, Kirchner (Julio, 2012) que nos menciona que más de la mitad (59,5%) son casados De acuerdo con Rodríguez, Castro, y Merino (2008) no menciona que tres cuartas partes de los sujetos se declararon con pareja. Las patologías que se asocian en los pacientes estudiados, predomina con un 48% la diabetes mellitus, siguiéndole con el 30% la hipertensión arterial y un 14% no presenta alguna patología asociada, en acuerdo con Zúñiga, Dapuetto, Muller, Kirsten, Alid y Ortiz, (2009) que no mencionan que la causa de la IRC más frecuente fue la

nefropatía diabética y las comorbilidades predominantes fueron la hipertensión arterial y diabetes mellitus. Referente a la percepción de la salud en general de los pacientes en hemodiálisis, el 40% la considera buena, regular con el 38 %, excelente el 8% y solo 4% consideran su salud mala, con lo que dice Patat, Stumm, Kirchner (Julio, 2012) Donde el 48,8% evaluaron su salud como regular, reconociendo un contraste con este estudio. Con respecto a la función física en hemodiálisis nos mencionan los encuestados que más de la mitad con un 56% si tienen funcionalidad física. Y el resto no la tiene. Mejorando la puntuación de Patat, Stumm, Kirchner (Julio, 2012) donde la encuentra la Función física (22,8%) y Cunha, Teles, Vasconcelos, Alves Santana dos Santos, y De Oliveira Rosa, (Julio, 2011.) que encontró la función física con (23.44%). Esquivel, Prieto, López, Ortega, Martínez, y Velasco, (2009) que no menciona que la función física de sus encuestados es del (95%). En relación al rol emocional se encontró que en los pacientes hemodializados mas del 50% no tiene afectado este rol y no han dejado de realizar sus actividades cotidianas por encontrarse emocionalmente afectados. Conociendo lo que nos dice Patat, Stumm, Kirchner (Julio, 2012) respecto a la función emocional con (25,97%). Dentro del rol social de los pacientes en hemodiálisis nos indica el estudio que los pacientes no están afectados con este rol, siendo el 52% que nos dice que no tienen afectado este rol, el 22% comenta que regularmente por causa de la hemodiálisis le afecta regularmente sus actividades sociales y el 16% dice que es mucho lo que le ha afectado la hemodiálisis en lo que es el rol social. De acuerdo con Morales, Salazar, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardellic y López (diciembre 2007) que nos menciona que la función social consta de (62.7%) y Cunha, Teles, vasconcelos, Santana dos Santos y De Oliveira (Julio, 2011.) nos dicen que el puntaje de sus pacientes estudiados respecto al rol social es de l (30.21%). En lo que respecta a dolor corporal refieren los encuestados que el 40% no tiene ni siente ningún dolor, el 36% un poco, mucho el 14% y solo el 4% dicen sentir un muchísimo dolor, siendo esta una dimensión que ninguno de los estudios relacionados menciona alguna

