

11257
3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PEDIATRÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
SERVICIO DE NEFROLOGÍA

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN
DIÁLISIS PERITONEAL**

I. M. S. S. C. M. N.
HOSPITAL DE PEDIATRÍA
SET. 29 2003
D. F. T. O. DE ENSEÑANZA
E IN EST. P. A. I. N

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

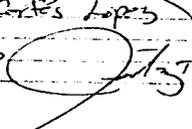
Tesista: Dr. Jorge Cortés López
Asesores: Dra. Araceli López
Dra. Alejandra Aguilar



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el contenido de mi tesis.

NOMBRE: Jorge Cortés López

FECHA: 29/09/03

FIRMA: 

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, 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 donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

La atención médica integral de los pacientes con IRCT además del tratamiento dialítico y medicamentos, debe incluir una evaluación de la calidad de vida. Calidad de vida se define como sensaciones intuitivas que pueden ser experimentada por los pacientes, las cuales pueden agruparse en sensaciones de "sentirse bien." El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida percibida a través del cuestionario COOP-Dartmouth en los pacientes con IRCT y detectar si hay algún determinante que influya en dicha percepción. En el presente estudio se incluyeron a 40 pacientes con IRCT en diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada; se aplicó el cuestionario COOP-Dartmouth y se relacionó con los niveles de albúmina, hematocrito, fracción de eyección y Kt/V . Las tres principales etiologías de IRCT fueron la glomerulonefritis crónica (47.5%), la malformación de vías urinarias y rechazo a injerto con un 17.5% cada una. En cuanto a la calidad de vida percibida por los pacientes, 27.5% se percibió con muy buena calidad de vida, el 60% con buena y el 12.5% con regular; ningún paciente se percibió con mala o muy mala calidad de vida; no se encontró asociación entre la calidad de vida percibida global de los pacientes, y las variables de hematocrito, albúmina sérica, así como fracción de eyección, fracción de acortamiento, dosis recibida de diálisis (Kt/V). Las áreas más afectadas fueron la de actividad física y la salud mental y las variables que pueden influir en ésta percepción fue el hematocrito y el Kt/V . Se requiere de instrumentos más específicos que midan éstos aspectos en estudios posteriores.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica, calidad de vida, diálisis peritoneal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Cuando la filtración glomerular cae por debajo de 10 ml/ min. / 1.73m², se denomina Insuficiencia Renal Crónico Terminal (IRCT) y es indicación de iniciar tratamientos sustitutivos como la diálisis peritoneal, hemodiálisis y terapia lenta de reemplazo renal. (1) La Diálisis Peritoneal (DP) es el procedimiento por el cual se realiza depuración de sustancias, empleando al peritoneo como una membrana dializante entre la sangre que circula por los capilares y una solución que se infunde en la cavidad peritoneal. El transporte de solutos y agua pasan la membrana peritoneal por dos tipos de transporte pasivo que son la difusión y la convección. La difusión ocurre por un gradiente de concentración, se utiliza glucosa en la solución dializante para crear un gradiente osmótico entre dicha solución y la sangre lo cual provoca ultra filtración y un transporte por convección de solutos. (2)

En los Estados Unidos en 1996 se registraron 284.000 pacientes adultos con IRCT, la incidencia en el grupo etario de 20-44 años fue de 122 / millón / año, mientras para la población pediátrica en el mismo periodo de tiempo se cita una incidencia de 15 pacientes/ millón / año (3). Mientras tanto la Asociación Europea de Diálisis y Transplantes para el año de 1994 cita una incidencia de IRCT en menores de 15 años de 3 pacientes / millón / año (4). No existen estadísticas mexicanas precisas para esta patología y grupo etario pediátrico en particular, sin embargo en el Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI del IMSS; se ha observado un incremento en la frecuencia de esta enfermedad; en 1991 esta patología no figuraba en las primeras 15 causas de atención en la consulta externa general del hospital, ya para el año 2000 se atendieron un total de 1009 consultas de pacientes pediátricos con IRCT (141 de primera vez y 868 subsecuentes) ocupando el 9º lugar de atención en la consulta externa, y el 5º lugar en hospitalizaciones durante el año 2000, con un total de 380 egresos durante dicho año.(5.6)

La atención médica, además del tratamiento dialítico y medicamentoso, debe considerar al aspecto psicosocial por lo que es importante evaluar la calidad de vida.(7)

Este mismo concepto puede ser compartido con el concepto de salud citado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde define a la salud como " el estado de

completo bienestar físico , mental y social , y no solamente la ausencia de enfermedad o "disconfort" (8).

