

11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL TACUBA
I. S. S. S. T. E.

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON TRATAMIENTO
SUSTITUTIVO DE LA FUNCION RENAL

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA.
P R E S E N T A :
DR. URIBE PADILLA GABRIEL.



ISSSTE

MÉXICO, D. F.

OCTUBRE 2004



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE:	GABRIEL URIBE PADILLA
FECHA:	01 DE OCTUBRE DEL 2004.
FIRMA:	



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL TACUBA

I.S.S.S.T.E.

**CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON TRATAMIENTO
SUSTITUTIVO DE LA FUNCION RENAL**

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

PRESENTA:

DR. URIBE PADILLA GABRIEL



ISSSTE

MEXICO, D. F. A 01 DE OCTUBRE DEL 2004.

FIRMAS

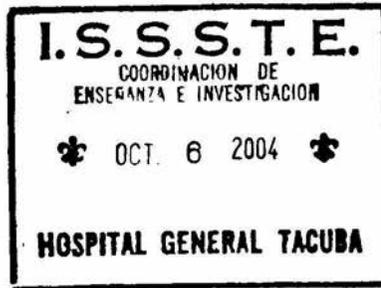
DR. ENRIQUE RODRIGO

JIMENEZ

Profesor titular del curso de
Especialización en Medicina
Interna

DR. JESUS CRUZ SANTOS

Coordinador de Enseñanza e
Investigacion



ASESORES:

DR. ANA PATRICIA MACIAS

BELMAN

Jefe del Servicio de Medicina
Interna

DR. FERNANDO SANCHEZ

MATA

Medico Adscrito al Servicio de
Medicina Interna

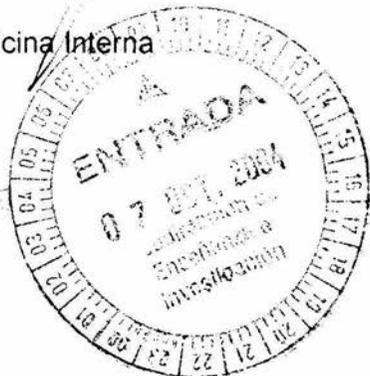
DR. ENRIQUE RODRIGO

JIMENEZ

Coordinador del Servicio de
Medicina Interna

DR. LUIS ROMERO GALLEGOS

Medico Adscrito al Servicio de
Medicina Interna



DEDICATORIA

A MIS PADRES: FELIPE URIBE Y ROSA PADILLA

Por haber confiado siempre en mí y alentarme para seguir adelante a pesar de las adversidades.

A MIS HERMANOS: DIEGO URIBE Y HUGO URIBE

Simplemente por aceptarme a pesar de mis defectos.

A MIS PROFESORES Y A MIS COMPAÑEROS: Por el apoyo y enseñanza otorgados a lo largo de esta residencia medica.

A UNA GRAN AMIGA: ILIANA DEL MORAL ESTRADA

Por haber estado conmigo incondicionalmente en el momento mas difícil de mi vida y ayudarme a superarlo

CONTENIDO

	Pagina
RESUMEN	1
SUMMARY	5
INTRODUCCIÓN	9
OBJETIVOS	21
MATERIAL Y METODOS	22
RESULTADOS	24

	Pagina
CONCLUSION	27
DISCUSION	30
TABLAS Y FIGURAS	32
ANEXO No. 1	45
BIBLIOGRAFIA	64

RESUMEN

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva caracterizada por la incapacidad del riñón para mantener en niveles normales las concentraciones de los productos del metabolismo de proteínas, la tensión arterial, el hematocrito y el equilibrio del sodio, el agua, el potasio y ácido básico. Se acepta en general, que entre 80 y 100 pacientes por millón de habitantes por año mueren de fracaso renal crónico terminal, si no se incorpora a programas de tratamiento activo: diálisis y/o trasplante.

La decisión de iniciar procedimientos sustitutivos de la función renal perdida no es sencilla; se debe basar en parámetros clínicos, analíticos y en la situación subjetiva del enfermo. Actualmente se aboga por la institución precoz de los sistemas dialíticos.

Cada enfermo con insuficiencia renal crónica terminal vive la enfermedad de forma singular. Sin embargo, a medida que transcurre el tratamiento, los sentimientos de desesperanza, invalidez y angustia que surgen son comunes en todos los pacientes.

La calidad de vida que logre será resultado, además de la adecuación médica de la diálisis, de su proceso de adaptación psicológica y su red interpersonal: familia, equipo asistencial e inserción social.

La calidad de vida relacionada con la salud, se utiliza como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. La calidad de vida supone la posibilidad de interacción paciente/ambiente, asociada a bienestar físico, realización de actividades sociales y capacidad de desarrollo personal.

El cuestionario de salud SF-36 desarrollado por Ware y Sherbourne en 1992, adaptado y validado en España por J. Alonso y colaboradores., es un instrumento genérico de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, que consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones.

El interés de este estudio se basa en la necesidad de conocer realmente que es lo que ofrecemos a nuestro pacientes, no solo en relación a la mejoría medica y tiempo de sobrevivida, si no también en que forma el tratamiento dialítico puede afectar la calidad de vida y si está se relaciona con alguno de los programas en especial, para tratar de promoverlo sobre los otros y de esta manera mejorarla.

De un total de 110 pacientes estudiados, se incluyeron a 47 , de los cuales 12 se encontraban en diálisis peritoneal intermitente, 13 en hemodiálisis y 22 en diálisis continua ambulatoria.

Se encontró que de los 12 pacientes en diálisis peritoneal intermitente, cinco presentaron deficiente calidad de vida y siete regular calidad de vida.

De los 22 pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria, en cinco se determino que tenían deficiente calidad de vida, doce tenían regular calidad de vida y cinco con una buena calidad de vida.

De los trece pacientes en hemodiálisis, solo dos presentaron deficiente calidad de vida, cuatro obtuvieron regular calidad de vida y siete con buena calidad de vida.

Se encontró también que la calidad de vida fue mejor en el sexo masculino que en el femenino y que en el grupo incluido en el rango de edad de 50 a 60 años se presentó también mejor calidad de vida.

SUMMARY

The inadequacy renal chronicle is a progressive illness characterized by the inability of the kidney to maintain in normal levels the concentrations of the products of the metabolism of proteins, the blood pressure, the hematocrito and the balance of the sodium, the water, the potassium and basic acid. It is accepted in general that enters 80 and 100 patients per annum for million of inhabitants they die from failure renal chronic terminal, if he/she doesn't incorporate to programs of active treatment: dialysis and/or transplante.

The decision of beginning substitute procedures of the lost renal function is not simple; it should be based on clinical, analytic parameters and in the sick person's subjective situation. At the moment one pleads for the precocious institution of the systems dialíticos.