alteración de importancia. En lo que respecta a la energía o vitalidad que tienen o perciben los individuos encuestados se encontró que la mayoría 34% casi siempre se siente con vitalidad y energía, el 16% nunca se ha sentido con vitalidad y solo el 4% siempre se percibe con vitalidad y energía coincidiendo con Rodríguez, Castro, y Merino (2008) El valor más alto de calidad de vida fue 81,8 y el más bajo 3,25. Por lo que se pudo concluir que aproximadamente la mitad de las personas encuestadas tenía una calidad de vida por sobre el nivel promedio, coincidiendo con nuestro estudio lo que nos comenta Esquivel, Prieto, López, Ortega, Martínez y Velasco donde nos dice que la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal es menor a 50 %, aportando y confirmándonos el nivel de calidad de vida Contreras, Esguerra, Espinosa, y Gómez, (Noviembre, 2007) que nos comenta que se observó un deterioro importante en la calidad de vida en estos pacientes. Dentro de la percepción del cuidado que ofrecen el personal de enfermería se encuentra que el 32% de los pacientes refieren que los cuidados son muy buenos, el 28% que son excelentes y solo el 2% nos dice que es muy mala la atención y el cuidado de enfermería, esta es una de las dimensiones más mencionadas por los autores de los estudios relacionados, iniciando con lo que aporta Patat, Stumm, Kirchner (Julio, 2012) que nos menciona que el estímulo por parte del equipo corresponde a un (96,43%) y este obtuvo un puntaje más alto (100%) nos damos cuenta que en nuestro estudio el equipo de enfermería mantiene un porcentaje del (98%) entre que dice que los cuidados son regulares, buenos y excelentes. Mientras que de igual manera coincidimos con Cunha, Teles, Vasconcelos, Santana dos Santos y De Oliveira (Julio, 2011.) donde se encontró la puntuación más alta en las dimensiones como: el estímulo del equipo de Hemodiálisis con un (98%), mientras que para Morales., Salazar., Flores-Villegas., Bochicchio-Riccardelli y López (diciembre 2007). el módulo específico correspondieron a apoyo del equipo de diálisis (78.2). es así como se encontraron diferentes relaciones positivas y negativas de los estudios a nuestra investigación de calidad de vida en pacientes hemodializados.

4.1 Conclusiones

De acuerdo a las evidencias identificadas en el estudio se llegó a la conclusión:

La edad de los pacientes con IRC tratados con hemodiálisis predomina el intervalo de 56 a 65 años, siendo predominante el sexo masculino en tratamiento de hemodiálisis la mayoría estando soltero y teniendo como patología asociada a la IRC la diabetes mellitus y prácticamente siendo nuevos en el programa de hemodiálisis teniendo la mayoría entre 3 y 7 meses en tratamiento.

Considerándose la mayoría con buena percepción de la salud general, encontrando se mas de la mitad con funcionalidad física, encontrándose emocionalmente estables, sin afectación del rol social no teniendo ni sintiendo ningún dolor pero si la mayoría vitalidad y mejor calidad de vida reconociendo que el apoyo del personal de enfermería es predominante en las respuestas de los pacientes encuestados.

4.2 Recomendaciones

Hacer una réplica de este estudio en otra institución de Acapulco Guerrero para comparar los resultados.

Efectuar un estudio de la relación que existe entre Calidad de Vida, apoyo social y cuidados del personal de enfermería.

Realizar un estudio comparativo programas de hemodiálisis y diálisis ambulatoria con el fin de reconocer mayor calidad de vida entre estos programas.

Iniciar un nuevo estudio de diseño cuantitativo y el Cuestionario KDQOL-SF con la finalidad de obtener resultados y ver la fiabilidad del estudio.

Referencias

- Alvarez-Ude, F. (2001) factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la sociedad española de enfermería nefrológica*, 14, pp. 64-68.
- Arenas VG, et al. (2009) Qualidade de vida:comparacao entre diálisis peritoneal automatizada e hemodialise. *Acta Paul.enferm*; P.p 73-9.
- Blake P, J. P. (2004). Economics of dialysis. En K. K. Horl WH, *Replacement of Renal Function by Dialysis*. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer.
- Calvanese N., Feldman L. & Weisinger J., (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Nefrología Latinoamericana*, 11, 2, 49-63.
- Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L., (1976). *The quality of life*. Nueva York: Russell Sage Foundation
- Campos CJG, Turado ER. (2010) Tratamiento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. *Rev. Bras. Enferm.* P.p 546-51.
- Caravaca F, A. M. (2003). Progression of renal insufficiency in the pre-end-stage renal disease setting. *Nefrología*, 23, 510-19.
- Christensen A. y Ehlers S. (2002). Psychological Factor in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-734.
- Cordeiro JABL, et al. (2009) Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Rev. Eletr. Enf.* Pp. 785-93.
- Cardona D., Estrada A. y Agudelo HB., (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26 (2), pp. 206-215..
- Chan C., McFarlane
- Carr AJ, Higginson IJ (2001). Are quality of life measure patient centred. *BMJ.* (PP. 1357-1360.)
- Cidoncha, M., Estévez, I., Marín, J., Anduela, M., Subyaga, G., & Díez de Baldeon, S. (2003). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Comunicaciones presentadas al XXVIII. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
- Croog.S. y Levine. S. (1989). *Qualite of life and Healt Care Intervention* H Freeman y Sol Levine (Eds). (236-261 pp.)