El concepto de salud y enfermedad varía de acuerdo al grupo etario estudiado: Natapoff describe que para un adulto la presencia de salud puede significar la capacidad de ser autosuficiente en las labores cotidianas y ser económicamente productivo a fin de mantener su rol familiar y social (9), ésta expectativa no es compartida por la población pediátrica, debido a su dependencia en cuanto al rol económico y en general para el resto de actividades cotidianas, considera a la salud y enfermedad como dos puntos diametralmente opuestos y dos condiciones independientes entre sí. Conceptualiza a la enfermedad como un conjunto de sensaciones somáticas presentes ante una situación de disconfort interno.(10) A los pacientes con enfermedades crónicas es necesario realizarles determinaciones en cuanto a su estado físico, mental y social como lo determina la OMS, y no solo evaluaciones físicas y bioquímicas, lo cual de manera indirecta se denomina como Calidad de Vida. No existe un concepto definitivo de calidad de vida , ya que el propio concepto incluye un sistema de valores o perspectivas que varían de persona a persona y de grupo social al que pertenezca cada individuo, así como de cada grupo etario. Se incluyen en tal concepto estilos de vida, calidad del alojamiento y del vecindario, satisfacción en la escuela y/o trabajo, situación económica , capacidad para realizar actividades rutinarias y otros factores más, que se asocian a la condición de la enfermedad en éste tipo de pacientes.

Un concepto empleado para calidad de vida consiste en una sensación intuitiva que puede ser experimentada por pacientes, las cuales se pueden agrupar en sensaciones de "sentirse bien". (11)

Uno de los primeros autores en estudiar esta condición fue Karnofsky en 1948 en pacientes oncológicos ("Performance Status"), y posteriormente grupos oncológicos abordaron dicha tarea antes que cualquier otra área de la salud, incluso en la población pediátrica. (12)

En la década de los 80's se publicaron diversos estudios a manera de encuesta a fin de determinar la calidad de vida percibida por los pacientes específicamente con IRCT, entre los que se citan en las guías DOQI (Diálisis Outcomes Quality Initiative) están: Profile of Mood Scale, General Health Questionnaire, General Well Being Index, Index of Overall Life Satisfaction. Estos son cuestionarios en que se investigan condiciones de comodidad o disconfort, logros, capacidad física, satisfacción personal, presencia de dolor, movilidad y

relaciones familiares y de pareja, incluyendo actividad sexual; pero ninguna de ellas se ha enfocado hacia la población pediátrica. (13)

La aplicación de éstos cuestionarios en adultos han encontrado que las principales alteraciones en ésta población son la sensación de fatiga, la limitación en las actividades físicas y cotidianas así como trastornos en el sueño (14) . Otro aspecto detectado fue la sensación de ansiedad y depresión , debido a la “dependencia de otros” y “la incertidumbre hacia el futuro”; se ha visto que entre mayor tiempo en diálisis, éstas situaciones disminuyen, existiendo una correlación negativa. De igual manera el grupo más afectado en la población adulta ha sido el femenino. (15)

Comparando la calidad de vida entre los diferentes tratamientos sustitutivos se encontró que la perspectiva de calidad de vida en los pacientes con IRCT es mejor en aquellos en los que han sido transplantados con éxito, tal vez porque el transplante refleja la culminación del sueño esperado de la “adquisición de una vida saludable” y terminación de tratamientos extenuantes dialíticos (16) . El segundo grupo con mejor percepción de calidad de vida fue el grupo de pacientes con terapia dialítica domiciliaria (DP o Hemodiálisis -HD-) y la peor percepción la tienen los pacientes que recibieron tratamiento dialítico en centro hospitalario: en los pacientes con rechazo a injerto también decae la percepción de calidad de bienestar a un grado comparable a la de los pacientes con diálisis hospitalaria (15).