Each sick person with inadequacy renal terminal chronicle the illness in a singular way lives. However, as the treatment lapses, the despair feelings, disability and it anguishes that they arise they are comunes in all the patients.

The quality of life that achieves will be been, besides the adaptation it prescribes of the dialysis, of its process of psychological adaptation and its interpersonal net: family, assistance team and social insert.

The quality of life related with the health, is used as a way of referring to the perception that has the patient of the goods of a certain illness or of the application of certain treatment in diverse environments of its life, especially of the consequences that it causes about its physical, emotional and social well-being. The quality of life supposes the possibility of interaction paciente/ambiente, associated to physical well-being, realization of social activities and capacity of personal development.

The questionnaire of health SF-36 developed by Ware and Sherbourne in 1992, adapted and validated in Spain by J. Alonso and collaborators., it is a generic instrument of evaluation of the quality of life related with the health that consists of 36 articles contained in 8 dimensions.

The interest of this study is based on the necessity of really knowing that it is not what we offer to our patients, alone in relation to the improvement it prescribes and time of sobriedad, if not also in that forms the treatment dialítico it can affect the quality of life and if it is he/she is related especially with some of the programs, to try to promote it on the other ones and this way to improve it.

Of a total of 110 studied patients, they were included at 47, of which 12 were in intermittent peritoneal dialysis, 13 in haemodialysis and 22 in ambulatory continuous dialysis.

It was found that of the 12 patients in intermittent peritoneal dialysis, five presented faulty quality of life and seven to regulate quality of life.

Of the 22 patients in ambulatory continuous peritoneal dialysis, in five you determines that they had faulty quality of life, twelve had to regulate quality of life and five with a good quality of life.

Of the thirteen patients in haemodialysis, alone two presented faulty quality of life, four obtained to regulate quality of life and seven with good quality of life.

He/she was also that the quality of life was better in the masculine sex than in the feminine one and that in the group included in the age range from 50 to 60 years you also presents better quality of life.

INTRODUCCION

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva caracterizada por la incapacidad del riñón para mantener concentraciones normales de los productos del metabolismo de proteínas (como la urea), la tensión arterial, el hematocrito y el equilibrio del sodio, el agua, el potasio y el ácido básico. (1)(2)

Aunque en la insuficiencia renal crónica, existe un deterioro de la mayoría de las funciones del riñón, el grado de afección global se mide valorando el filtrado glomerular, que expresa la reducción o deterioro de las nefronas. La función renal puede disminuir de forma silente hasta que el filtrado glomerular es igual o menor a 25 ml/min. Por debajo de estos valores surge una amplia constelación de manifestaciones clínicas, mas evidentes cuanto mayor sea el grado de deterioro de la función renal, provenientes de la afección de los distintos órganos y sistemas que constituyen el síndrome urémico. (3)

La evolución natural de muchas nefropatías conducen a una situación de insuficiencia renal crónica progresiva, que suele evolucionar en

periodos de tiempo variable a un estadio terminal. Se acepta en general, que entre 80 y 100 pacientes por millón de habitantes por año mueren de fracaso renal crónico si no se incorporan a programas de tratamiento activo: diálisis y/o trasplante. (2)(3)

La nefropatía diabética y la nefroangioesclerosis hipertensiva ocupan actualmente los primeros lugares en Estados Unidos y otros países desarrollados como causas mas frecuentes de insuficiencia renal crónica.(3)

La decisión de iniciar procedimientos sustitutivos de la función renal perdida en el enfermo con insuficiencia renal crónica terminal se debe basar en parámetros clínicos, analíticos y en la situación subjetiva del enfermo. En el pasado se fijaban ciertos criterios, sobre todo analíticos (hiperpotasemia, cifras muy altas de creatinina y urea) y datos de síndrome urémico (pericarditis, encefalopatía, escarcha urémica). Actualmente, esperar a que estos signos se presenten para incluir a un enfermo en diálisis se considera un fracaso en el seguimiento del enfermo con insuficiencia renal crónica. (2)(3)

En el presente, se aboga por la institución precoz de los sistemas dialíticos cuando la función propia es todavía superior a la que aporta el tratamiento sustitutivo y el enfermo está poco sintomático; esta actitud se justifica en los pacientes diabéticos o ancianos con algunos estudios que han demostrado que este inicio temprano disminuye la morbilidad y mortalidad en los dializados, al mejorar su estado de nutrición y control más estricto de la de la presión.(3)

Cada caso debe analizarse individualmente y durante el largo seguimiento de los enfermos que acuden a las consultas pre-diálisis; deben decidir en conjunto, el propio paciente y el equipo tratante el mejor momento de inclusión, midiendo parámetros clínicos; entre ellos, el estado nutricional y las variables analíticas y psicológicas además precisar cuál es el procedimiento dialítico que más conviene al enfermo: diálisis peritoneal o hemodiálisis en sus distintos tipos de acuerdo a sus características particulares.(3)

En general, se ingresan a alguno de los programas de tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica terminal, a los pacientes que se estima :

- a) tienen esperanza de vida razonable
- b) conseguirán una calidad de vida aceptable
- c) tendrán apoyo familiar e institucional
- d) con su entrada en tratamiento sustitutivo renal no se excluye a otros pacientes que se beneficiarían mas que él de dicho tratamiento
- e) no hay recortes presupuestarios insalvables.(3)

Cada enfermo con insuficiencia renal crónica terminal vive la enfermedad de forma singular. Esta dependerá de su historia de enfermedad, de sus características personales y de su entorno. Sin embargo, a medida que transcurre el tratamiento, los sentimientos de desesperanza, invalidez y angustia que surgen son comunes a todos los pacientes. La calidad de vida que logre será resultado, además de la adecuación médica de la diálisis, de su proceso de adaptación psicológica y de su red interpersonal: familia, equipo asistencial e inserción social.(3)(4)

Es recomendable que un equipo multidisciplinario intervenga, desde meses antes del inicio de la diálisis, para preparar el ingreso del paciente, aportándole información y seguimiento personalizado para

apoyarlo en sus temores a la enfermedad, de la cirugía para la colocación de catéter de tenckoff o acceso vascular en caso de diálisis peritoneal o hemodiálisis respectivamente.(3)

Los factores que inciden en la adaptación son con mayor frecuencia la historia de la enfermedad, comorbilidad, edad, familia, equipo tratante y recursos psicológicos.(3)(4)

Si el cambio de salud a enfermedad ha sido abrupto, la adaptación es más difícil, ya que no ha permitido que se desarrolle el proceso de información de la enfermedad. También es más difícil la adaptación a la diálisis para pacientes con patología adicional.(3)