- Derek Leroith, Simeon. I. Taylor, Jerrold M. olefsky. (2003) Diabetes mellitus fundamentos y clínica 2ª. ed Farias GM, Mendonça AEO. (2009) Comparando a Qualidade de Vida de Pacientes em Hemodialise e Pós-Transplante Renal pelo “WHOQOL-BREF”. Rev. min. Enferm. Pp. 574-583.
- Fusshoeller A, P. M. (2004). Biocompatibility pattern of bicarbonate/lactate buffered peritoneal dialysis solutions in APD: a prospective, randomized study. Nephrol Dial Transplant, 19, 2101-2106.
- García, F. W., Fajardo, C., Guevara, R., Gonzáles, V. y Hurtado, A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: el papel de los síntomas ansiosos y depresivos. Nefrología, P.P 2245-252
- Gil J., Cunqueiro M., García J., Foronda J., Borrego M., Sánchez Perales P., Pérez del Barrio J., Borrego G., Viedma A., Liébana S., Ortega & Pérez V. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. Nefrología, 23, 528- 537.
- .
- GÓMEZ, 2000. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. 150 pp.
- Gómez-Vela M. y Sabeth, E. (2002) Calidad de vida evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Recuperado el 14 de febrero de 2007 del sitio web de la universidad de Salamanca: <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>.
- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL.(1993) Measuring health-related Quality of life. Ann Intern Med; Pp. 622-9.
- Guyton, A. C. y Hall, J. E. (1997) tratado de fisiología médica. (9ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Hays RD, Kallich JD & Maes DL (1999). Develmen of the kidney disease Quality of Life. P.p 329-39.
- Hersh-Rifkin M., & Stoner MH., (2005). Psychosocial aspects of dialysis therapy. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner & A. Corea. (Eds.). Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel. EE:UU: Mosby Inc.
- High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. 108: 2154-2169. Jimenez, S. y M. Ignacia (1998). Intentando definir la calidad de vida. Revista ETS Trabajo social. Pontificia Universidad Católica de Chile No 54, 24-31 pp.
- K. E. & Tam B., (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. Journal of clinical nursing, 10, 503-511.

- Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease. A statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease,
- Madeiro. (2010) Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta paul.enferm.* Pp. 546-51.
- Mo Christensen A. y Ehlers S. (2002). Psychological Factor in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-734.
- Oto A., Muñoz R., Barrio R., Pérez M. & Matad T. (2003,). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Influencia del estado de ansiedad-depresión y de otros factores de co-morbilidad. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Barcelona, España: Hispa.
- Polit, D. F. y Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª ed.), México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rivera-Ledesma. A., 2003. Espiritualidad y salud mental en adultos mayores. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis R., A.L., (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. E. Caballo, coord. Manual
- Smeltzer SC, Bare BG, Brunner & Suddarth. (2005). Tratado de Enfermagem Medico-Cirurgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Spitzer WO. State of science (1986): qualite of life and functional status as target variables for research. *J Chorn Dis* 1998; 40 pp. 465-71.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. Recuperado el 27 de junio de 2007 en: 2.www.udec.cl/publicaciones/cye
- Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC, Coresh J, Culleton B, Hamm LL, et al. (2003)
- Vinaccia S., y Orozco L., (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1 (2), pp. 125-137.
- Vinaccia S., Fernández H., Escobar O., Calle E., Andrade I., Contreras F. & Tobón S., (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13, 15-31

- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C., (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, pp. 349-361.
- Wang AY, L. K. (2006). The importance of residual renal function in dialysis patients. *Kidney Int* , 1726-1732.
- Yasuko, B., Romano, S., García, N. y Félix, M., (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (1), pp. 93-102.