En 1990 el grupo COOP-Dartmouth desarrolló un cuestionario para facilitar a los clínicos la evaluación de la calidad de vida percibida en pacientes con enfermedades crónicas. El cuestionario consta de cuadros ilustrativos a fin de realizar una analogía oral – visual que hace más comprensible su aplicación en la población infantil. El cuestionario investiga salud física, salud mental, funcionalidad en las actividades sociales, funcionalidad en las actividades de rol individual, dolor, percepción de sentirse bien e imagen corporal .

En el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional en 1996, se realizó la validación del cuestionario COOP-Dartmouth, a fin de evaluar el estado funcional biopsicosocial en pacientes escolares y adolescentes con enfermedad crónica y dicha validación ha sido ya reportada en la literatura.. haciendo la aportación de evaluar la satisfacción en cuanto a la atención médica recibida.(11)

La importancia de la evaluación de la calidad de vida percibida de cada paciente con IRCT es de suma importancia , para determinar la relación con la dosis de diálisis recibida. Esto

ya se ha descrito en 1993 por Hornberger en pacientes en HD, en donde se determinó que pacientes con un Kt/V de 1.3 tenían menor "discomfort" que pacientes con dosis menores de HD y con lo cual se logró optimizar recursos también para los servicios de HD.(18). No obstante en la actualidad se considera que el valor de Kt/V ideal para los pacientes en diálisis es $> \delta = 2.0$. (13)

El objetivo del estudio es determinar la calidad de vida percibida a través del cuestionario de COOP-Dartmouth en los pacientes con IRCT y detectar si hay algún determinante que influya en dicha percepción.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio a los pacientes del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en programa de diálisis peritoneal automatizada (DPA) o continua ambulatoria (DPCA), de ambos sexos sin datos de infección, que no tuvieran datos sugestivos de discapacidad mental y que no estuvieran hospitalizados, con edad mínima de 7 años cumplidos y máxima de 16 años con 11 meses. Se revisaron los expedientes clínicos y se determinó la etiología de la IRCT, el tiempo en diálisis peritoneal, número de cirugías abdominales, sexo, edad, la presencia de trasplante previo o no. A todos los pacientes se les determinó albúmina, hematocrito y medición de función ventricular mediante fracción de eyección y fracción de acortamiento, y dosis de diálisis recibida de Kt/V.

El mismo día de toma de muestras sanguíneas, se aplicó a cada paciente el cuestionario COOP – Dartmouth, a fin de estimar la calidad de vida percibida por los pacientes. La aplicación del cuestionario fue de manera individualizada, previa lectura y explicación del mismo, instando a cada paciente a responder preferentemente sin ayuda de algún familiar, toda duda presentada se comentó con el encuestador y se resolvió de manera directa con un ejemplo de una situación según la pregunta en cuestión. Cada pregunta consta de una puntuación de 1 a 5, correspondiendo a 1 la más óptima para el paciente y 5 en el caso de la peor situación posible, dando por resultado una escala inversa de calificación, en donde el menor puntaje correspondía a una percepción de calidad de vida muy buena y el mayor puntaje correspondía a una muy mala calidad de vida. El puntaje menor esperado es de 15 y el máximo de 75 puntos, y con base a ello se agruparon en las siguientes categorías, quedando de la siguiente manera:

- a) Muy Buena: 15 a 26 puntos.
- b) Buena: 27 a 38 puntos.
- c) Regular: 39 a 50 puntos.
- d) Mala: 51 a 62 puntos.
- e) Muy mala: 63 y más puntos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El diseño del estudio es transversal, prospectivo y descriptivo. El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo a las características de cada variable. Posteriormente se probó si existía correlación de la calificación global con las variables de albúmina sérica, hematocrito, fracción de eyección y dosis de diálisis. En las preguntas en que se encontró mayor variación se realizó un estudio posthoc, comparando el grupo que contestó esas preguntas con valor 1 y 2 (mejor condición en esa pregunta) y los que contestaron más de 2 denotando en ese aspecto una mayor problemática y se compararon las medianas con una prueba de U de Mann Whitney.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

A) Características de la población:

Se incluyeron en el estudio un total de 44 pacientes. 4 pacientes se excluyeron por no contar con el cuestionario COOP-Dartmouth contestado de manera completa al realizar el análisis de resultados, dando un total de 40 pacientes analizados.