Los pacientes mayores tienen más posibilidad de aceptar la nueva realidad que los más jóvenes, ya que ingresar a un programa de diálisis interfiere en sus aspiraciones laborales, económicas y recreativas.(3)

El grado de energía disponible y el bienestar físico del paciente influyen en el grado de adaptación psicológica a la diálisis. El uso de

eritropoyetina modifica considerablemente algunos índices de calidad de vida (fatiga, apatía, actividad cotidiana) incluida rehabilitación laboral, al estimular la producción de glóbulos rojos por la médula ósea y aumentar de esta forma los niveles de hemoglobina, disminuyendo la sintomatología, relacionada con el síndrome anémico presente en casi todos estos pacientes.(3)(5)(6)(7)(8)

Por parte de la familia, al inicio suele haber colaboración y acompañamiento en respuesta a las necesidades del enfermo; pero a medida que persiste la enfermedad, las situaciones de conflicto que existían antes de la enfermedad se agudizan y aparecen otras. (3)

Cada paciente recurre a modalidades propias para tolerar el peso psicológico de la enfermedad y adaptarse a la situación de diálisis. Sin embargo, hay algunos recursos que, en grado variable, son adoptados por la mayoría de los pacientes: dependencia, regresión, negación y apropiación. (3)(4)

Por la naturaleza del tratamiento dialítico, el paciente establece relaciones de estrecha dependencia con algún miembro de la familia y del medio hospitalario. Aquellas personas con características previas extremadamente independientes tienden a presentar más dificultades.(3)

Un grado intenso de dependencia suele ir asociado a regresión: en el paciente se reactivan formas más tempranas de pensamiento y comportamiento, que promueve que otro, ya sea familiar o médico, asuma decisiones y cuidados que eran suyos.(3)

Ante los intensos sentimientos de desesperanza y ansiedad de muerte, el paciente se protege con la negación, desconociendo en algún grado la gravedad de su enfermedad y actuando, a veces, como si se olvidara que esta existe.(3)

Con relación al riñón artificial y a la sala de diálisis, el paciente recurre a la apropiación.

El órgano artificial es vivido como parte de su esquema corporal. Esto explica, en gran parte, el estado de alerta y las reacciones

emocionales intensas que tiene el paciente ante las vicisitudes del aparato, así como su resistencia a cambiarlo.

Por otra parte, la sala hospitalaria se convierte en la prolongación de la familia y en un nuevo lugar de pertenencia, con rangos y lugares preferenciales. El paciente se incluye en una nueva red de relaciones que reemplazan o se articulan con la red familiar o laboral. Prefiere las salas pequeñas, donde la atención es mas personalizada y opone resistencia a los cambios de lugar. Por el significado emocional del espacio, es aconsejable hacer un trabajo de preparación con el pacientes en situaciones que requieren cambios dentro de la sala.(3)

Los recursos mencionados ayudan a la adaptación del paciente. Sin negación, por ejemplo, el paciente viviría solo para la diálisis. Es necesario intervenir unicamente si aquellos se transforman en una conducta que perturba el tratamiento: la negación extrema puede, por ejemplo, provocar la inasistencia a las sesiones de diálisis o el incumplimiento de las restricciones dietéticas.(3)

Los problemas que con mayor frecuencia se presentan en los pacientes con sustitución de la función renal son: depresión, inactividad laboral, trastornos del sueño, pobre apego a la terapéutica, disfunción sexual y disfunción cognitiva.(3)(4)

Los avances de la medicina han hecho posible prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial atención en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.(4)(9)

Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones,

comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no solo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de vida del paciente.(9)

La importancia de evaluar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, en terapia sustitutiva es algo comúnmente aceptado en particular por los nefrólogos. La calidad de vida supone la posibilidad de interacción paciente/ambiente, asociada a bienestar físico, realización de actividades sociales y capacidad de desarrollo personal. (10)(11)(12)(13)(14)(15)

El cuestionario de salud SF-36 desarrollado por Ware y Sherbourne en 1992, adaptado y validado en España por J. Alonso y cols. (**Anexo 1**), es un instrumento genérico de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, que consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones:

1. Función física : grado en que la salud limita las actividades físicas tales como auto cuidado, caminar , subir escaleras , inclinarse, los esfuerzos moderados o intensos (10 ítems)
2. Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas (4 ítems)
3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems)
4. Salud general: valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, perspectivas de salud en el futuro y resistencia a enfermarse (5 ítems)
5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems)
6. Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. Rol emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems)
8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, trastornos de la conducta o bienestar general (5 ítems)

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuantos mayores sean, mejor estado de salud. El rango de puntuación para cada dimensión oscila de 0 a 100.

El test detecta tanto estados positivos de salud como negativos y explora salud física y salud mental. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional.(16)(17)(18)(19)(20)(21)(22)

El interés de este estudio se basa en la necesidad de conocer realmente que es lo que ofrecemos a nuestro pacientes, es decir, no solo la mejoría médica y prolongación de la vida, sino también, saber en que forma puede afectar a la calidad de vida el tratamiento dialítico, determinar si se relaciona una buena calidad de vida con un programa dialítico en especial para tratar de promoverlo sobre los otros y de esta forma mejorarla.

OBJETIVOS

El presente estudio tiene como meta:

Objetivo General:

MEDIR LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EN EL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE

Objetivos Específicos:

1.- MEDIR LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA, DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE Y HEMODIALISIS.

2.- COMPARAR Y CONOCER QUE PROGRAMA DE SUSTITUCION DE LA FUNCION RENAL (DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE, DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA Y HEMODIALISIS) OFRECE MEJOR CALIDAD DE VIDA, A LOS PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN EL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y comparativo, en el cual se incluyó a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en los diferentes programas de sustitución de la función renal: hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente (DPI) y diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), con manejo dentro del Hospital General Tacuba ISSSTE de la ciudad de México, en un periodo comprendido de Enero a Febrero del 2004.

De un total de 110 pacientes con insuficiencia renal crónica en los diferentes programas de diálisis, se incluyeron 47 pacientes, de los cuales 12 se encontraban en diálisis peritoneal intermitente (DPI) (25.5%), 13 en hemodiálisis (27.6%) y 22 (46.8%) en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) (**Tabla 1**); 24 pertenecían al sexo femenino (51.06%) y 23 al sexo masculino (48.93%), con edades comprendidas entre 28 y 83 años, con una media de 55.5 años, con más de tres meses en alguno de estos programas, estar de acuerdo en contestar el cuestionario SF-36 y participar en dicho estudio.

Se excluyeron a todos los pacientes con menos de tres meses en tratamiento sustitutivo, los que no contestaron el cuestionario de salud SF-36 y estar en desacuerdo con su participación en presente estudio.