Apéndice

- A. Cédula de Caracterización del Paciente (CCP, 2013).
- B. Instrucciones para rellenar el cuestionario
- C. Cuestionario Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida (KDQOL-SF, 1995).
- D. Consentimiento Informado del Paciente con Insuficiencia Renal con tratamiento Hemodialítico.

Apéndice A

Cédula de Caracterización del Paciente (CCP, 2013).

A continuación encierra en un círculo (O) el número que corresponda, según su situación personal:

Edad:

1. 15 a 25 años. 2. 26 a 35 años. 3. 36 a 45 años. 4. 46 a 55 años
5. 56 a 65 años. 6. mayor o igual a 66 años.

Sexo:

1. Hombre. 2. Mujer.

Escolaridad:

1. Primaria. 2. Secundaria. 3. Nivel Medio Superior. 4. Nivel Superior. 5. Posgrados.

Ocupación:

1. Estudiante. 2. Ama de casa. 3. Comerciante. 4. Obrero 5. Profesionista 6. Otro .

Estado Civil:

1. Soltero. 2. Casado. 3. Viudo. 4. Divorciado o separado. 5. Unión libre.

Religión:

1. Católico. 2. Cristiano. 3. Testigo de Jehová. 4. Ateo. 5. Otro.

Procedencia:

1. Acapulco. 2. Centro. 3. Costa chica. 4. Costa Grande. 5. Zona norte
6. Tierra Caliente 7. Montaña.

Unidad de Medicina Familiar a la que pertenece:

1. UMF 2 2. UMF 9 3. UMF 26 4. UMF 28 5. UMAN 6. Otro.

Patologías Crónicas Asociadas:

1. Diabetes Mellitus. 2. Hipertensión Arterial. 3. Ceguera. 4. Otra. 5. Ausente.

Tiempo en Hemodiálisis:

1. Entre 4 y 7 meses. 2. Entre 8 y 11 meses. 3. Entre 1 año y 2 años. 4. Más de 2 años.

GRACIAS

Apéndice B

Fecha de hoy: Día Mes Año 2013

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO

Las preguntas que siguen refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Esta información permitirá saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de realizar sus actividades habituales.

2. 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.

3. Por favor, conteste cada pregunta rodeando con un círculo el número correspondiente o rellenando la respuesta tal como se indique.

Ejemplo:

Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto dolor de espalda ha tenido?

(Marque un solo número)

Nada.....	1
Muy poco.....	2
Poco.....	3
Moderado.....	4
Mucho	5

4. Este cuestionario está hecho para poder ver los efectos de la enfermedad del riñón sobre su vida. Algunas preguntas se refieren a las limitaciones que tiene y otras se refieren a su bienestar.

5. Puede que algunas preguntas se parezcan a otras, pero todas son distintas. Responda lo más sinceramente que pueda, por favor. Si no está seguro/a de cómo responder una pregunta, dé la mejor respuesta que pueda, por favor. Así nos podremos hacer una buena idea sobre las diferentes experiencias de los pacientes con enfermedad del riñón.

Gracias por participar

Apéndice C

Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida (KDQOL-SF, 1995).

SU SALUD

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

(Marque una sola casilla)Excelente ----- ☐Muy buena ----- ☐Buena ----- ☐Regular ----- ☐Mala----- ☐

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

(Marque una sola casilla)Mucho mejor ahora que hace un año----- ☐Algo mejor ahora que hace un año----- ☐Más o menos igual que hace un año----- ☐Algo peor ahora que hace un año----- ☐Mucho peor ahora que hace un año----- ☐

Las preguntas 1-11 pertenecen a la Encuesta de Salud SF-36 en Español del Proyecto IQOLA, reproducida con el permiso del Centro Médico de New England Medical Center. Todos los derechos reservados.