El 40% de los pacientes (16 / 40), correspondió al sexo masculino y un 60% (24 / 40) al femenino. Los adolescentes conformaron el grupo predominante, con una mediana de edad de 14 años (Q 25: 13 y Q 75: 15 años). El tipo de terapia dialítica en un 97.5% (39 / 40) de los pacientes fue la automatizada.

La etiología predominante de la IRCT fue la Glomerulonefritis Crónica correspondiendo al 47.5% (19 / 40); en segundo lugar en frecuencia se detectaron a las Malformaciones de Vías Urinarias y al Rechazo a Injerto con un 17.5% cada una (7 / 40). La Nefritis Familiar se encontró en 2 pacientes (5%), mientras que la Nefropatía Lúpica, Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria, y la Oxalosis ocuparon cada una el 2.5%, y 2 pacientes tuvieron otras etiologías distintas a las anteriores. La mediana de el tiempo en diálisis peritoneal, fué de 16.5 meses (Q 25: 10.2 meses y Q 75: 28.7 meses).

B) Evaluación de la calidad de vida. Calificación global:

Se observó que el 27.5% (11 / 40) se percibieron con una Muy Buena Calidad de Vida (Grupo I), 60% de los pacientes (24 / 40) se percibían con una Buena Calidad de Vida (Grupo II), y el 12.5% (5 / 40) se percibió con una Regular Calidad de Vida (grupo III). Hacemos notar que ninguno de los pacientes se percibió de acuerdo a los puntajes obtenidos con una Calidad de Vida Mala o Muy Mala.

En el cuadro No. 1 se agrupan los pacientes de acuerdo a la calidad de vida percibida, y los valores determinados (mediana y percentil 25 y 75) en relación al tiempo en diálisis peritoneal, hematocrito, albúmina sérica, fracción de excreción y Kt/V. Se aprecia diferencia entre grupos en cuanto a los valores de Kt/V y tiempo en diálisis, pero no se encontró correlación significativa entre la calificación global y éstas variables (r: -0.285 y r: -0.17 respectivamente).

En el Grupo I solo 2 pacientes tenían transplante previo (18.1%); para el Grupo II el 20.8% tenían el antecedente y para el Grupo III igualmente el 20% de pacientes contaban con antecedente de transplante previo.

C) Dimensiones específicas del cuestionario:

Analizando por separado las diferentes dimensiones del cuestionario, el área que se vio más afectada fue la actividad física (pregunta No. 2 COOP-Dartmouth) y la salud mental, la cual se evaluó preguntando si platicaban sus problemas con algún miembro de la familia (pregunta No. 7-COOP-Dartmouth), lo cual se muestra en el cuadro No. 2.

En el gráfico No. 1 se representa la frecuencia de los puntajes obtenidos para la pregunta 2 (COOP-Dartmouth), en la que se explora la salud física de los pacientes (capacidad física); mientras que en el gráfico No. 2 se representan los correspondiente a la pregunta No. 7, en donde la dimensión explorada es la salud mental y de ésta se exploran las condiciones de apego al núcleo familiar.

En el cuadro No. 3, se explora de manera particular la actividad física (pregunta No. 2 COOP-Dartmouth), agrupando a los pacientes con puntaje menor o igual a 2 (correr muy rápido o rápido por lo menos 10 minutos) y los de mayor o igual a 3 (caminar a paso regular, a paso lento o muy lento durante 10 minutos), comparándose ambos grupos con respecto al hematocrito, albúmina, fracción de eyección y acortamiento y Kt/V, para detectar diferencias entre las medianas de estos grupos, encontrando una diferencia estadísticamente significativa con los niveles de hematocrito y el Kt/V. La pregunta No. 11 COOP-Dartmouth, explora una de las dimensiones de salud mental, la presencia subjetiva de depresión, ya que investiga la presencia de "tristeza o desánimo", en ésta se encontró una diferencia no significativa por grupos, con un valor de $p: .06$. La pregunta No. 1 COOP-Dartmouth investiga la percepción general de sentirse bien, en donde se observó que los pacientes con una albúmina mejor tenían mejor percepción a dicha pregunta, pero no hubo significancia estadística. En el resto de preguntas tampoco se encontró diferencia significativa entre los grupos de acuerdo a puntaje.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DISCUSIÓN

Existen pocos estudios de calidad de vida percibida en la población infantil, y no hay reportes en la literatura en niños en IRCT. Los estudios de calidad de vida en la población pediátrica son en pacientes oncológicos.