En los criterios de eliminación se encontraban solo la defunción y el cambio de clínica de adscripción.

Para el presente estudio se utilizo el cuestionario de salud SF-36 calificándose de 0 a 100 puntos, considerándose que a mayor puntuación mejor calidad de vida, estableciéndose indicadores de calidad de vida en relación con el cuestionario SF-36 de la siguiente manera:

Buena calidad de vida: de 70-100%.

Regular calidad de vida: de 50-70%.

Deficiente calidad de vida: por debajo de 50%.

De los pacientes que participaron en el estudio también fueron revisados sus expedientes clínicos registrándose albúmina y hemoglobina, así como la comorbilidad.

RESULTADOS

Se ingresaron al estudio un total de 47 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal , en programas de sustitución de la función renal, en el Hospital General Tacuba del ISSSTE, en la ciudad de México, de los cuales 12 se encontraban en diálisis peritoneal intermitente (25.5%), 13 en hemodiálisis (27.6%) y 22 en diálisis peritoneal continua ambulatoria (46.8%) (**figura 1**); 24 de sexo femenino (51.06%) y 23 del sexo masculino (48.93%) (**figura 2**); con edades comprendidas entre 28 y 83 años, con una media de 55.5 años (**figura 3**).

Se aplico el cuestionario de salud SF-36 para valorar la calidad de vida a los 47 pacientes, mediante entrevista personal, obteniendose los siguientes resultados: (**figura 4**) (**Tabla 2**).

Se encontró que de los 12 pacientes en DPI, cinco se encontraban con una deficiente calidad de vida, con una puntuación inferior a 50% y una edad que oscilaba entre 50 y 75 años, de los cuales cuatro eran mujeres y uno hombre.

Siete con una regular calidad de vida, con una puntuación que vario entre 52.7% a 62.04%, con una edad entre 52 y 80 años y de estos 5 eran del sexo femenino y 2 del sexo masculino. **(Figura 5).**

Entre los 22 pacientes que se encontraban en DPCA, cinco obtuvieron una calificación inferior a 50%, se determinó una deficiente calidad de vida, con una edad entre 37 y 83 años, 2 eran mujeres y 3 hombres. Doce pacientes tenían al momento de contestar el cuestionario una regular calidad de vida, obtenido una puntuación entre 50.5% y 66.5%, con una edad entre 43 y 77 años y de los cuales seis eran del sexo femenino y seis del sexo masculino. En este grupo se encontraron cinco pacientes con puntuación entre 74.8% y 91.5%, con una buena calidad de vida, entre 43 y 77 años de edad y de los cuales 3 fueron mujeres y 2 hombres. **(figura 6).**

De los trece pacientes en hemodiálisis a los que se les aplico el cuestionario, solo dos presentaron deficiente calidad de vida con puntuación inferior a 50%, de los cuales uno tenia 28 años de edad y los otros 68 años, y los dos pertenecían al sexo masculino. Cuatro obtuvieron una regular calidad de vida con puntuaciones que oscilaron

entre 52.4% y 68.4%, con edades entre 60 y 70 años, tres fueron mujeres y solo un hombre. Siete obtuvieron puntuaciones entre 70.8% y 88.9%, indicando una buena calidad de vida, las edades oscilaron entre 44 y 74 años, los siete fueron del sexo masculino. **(figura 7)**.

CONCLUSION

En el presente estudio, cuya intención fue medir la calidad de vida en el paciente con insuficiencia renal crónica terminal, en alguno de los programas de diálisis, de los pacientes en manejo dentro del Hospital General Tacuba del ISSSTE en la ciudad de México, se encontró que la calidad de vida es mucho mejor en los pacientes que se encontraban en hemodiálisis, y que los que menor calidad de vida presentaron se encuentran en el programa de diálisis peritoneal intermitente y que también la calidad de vida fue mejor en el sexo masculino que en el sexo femenino. **(figura 8)**. De acuerdo a la edad la calidad de vida en estos pacientes fue mejor en aquel grupo que se encontraba entre 50 y 60 años de edad **(figura 9)**.

De acuerdo a lo anterior se concluye que la calidad de vida en estos pacientes es mejor de acuerdo al programa de diálisis, siendo la hemodiálisis y en segundo termino la diálisis peritoneal continua ambulatoria los que mejor calidad de vida ofrecen **(figura 10)**; sin embargo también se encuentra cierta influencia en la calidad de vida

de acuerdo a la edad y al sexo, siendo mejor para los pacientes del sexo masculino y rango de edad entre 50-60 año.

Se revisaron los expedientes clínicos registrando los niveles de hemoglobina y albúmina con los que se habían mantenido hasta el momento de la aplicación del cuestionario, así como la comorbilidad.

Se encontró, que valores de albúmina inferiores a 2.7 se relaciona con menor calidad de vida, la hemoglobina no pareció tener una relación tan significativa, a menos que se encontrará por debajo de 7.0 mg/dl, en la que se relacionaba con menor calidad de vida.

Aquellos pacientes portadores de más de tres patologías agregadas mostraron menor calidad de vida. La causa mas frecuente de insuficiencia renal crónica terminal fue la diabetes mellitus tipo 2 (50%) y en segundo termino la hipertensión arterial sistémica (25%) y con alta frecuencia coexistiendo las dos (62.5%).

Por lo que por los resultados obtenidos, consideramos que es conveniente promover e insistir, en la integración de la mayoría de los

pacientes al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria y de ser posible a hemodiálisis para mejorar su calidad de vida.

DISCUSION

Será necesario tomar en cuenta la calidad de vida ofrecida por cada uno de los programas de diálisis, la cual es mayor para hemodiálisis y en segundo termino la diálisis peritoneal continua ambulatoria, para incluir al mayor numero de pacientes a esos programas, sin embargo también se deberán tomar en cuenta en forma individualizada , las indicaciones y contraindicaciones para cada una de estas modalidades de tratamiento, así como en nuestro medio también es importante el costo, para que a los pacientes que tienen mayores oportunidades de calidad de vida y sobrevida , poder ofrecer el mejor programa de diálisis.

Los valores de albúmina y hemoglobina también deberán ser vigilados y tratar de mantener niveles adecuados para influir en forma positiva en la calidad de vida, a través de un aporte calórico/proteico adecuado y de ser necesario la utilización de eritropoyetina vigilando los valores séricos de hierro y su corrección, ya que se han escrito artículos que demuestran mejoría de las condiciones generales en los pacientes en hemodiálisis con este tratamiento.