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. **Su salud actual, ¿le limita** para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

(Marque una sola casilla por pregunta)

	Sí, me limita <u>Mucho</u>	Sí me limita <u>un poco</u>	No, no me <u>limita nada</u>
a. Esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	☐	☐	☐
b. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	☐	☐	☐
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	☐	☐	☐
d. Subir varios pisos por la escalera	☐	☐	☐
e. Subir un solo piso por la escalera	☐	☐	☐
f. Agacharse o arrodillarse	☐	☐	☐
g. Caminar un kilómetro o más	☐	☐	☐
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	☐	☐	☐
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	☐	☐	☐
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	☐	☐	☐

4. Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

(Marque una sola casilla por pregunta)

	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	☐	☐
b. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	☐	☐
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	☐	☐

d. ¿Tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo,-----☐-----☐ le costó más de lo normal)?

5. Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún **problema emocional** (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

(Marque una sola casilla por pregunta) Si No

a. ¿Tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al-----☐-----☐ trabajo o a sus actividades cotidianas, **por algún problema emocional**?

b. ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido-----☐-----☐ hacer, **por algún problema emocional**?

c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas **tan cuidadosamente** como-----☐-----☐ de costumbre, **por algún problema emocional**?

6. 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?

(Marque una sola casilla)

Nada----- ☐	Mucho----- ☐
Bastante----- ☐	Regular----- ☐
Un poco----- ☐	

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

(Marque una sola casilla)

No, ninguno----- ☐	Sí, mucho----- ☐	Sí, moderado----- ☐
Sí, un poco----- ☐	Sí, muy poco----- ☐	Sí, muchísimo----- ☐

8. 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)

(Marque una sola casilla)

Nada----- ☐	Mucho----- ☐	Bastante----- ☐	Regular----- ☐	Un poco-- ☐
------------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------	------------------------------------

9. 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. Durante las **4 últimas semanas** ¿cuánto tiempo...

(Marque una sola casilla por pregunta)

	<u>Siempre</u>	<u>Casi Siempre</u>	<u>Muchas veces</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Sólo alguna vez</u>	<u>Nunca</u>
a. se sintió lleno de vitalidad?-----	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. estuvo muy nervioso?-----	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?-----	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. se sintió calmado y tranquilo?-----	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. tuvo mucha energía?-----	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. se sintió desanimado y triste?-----	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. se sintió agotado?-----	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. se sintió feliz?-----	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. se sintió cansado?-----	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. 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)?
(Marque una sola casilla)

Siempre---☐ Casi siempre---☐ Algunas veces---☐ Sólo alguna vez---☐
Nunca-----☐

11. Por favor, diga si le parece **CIERTA** o **FALSA** cada una de las siguientes frases.
(Marque una sola casilla por pregunta)

	<u>Totalmente</u>	<u>Bastante</u>	<u>No lo</u>	<u>Bastante</u>	
a. Creo que me pongo	<u>cierta</u>	<u>cierta</u>	<u>sé</u>	<u>falsa</u>	
enfermo más fácilmente que otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐

b. Estoy tan sano como-----□-----□-----□-----□-----□
cualquiera.

c. Creo que mi salud va-----□-----□-----□-----□-----□
a empeorar.

d. Mi salud es excelente-----□-----□-----□-----□-----□

SU ENFERMEDAD DEL RIÑÓN

12. ¿En qué medida considera **CIERTAS** o **FALSAS** en su caso **cada una** de las siguientes afirmaciones? **(Marque una sola casilla por pregunta)**

	<u>Totalmente</u> <u>Cierta</u>	<u>Bastante</u> <u>cierta</u>	<u>No lo</u> <u>sé</u>	<u>Bastante</u> <u>falsa</u>	<u>Totalmente</u> <u>falsa</u>
a. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	☐	☐	☐	☐	☐
d. Me siento una carga para la familia.	☐	☐	☐	☐	☐

13. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. Dé a cada pregunta la respuesta que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las **4 últimas semanas**, ¿cuánto tiempo...
(Marque una sola casilla por pregunta) Sólo

a. se aisló, o se apart  de la gente que le rodeaba?

b. reaccionó
lentamente a las
cosas que se-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

c. estuvo irritable
con los que le-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

d. tuvo dificultades
para concentrarse-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

e. se llevó bien
con los demás?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

f. se sintió
desorientado?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

14. Durante las **4 últimas semanas**, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas? **(Marque una sola casilla por pregunta)**