En éste trabajo, no se encontró asociación entre la calidad de vida percibida global de los pacientes, y las variables de hematocrito, albúmina sérica, así como fracción de eyección, fracción de acortamiento, dosis recibida de diálisis (Kt/V).

El tiempo en diálisis y su correlación en cuanto con la calidad de vida, hizo notar que los pacientes que tienen menos tiempo en diálisis peritoneal, se percibían con una calidad de vida regular en comparación con los que tienen más tiempo en diálisis como se demuestra en el cuadro No.1. Ésta situación se asemeja con lo publicado en la literatura en pacientes adultos (a mayor tiempo en diálisis peritoneal, mejor calidad de vida percibida y viceversa (15), aunque no se encontró una correlación estadísticamente significativa al realizar el análisis estadístico.

En la literatura se refiere que la población adulta que ha tenido un transplante previo y se encuentra en tratamiento dialítico, se percibe con una peor calidad de vida, comparado con los pacientes que no cuentan con tal antecedente(15). En éste estudio no se encontró relación entre el antecedente de transplante previo y calidad de vida ya que la proporción de los pacientes que habían rechazado fue similar (20%) en cada grupo de calidad de vida.

Realizándose el análisis estadístico en relación a cada una de las dimensiones valoradas por el cuestionario COOP-Dartmouth, se detectaron que las áreas de más afectada en los pacientes, fueron la actividad física y las áreas que evalúan salud mental. En cuanto a la actividad física, se encontró que los pacientes con menor cifra de hematocrito, así como con una inadecuada dosis de diálisis (Kt/V) se perciben con una capacidad física menor contra los que tienen una actividad física mayor, lo cual coincide con la literatura de acuerdo a resultados en población adulta. (14)

Otra área investigada y que denotó significancia estadística fue el área de salud mental correspondiente a la pregunta 11 (COOP-Dartmouth), en donde se investigan datos indirectos de depresión en donde se pregunta la frecuencia con que se sienten tristes o

desanimados, encontrándose un 30 % de la población, refiriendo que algunas veces, la mayor parte del tiempo y todo el tiempo encontrando diferencia significativa entre los grupos con puntuación 1 y 2 (nunca y pocas veces) y más de 2 (algunas veces, la mayor parte del tiempo y todo el tiempo) con la dosis de diálisis (Kt/V). No obstante éste cuestionario no está diseñado para evaluar la depresión, los hallazgos encontrados nos hacen valorar la necesidad de explorar la depresión en el niño con algún otro instrumento que evalúe específicamente esta patología.. Comparando las diferencias entre los niños que estaban tristes pocas veces o nunca con los que se referían algunas veces, la mayor parte del tiempo y todo el tiempo, hubo diferencias en cuanto a la dosis de diálisis recibida (2.57 vs 1.65, p: 0.06) que no alcanzó niveles estadísticamente significativos, lo cual pudiera deberse al tamaño de la muestra.

La pregunta No 1 (COOP-Dartmouth) decía: ¿ Como la has pasado en las última 4 semanas?, la cual explora la percepción general de "sentirse bien". Comparando a los pacientes que se sentían muy bien o bien, con los que se sentían regular, mal y muy mal, se encontró que el primer grupo tenía una mediana de albúmina de 3.4 g/dl, contra el segundo grupo en donde se encontró una mediana de 3.1 g/dl (con p: 0.08); así como la fracción de eyección de 69% vs 62% (p: 0.062), que si bien no alcanzan niveles estadísticamente significativos, podrían sugerir que la nutrición y una mayor fracción de eyección pudieran contribuir a la percepción general de sentirse bien. Sería conveniente explorar éstos aspectos en una población mayor para descartar que no se encontró diferencia por el tamaño de la muestra.