El equipo de salud deberá analizar mas cuidadosamente cada caso de pacientes con insuficiencia renal crónica que requiera diálisis, para que se incluya solo a aquellos cuya sobrevida pueda ser satisfactoria o en los que se puedan promover a nivel familiar, social o institucional una mayor protección y cuidados.

Aunque la intención de este estudio solo fue medir la calidad de vida en forma comparativa entre los pacientes incluidos en los diferentes programas de diálisis, será necesario también identificar con mayor certeza la influencia real de los factores comentados en la literatura , como son la hemoglobina , albúmina y proteína C reactiva. Así como, vigilar la integración y dinámica familiar, pues el apoyo familiar y social favorece un mejor estado de animo y evita que caigan en cuadros depresivos que influyan negativamente en la calidad de vida.

TABLAS Y FIGURAS

FIGURA 1: NUMERO DE PACIENTES ESTUDIADOS EN CADA UNO DE LOS PROGRAMAS DE DIALISIS

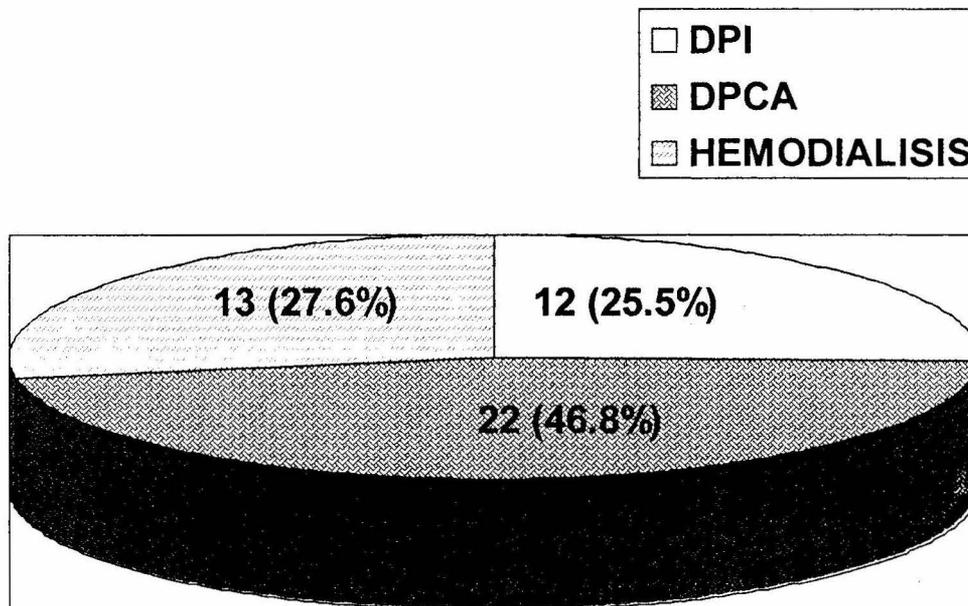


FIGURA 2: DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS 47 PACIENTES ESTUDIADOS.