Nada Un poco Regular Mucho Muchísimo

a. ¿Dolores musculares?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

b. ¿Dolor en el pecho?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

c. ¿Calambres?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

d. ¿Picores en la piel?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

e. ¿Sequedad de piel?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

f. ¿Falta de aire?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

g. ¿Desmayos o mareo?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

h. ¿Falta de apetito?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

i. ¿Agotado/a, sin fuerzas?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

j. ¿Entumecimiento
(hormigueo) de manos-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

k. ¿Náuseas o molestias
del estómago?-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

l. Sólo para pacientes en hemodiálisis: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

¿Problemas con la fístula o cateter? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

m. Sólo para pacientes en diálisis peritoneal: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

¿Problemas con el catéter?

15. Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria. ¿Cuánto le **molesta** su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas?
(Marque una sola casilla por pregunta)

	<u>Nada</u>	<u>Un poco</u>	<u>Regular</u>	<u>Mucho</u>
<u>Muchísimo</u>				
a. ¿Limitación de líquidos?	☐	☐	☐	☐
b. ¿Limitaciones de dieta?	☐	☐	☐	☐
c. ¿Su capacidad para trabajar en casa?	☐	☐	☐	☐
d. ¿Su capacidad para viajar?	☐	☐	☐	☐
e. ¿Depender de médicos y otro personal sanitario?	☐	☐	☐	☐
f. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad de riñón?	☐	☐	☐	☐
g. ¿Su vida sexual?	☐	☐	☐	☐
h. ¿Su aspecto físico?	☐	☐	☐	☐

Las dos siguientes preguntas son personales y se refieren a su vida sexual. Sus respuestas son importantes para comprender los efectos de la enfermedad del riñón en la vida de las personas.

16. ¿Hasta qué punto supusieron un problema cada una de las siguientes cosas, durante las **4 últimas semanas**? (Marque una sola casilla por pregunta)

a. Disfrutar de su actividad sexual.-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

b. Excitarse sexualmente-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐

En la siguiente pregunta valore cómo duerme usted en una escala que va de 0 a 10, por favor. El 0 representa que duerme “Muy mal” y el 10 representa que duerme “Muy bien.” Si cree que usted duerme justo entre “Muy mal” y “Muy bien,” rodee con un círculo el número 5, por favor. Si cree que duerme un poco mejor que el nivel 5, rodee el número 6. Si cree que duerme un poco peor, rodee el 4 (y así sucesivamente).

17. En una escala que va de **0** a **10**, valore cómo duerme usted en general.
(Marque una sola casilla)

[illegible]

18. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿cuánto tiempo... (Marque una sola casilla por pregunta)

[illegible]

19. En relación con **su familia y sus amigos**, valore su nivel de satisfacción con...
(Marque una sola casilla por pregunta)

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

20. Durante las **4 últimas semanas**, ¿realizó un trabajo remunerado?
(Marque una sola casilla)

Sí ☐

No ☐

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

(Marque una sola casilla)

Sí ☐

No ☐

22. En general, ¿cómo diría que es su salud?
(Marque una sola casilla)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
↑				↑						↑
La PEOR salud posible				A MEDIAS entre la peor posible y la perfecta						(tan mala o peor que estar muerto) La MEJOR salud

SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS RECIBIDOS

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

(Marque una sola casilla)

Muy malos-----	☐	Malos -----	☐
Regulares-----	☐	Buenos -----	☐
Muy buenos-----	☐	Los mejores-----	☐
Excelentes-----	☐		

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

(Marque una sola casilla por pregunta)

	<u>Totalmente</u> <u>cierta</u>	<u>Bastante</u> <u>cierta</u>	<u>No lo</u> <u>sé</u>	<u>Bastante</u> <u>falsa</u>	<u>Totalmente</u> <u>falsa</u>
a. El personal de diálisis me anima a ser todo lo independiente posible-----	☐	☐	☐	☐	☐
b. El personal de diálisis me apoya para hacer frente a mi enfermedad del riñón.-----	☐	☐	☐	☐	☐

Muchas gracias por su colaboración

Apéndice D
Hoja de Consentimiento Informado

Título del Proyecto: “Calidad de Vida en el paciente con IRC con tratamiento sustitutivo hemodialítico del Hospital de Instituto Mexicano del Seguro Social de Acapulco, Guerrero, México.”