El punto no detectado en la población adulta y el cual fue uno de los de mayor relevancia en cuanto a las áreas que evalúa el cuestionario COOP-Dartmouth, fue la afectación en el núcleo familiar, (dimensión explorada: salud mental COOP-Dartmouth 11), en donde se detectó que la mayoría de los pacientes conversan poco con algún miembro de la familia, solo el 25% de los pacientes (10 / 40) citó a la madre como el miembro con el que más conversaban, otro 25% con nadie y el restante 50% se dividió entre los primos, tíos y abuelos: probablemente por falta de confianza, o por temor a no ser comprendidos, e incluso ésta cuestión podría ser de manera bilateral, ya sea del paciente para el grupo familiar tanto como del grupo familiar para con el paciente. Esta situación, deja un espacio

abierto para investigación minuciosa en cuanto a la problemática en el seno de la familia en las condiciones de tener un miembro de la familia con una enfermedad crónica.

Una tarea del adolescente es su identidad e imagen corporal. Los pacientes en diálisis peritoneal tienen un catéter que de alguna manera invade su cuerpo, por lo cual llama la atención que en éste cuestionario (en donde se pregunta: ¿ como te sientes con tu apariencia física ?), 80% de los pacientes contestaron que se sentían muy bien o bien, y el único que contestó que se sentía muy mal fue porque tenía “granos en la cara”. Si bien se puede interpretar como que los niños no tienen problema de imagen corporal a pesar de la presencia de un catéter; pudiera tratarse de negación del problema, o que se requiera de un instrumento que mida éste aspecto de una manera más específica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

El presente estudio demuestra que la percepción de calidad de vida entre la población adulta y pediátrica es distinta ya que los pacientes pediátricos presentaron una mejor calidad de vida percibida que la población adulta; siendo que el 27.5% se percibió con una calidad de vida muy buena, el 60% con buena calidad de vida y el 12.5% con regular calidad de vida. Ninguno de los pacientes se percibió con mala o muy mala calidad de vida. No se demostró que existan factores que influyeran de manera directa en la percepción global de calidad de vida tales como la función cardíaca, la dosis de diálisis y los valores bioquímicos. El hematocrito y la dosis de diálisis parecen ser factores que influyan en la actividad física, que fue la dimensión más afectada en la percepción de calidad de vida. Las áreas de salud mental demostraron que los pacientes estudiados presentan datos sugestivos de depresión así como de disfuncionalidad en el núcleo familiar, por lo cual es necesario la realización de estudios para evaluar tanto el núcleo familiar como la depresión en niños en diálisis, con algún instrumento más preciso y específico para dichas áreas, para lo cual es necesario el apoyo de el servicio de salud mental en un estudio longitudinal en donde se evalúen dichas áreas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO
(figuras – cuadros)

CUADRO 1:

Tiempo en diálisis, hematocrito, albúmina sérica y fracción de eyección (medianas, percentil 25-75) de acuerdo a percepción de calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA	TIEMPO EN DIÁLISIS (meses)	HEMATOCRITO (g/dl)	ALBÚMINA SÉRICA (g/dl)	FRACCIÓN DE EYECCIÓN (%)	Kt / V
MUY BUENA	13 (10-40)	26.3 (21.5-30.4)	3.4 (3.1-3.7)	64 (50-76)	3.1 (1.8-3.9)
BUENA	22.5 (13.2-29)	25.3 (21.3-34.5)	3.4 (2.9-3.5)	66 (61-73)	2.0 (1.4-2.9)
REGULAR	6 (3.5-12)	27.3 (15.7-34.5)	3.1 (2.0-3.9)	64 (63-71)	1.8 (1.7-2.4)

CUADRO 2:

Puntaje obtenido (medianas, percentil 25-75) por cada pregunta y dimensión explorada en el cuestionario COOP-Dartmouth en el total de los pacientes en estudio.