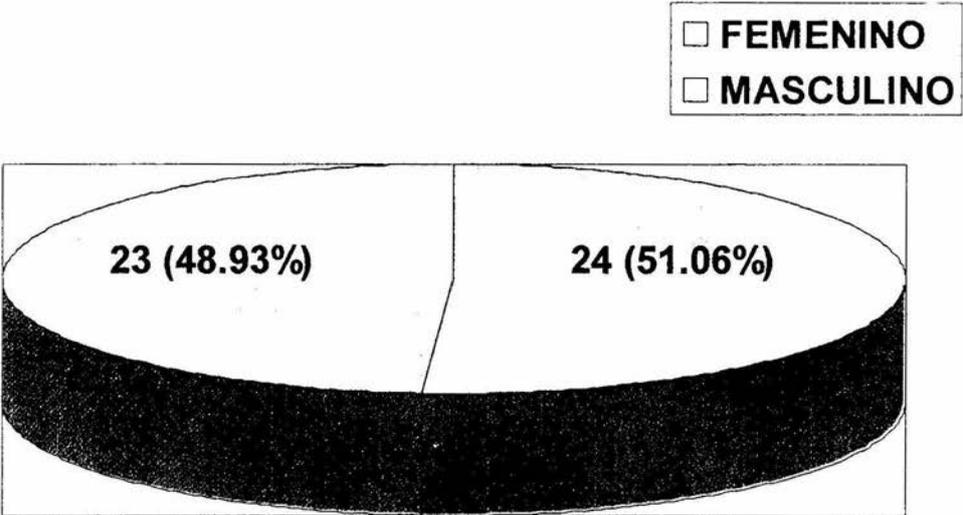


FIGURA 3: PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A EDAD Y SEXO

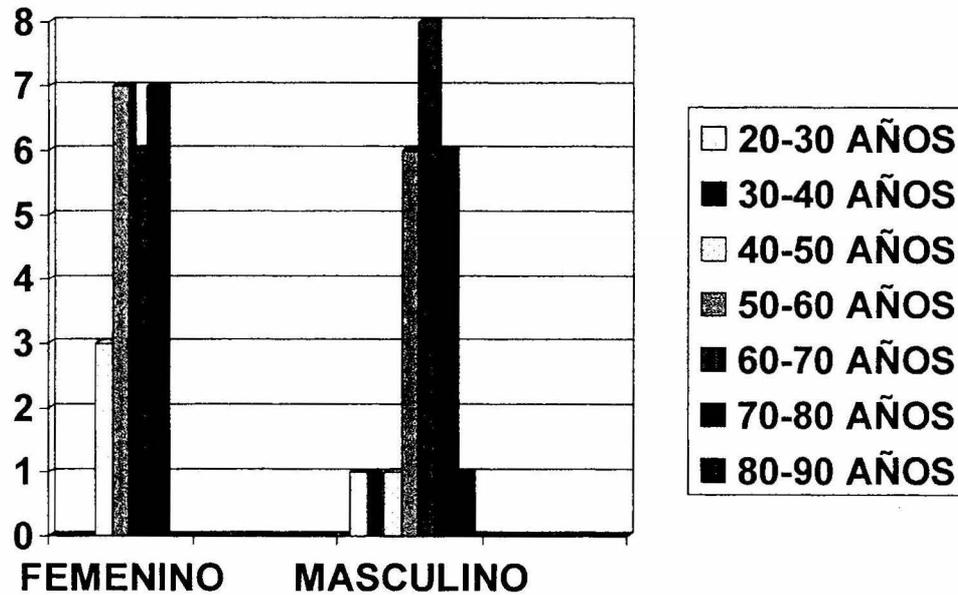


FIGURA 4: CALIDAD DE VIDA OBSERVADA EN LOS PACIENTES INCLUIDOS EN TODOS LOS PROGRAMAS DE DIALISIS

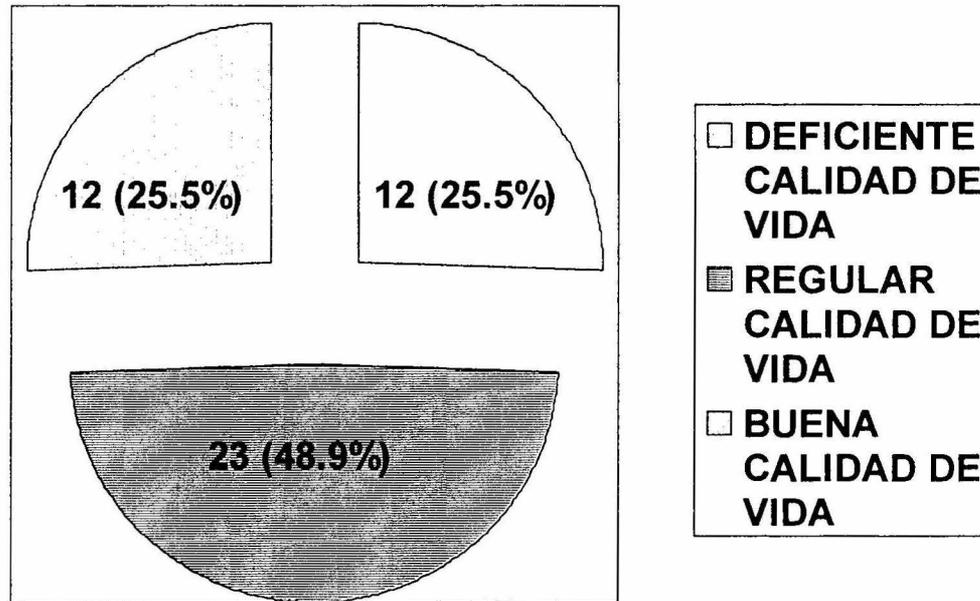


FIGURA 5: CALIDAD DE VIDA OBSERVADA EN PACIENTES INCLUIDOS EN DPI

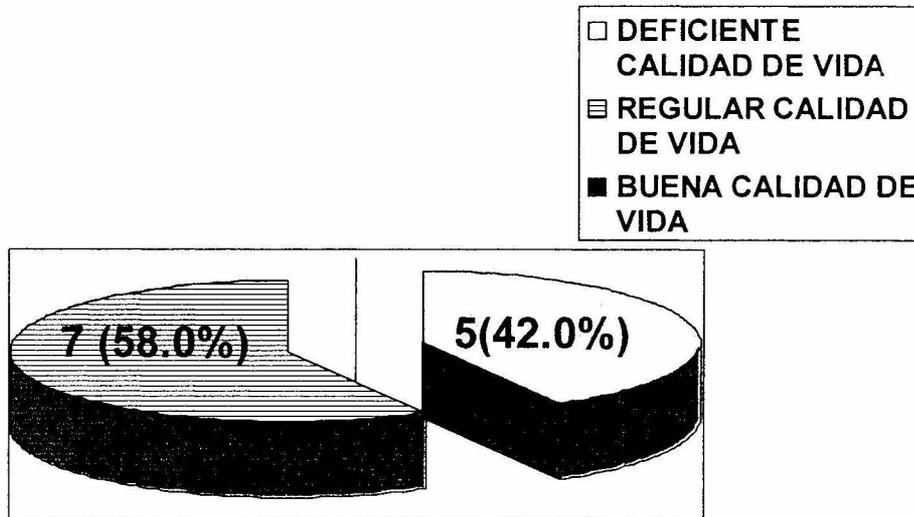


FIGURA 6: CALIDAD DE VIDA OBSERVADA EN PACIENTES INCLUIDOS EN DPCA

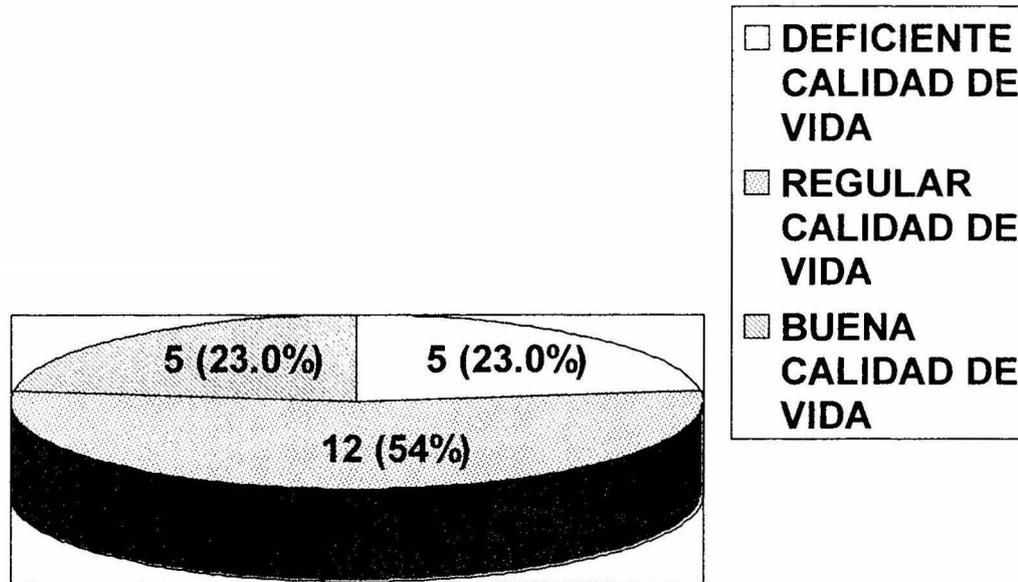


FIGURA 7: CALIDAD DE VIDA OBSERVADA EN PACIENTES INCLUIDOS EN HEMODIALISIS

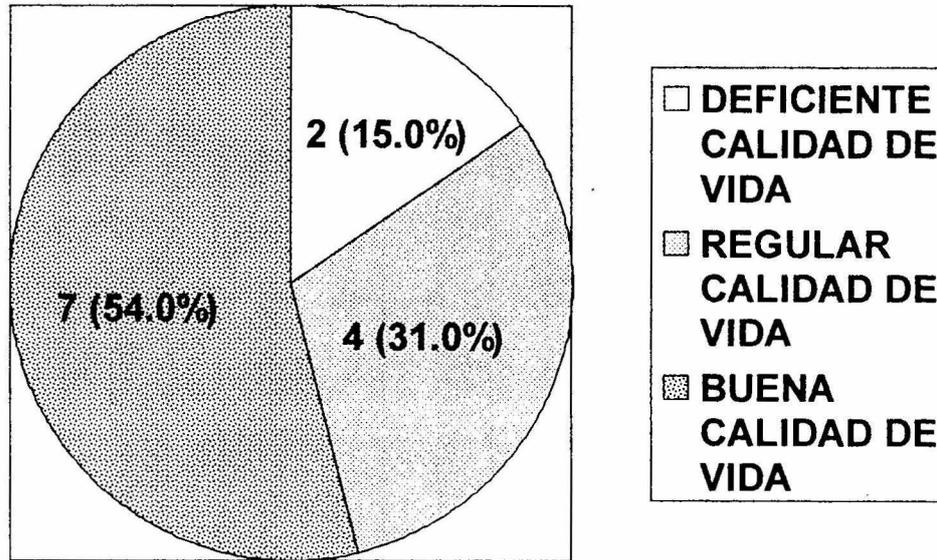
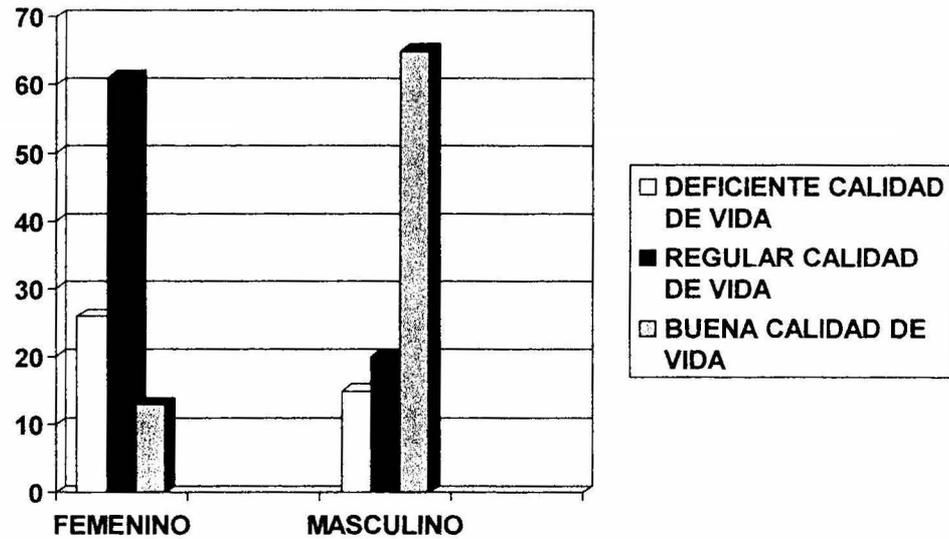


FIGURA 8: CALIDAD DE VIDA OBSERVADA DE ACUERDO A SEXO



FIURA 9: PORCENTAJE DE CALIDAD DE VIDA OBTENIDA DE ACUERDO A LA EDAD

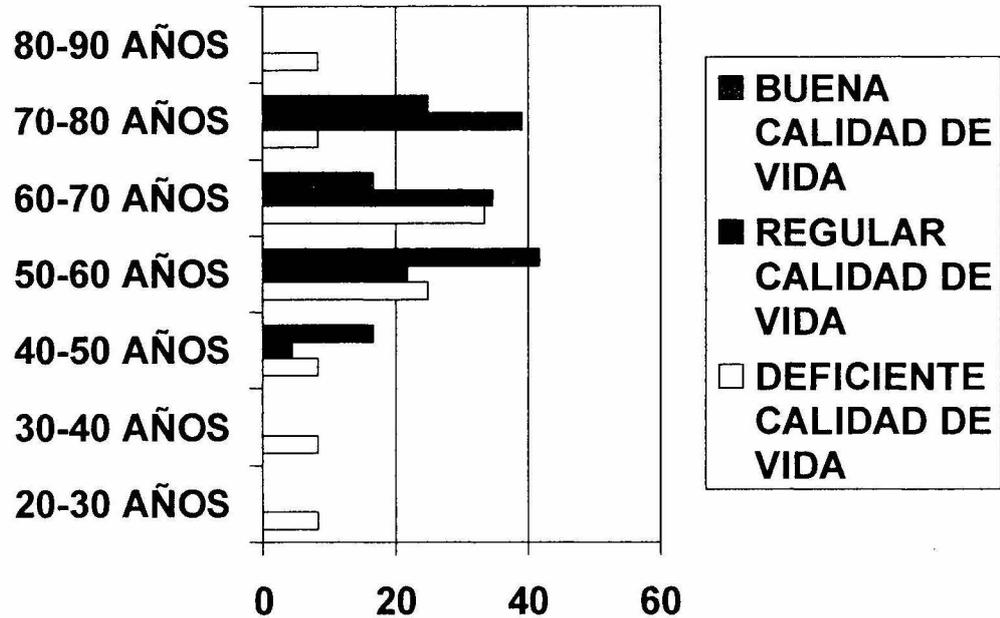


FIGURA 10: PORCENTAJE DE CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN DIALISIS EN DIALISIS

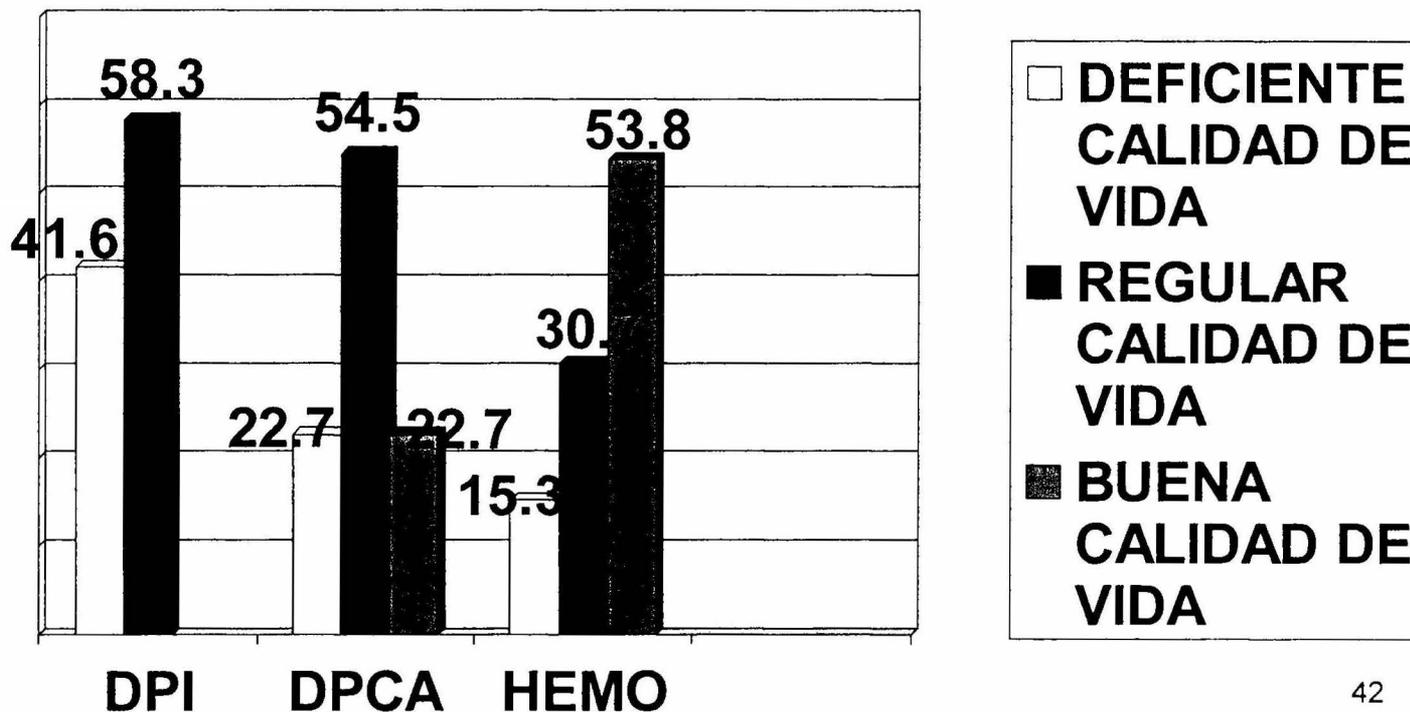


Tabla 1: PACIENTES EN DIALISIS Y HEMODIALISIS

PROGRAMA DE DIALISIS	PACIENTES EN DIALISIS	PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO
DPI	20	12 (60%)
DPCA	58	22 (37.9%)
HEMODIALISIS	32	13 (40.6%)
TOTAL	110	47 (42.7%)

**TABLA 2: DISTRIBUCION DE PACIENTES INCLUIDOS
EN TODOS LOS PROGRAMAS DE DIALISIS**

CALIDAD DE VIDA	NO. DE PACIENTES
DEFICIENTE	12 (25.5%)
REGULAR	23 (48.9%)
BUENA	12 (25.5%)

ANEXO NO. 1

CUESTIONARIO DE SALUD SF 36
VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (JUNIO 1999)

Nombre Del paciente:

Edad:

Programa de diálisis:

Fecha de ingreso al programa:

Fecha:

Hospital:

No. De expediente:

INSTRUCCIONES

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca mas cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general usted diría que su salud es :

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

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

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O
COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

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

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

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

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

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

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

6. Su salud actual, ¿le limita **subir varios pisos** por la escalera?

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

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

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

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

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

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

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

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas**

(varios centenares de metros?)

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

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana**

(unos 100 metros)?

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

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí**

mismo?

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A
PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES
COTIDIANAS

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

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

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

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

28. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

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

29 Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

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

30. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

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

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

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

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

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

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE ACERTADA O FALSA

CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

FIRMA DEL PACIENTE:

BIBLIOGRAFIA

1. Medicina Interna, Cecil 21^a. Edición 2001, editorial McGraw-Hill Interamericana
2. Medicina Interna , Farreras, decimocuarta edicion 2000, editorial Harcourt
3. Nefrología Clínica , L. Hernández Avendaño, segunda edición 2003, editorial panamericana, S.A.
4. Manual de Diálisis, Daugirdas. Segunda Edicion 2003, Editorial Masson.
5. I.Hurtado, A. Enamorado, H. Otero y R.Bohorques: Estudio de calidad de vida en pacientes con hemodiálisis iterada, antes y después del empleo de eritropoyetina. Nefrologia Vol. XX. Numero 5. 2000.

6. H. Leanza, S. Giacoletto, C. Najun y M. Barreneche: Niveles de hemoglobina y probabilidad de mejor calidad de vida en hemodializados cronicos. Nefrologia Vol. XX. Numero 5. 2000.

7. Eschbach JW, Glenny R, Robertson T y cols.: Normalizing hematocrit (HCT) in hemodialysis patients (HDP) with Epo improve quality of life (Q/L) and is safe. J Am Soc Nephrol 4: 425 (abstract), 1993.

8. Valderrábano F: Erythropoietin in chronic renal failure. Kidney Int 50: 1373-1391, 1996.

9. Gomez-Vela, Maria; Sabeh, Eliana N. Instituto Universitario de Integración en la comunidad, facultad de psicología, Universidad de Salamanca: calidad de vida. Evolucion del concepto y su influencia en la investigación y la practica.

10. P.Rebollo, M.P. Gonzalez, J. Bobes, P Saiz y F. Ortega: Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con

la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. Nefrologia. Vol. XX. Numero 5. 2000.

11. Giulio Mingardi : From the development to the clinical application of a questionnaire on the quality of life in dialysis. The experience of the Italian Collaborative DIA-QOL (Dialysis-Quality of life) Group. Nephrology, dialysis, transplantation 1998.

12. Shunichi fukuhara, Antonio alberto Lopez: Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The dialysis Outcomes and practice Patterns study. Kidney International Vol. 64 issue 5 page 1903- November 2003.

13. Philip A. Mcfarlane, Ahmed M. Bayoumi, Andreas Pierratos, and Donald A. Redelmeier: The quality of life and cost utility of home nocturnal and conventional in-center hemodialysis. Kidney International Vol. 64 Issue 3 page 1004- September 2003.

14. Jean-Blaise Wasserfallen, Georges Hlabi: Quality of life on chronic dialysis: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrol Dial transplant* 19: 1594-1599. 2004.

15. Álvarez-Ude F, Vicente E, Badía X: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. *Nefrología* 15 (6): 572-580, 1995.

16. Badía X, "Medidas genéricas de la calidad de vida relacionada con la salud" en *Medidas de la Salud*, cap 6; 70 - 80

17. Ware JE Jr, Sherbourne CD. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection.* *Med Care* 1992; 30:473-483.

18. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs.* *Med Care* 1993; 31:247-263

19. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality. Scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups.* Med Care 1994; 32:40-66

20. Badia X, Salamero M, Alonso J. *La Medición de la Salud. Guía de escalas de medición en español. Cuestionario de Salud SF-36.* A: Edimac. Barcelona 1999: 155-1

21. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L: Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de la salud SF-36. Med Clin (Barc) 111 (11): 410-416, 1998.

22. Yuste E, Ponz E, Mané N, Ramírez J, Almirall J, Rodríguez A, García M, Rué M: Traducción y validación de un test de calidad de vida específico para los enfermos con IRCT. Comunicación al XX Congreso de la SEDEN. p. 242-246, 1995.