Investigadores Responsables: LE. Silverio Petatán Mendoza
ME. Noé Xicali Morales

Prologo: El concepto de Calidad de Vida (CV) ha sido utilizado desde la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como estado completo de bienestar físico psíquico y social y no solo ausencia de dolencia y enfermedad de acuerdo a esta última definición estamos interesados en saber la calidad de vida que tienen los pacientes con tratamiento hemodialítico del IMSS Vicente Guerrero por medio de una secuencia de preguntas. Antes de decidir si quieres o no participar, necesitas saber el propósito del estudio y lo que debes hacer después de dar tu consentimiento. Este procedimiento se llama **consentimiento informado**, este instructivo te explicará el estudio, si decides participar, te pediremos que firmes esta forma de consentimiento. Si lo consideras necesario se te entregará una copia.

Propósito del Estudio: Los pacientes de IRC tratados con hemodiálisis deben tener un estilo de vida favorable. Es por eso que debemos identificar como personal de enfermería los factores que ocasionan un mal estilo de vida. Y así trabajar en la mejora de la calidad de vida en los pacientes de IRC, y recomendar un ejercicio moderado, una dieta que aporte nutrientes y calorías que necesita el paciente con IRC, cumplir con los tratamientos prescritos sin hacer cambios sin consultar previamente al médico. Evitar caer en ansiedad y depresión causa multifactorialmente, donde uno de los mas presentados en los hombres es la disminución de la función sexual.

Se necesita identificar los factores de principales causantes de la disminución de la calidad de vida para así poder intervenir, realizar actividades e intervenciones para la mejora de la calidad de vida.

Descripción del Estudio/ Procedimiento

1. Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado.
2. La Cédula de Caracterización Personal y el cuestionario KDQOL-SF serán aplicados dentro del servicio de hemodiálisis del Hospital General Regional Vicente Guerrero; se le protegerá cuidando en todo momento tu privacidad, no identificándole por su nombre, ni dirección.
3. Además se le informa que esto no tendrá ninguna repercusión en su enfermedad.
4. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que desee dejar de participar.

Riesgos e inquietudes: No existen riesgos relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuesto o no desea seguir hablando de su enfermedad y su vida puedes retirarse en el momento que usted lo decida.

Beneficios esperados:

En este estudio no existe un beneficio personal por participar; pero si debe saber que en un futuro con los resultados de este estudio se podrán diseñar, aplicar intervenciones y actividades para una mejora de la Calidad de Vida en pacientes tratados con hemodiálisis

Costos y alternativas: No hay ningún costo para participar en el estudio. La única alternativa para este estudio implica participar y no en el estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que conocerán que usted participó en el estudio, es usted y los autores del estudio. Ninguna información sobre usted será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de la cédula y el cuestionario serán publicados en un artículo científico pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personal. Recuerde que la cédula y el cuestionario que usted conteste son anónimos y la información es confidencial.

Derecho de Retractar:

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no participar no afecta su relación actual con ninguna institución de salud, Si decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar a nada ni a nadie.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este estudio por favor comuníquese con los autores principales del estudio el LE. Silverio Petatán Mendoza y ME. Noé Xicali Morales, quienes se encuentran en la Coordinación de Posgrados de Enfermería del Departamento de Ciencias de la Salud del Centro Interdisciplinario de Posgrados de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), al teléfono 2-29-94-00 extensiones 7713 o 7939. Lada sin costo (01 800) 224 220 00. Dirección 9 poniente 1712, Colonia Santiago, Puebla Pue.

Consentimiento:

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma del Paciente con Tratamiento en
Hemodiálisis

Firma del Investigador Principal

Fecha:_____

Fecha:_____