DIMENSIÓN (pregunta)	MEDIANA	PERCENTIL 25 - 75
1- Percepción de sentirse bien	2	1-3
2- Actividad física	3	2-3
3- Funcionalidad en actividades sociales	1.5	1-2
4- Funcionalidad en actividades sociales	2	1-2
5- Percepción de sentirse bien	2	1-2
6- Funcionalidad en actividades de rol individual	2	1-2
7- Salud mental	3	2-4.5
8- Dolor	1	1-1
9- Funcionalidad en actividades de rol individual	1.5	1-3
10- Imagen corporal	2	1-2
11- Salud mental	2	1-3
12- - Percepción de sentirse bien	1.5	1-2
13- Dolor	1	1-2
14- Satisfacción con atención de salud	1	1-2
15- - Percepción de sentirse bien	2	1-3

CUADRO No.3:

Valores de hematocrito, albúmina, dosis de diálisis recibida (Kt/V), fracción de eyección y acortamiento (medianas, percentil 25-75), para evaluación de actividad física (pregunta 2 COOP-Dartmouth) de acuerdo a puntaje obtenido.

	PUNTAJE $\leq \bar{d} = 2$	PUNTAJE $> \bar{d} = 3$	P
HEMATOCRITO (g/dl)	29 (23.9 - 34.1)	23.5 (20 - 29.5)	.031
ALBÚMINA (g7dl)	3.5 (3.7 - 3.82)	3.2 (2.9 - 3.5)	.130
Kt/V	2.8 (2.1 - 3.6)	1.67 (1.24 - 2.4)	.007
FRACCIÓN DE EYECCIÓN (%)	62 (53 - 77)	66 (63.5 - 73)	.40
FRACCIÓN DE ACORTAMIENTO (%)	33 (27 - 37)	32 (28 - 36.5)	.91

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Gordillo PG. Insuficiencia renal crónica, capítulo 19 en: Nefrología pediátrica; Gordillo PG, eds. Mosby/Doyma, México, 1995, p 374-400.
- 2) Gordillo PG. Tratamiento, capítulo 20 en: Nefrología pediátrica; Gordillo PG, eds. Mosby/Doyma, México, 1995, p 401-428.
- 3) Hemodialysis Adequacy Work Group: NFK-DOQI clinical practice guidelines for hemodialysis. Am J Kidney Dis. 2001, 37: S7-S15 (supl.1).
- 4) Mehls O, Rigden S, Ehrich JHH, Berthoux F, Jones EHP, Valderrabano F.: Report of management of renal failure in Europe, XXV, 1994. The child – adult interface. Nephrol Dial Transplant. 1996,11: S22-S36 (supl.1).
- 5) Insitituto Mexicano del Seguro Social; Hospital de Pediatría , Centro Médico Nacional. Informe estadístico de labores, 1991.
- 6) Insitituto Mexicano del Seguro Social; Hospital de Pediatría , Centro Médico Nacional. Informe estadístico de labores, 2000.
- 7) Jönsson B.: Assessment of quality of life in chronic diseases. Acta Paediatr Scand. 1987, 337: 164-169.
- 8) Reaman GH, Haase GH.: Quality of life research in Childhood cancer. Am Cancer Soc. 1996, 78 (6): 1330-1332.
- 9) Natapoff J. Childrens view of health: a developmnet study. Am J Public Health. 1978, 68: 995-1000.
- 10) Milstein S, Iwin C. Concepts of health and illness: different constructs or variations on a theme? Health psychol. 1987, 6: 515-24.
- 11) López GA, Valois FL, Arias GJ, Alonzo VF, Cárdenas NR, Villasis KM, Martínez GM, Morales CM.: Validación del cuestionario COOP-Dartmouth para evaluar estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. Bol Med Hosp Infant Mex. 1996, 53: 606-615.
- 12) Karnofsky DA, Abelman WH, Craver LF.: The use of nitrogen mustards in palliative treatment of carcinoma. Cancer. 1948, 1:634-656.
- 13) Peritoneal Dialysis Adequacy Work Group: NFK-DOQI clinical practice guidelines for peritoneal dialysis. 2000. Am J Kidney Dis. 2001, 37: s 65-108.

- 14) Lok P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *J Adv Nurs*. 1996, 23(5): 873-81.
- 15) Lindqvist R. Sjoden PO. Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Adv Nurs*. 1998, 27(2): 312-9.
- 16) Lindqvist R. Sjoden PO. Carlsson M. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *J Adv Nurs*. 2000, 31(6): 1398-1408.
- 17) Hornberger JC: The hemodialysis prescription and cost effectiveness. *J Am Soc Nephrol*. 1993, 4: 1021-1027.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN