

11227



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE
I.S.S.S.T.E.**

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO
CON DIÁLISIS PERITONEAL EN EL H.R 1°
DE OCTUBRE”.**

(REPORTE PRELIMINAR)

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
MÉDICO INTERNISTA**

P R E S E N T A :

DR. ESTEBAN EUCLIDES VALENCIA CALLEJA

ASESORES DE TESIS:

M. en C. M. JOSÉ VICENTE ROSAS BARRIENTOS

DR. JULIO KAJI KIYONO



ISSSTE

MÉXICO, D. F.

2005

0347858



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



APROBACION DE TESIS



DR. GERARDO DE JESUS OJEDA VALDES
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE.

M. EN C. JOSE VICENTE ROSAS BARRIENTOS
JEFE DE INVESTIGACION
Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE.

DR. OCTAVIO CURIEL HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA
Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE.

M. EN C. JOSE VICENTE ROSAS BARRIENTOS
ASESOR DE TESIS
JEFE DE INVESTIGACION
Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE.

DR. JULIO KAJI KIYONO
ASESOR DE TESIS
Médico Asesor Servicio de Nefrología

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION MEDICA
05 AGO 2005
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

Subdivisión de Especialización
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

INDICE

INDICE.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
I. INTRODUCCION	6
II. MARCO TEORICO.....	7
III. PROBLEMA.....	10
IV. OBJETIVOS	11
V. MATERIAL Y METODOS.....	12
VI. RESULTADOS	14
VII. DISCUSION	22
VIII. CONCLUSIONES	23
IX. REFERENCIAS	24
X. ANEXOS.....	27

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
TERMINAL EN TRATAMIENTO CON DIALISIS PERITONEAL EN EL H.R. 1º DE
OCTUBRE”.**

RESUMEN

OBJETIVO. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante un instrumento genérico de medida (SF-36) en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en terapia renal sustitutiva con diálisis peritoneal en el HR 1º de Octubre, así como identificar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la CVRS de estos.

ANTECEDENTES. En las últimas décadas el enfoque de la atención médica se ha ampliado, siendo la tendencia actual la valoración global de la función física social y mental de los pacientes teniendo como meta preservar la función y su calidad de vida, con interés especial cada vez más creciente hacia el grupo de pacientes con enfermedades crónicas, tales como los pacientes portadores de IRCT, que gracias al desarrollo de técnicas dialíticas y trasplante renal han logrado una mayor supervivencia, sin embargo, en sistemas cada vez más influenciados por el aspecto económico y el alto costo de los tratamientos en algunas ocasiones se pone en duda la justificación de los mismos y queda aún pendiente dilucidar su verdadero impacto sobre otro aspecto fundamental como es la CVRS del paciente con IRCT.

MATERIAL Y METODOS. Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo en 20 pacientes adultos con IRCT en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, en los cuales se evaluó la CVRS mediante la aplicación de un instrumento genérico de medida (SF-36).

RESULTADOS. Se reportan los resultados de un estudio preliminar encontrándose una mala percepción de CVRS demostrada por los valores bajos obtenidos tanto en las dimensiones primarias (Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental) como en las categorías sumarias (calificación del componente físico PCS y del componente mental MCS). Evidenciando por otro lado la influencia de la edad, comorbilidad, ocupación del paciente al momento de la entrevista, y valores séricos de hto y hb en la CVRS de estos pacientes.

CONCLUSIONES. Los pacientes con IRCT en tratamiento renal sustitutivo (TRS) con diálisis peritoneal del HR 1º de Octubre tienen una mala percepción de su CVRS en nuestro reporte preliminar.

“QUALITY OF LIFE IN ADULT PATIENTS WITH RENAL FAILURE CRONICA TERMINAL IN TREATMENT WITH DIALISIS PERITONEAL IN THE H.R 1o OF OCTOBER”.

ABSTRAC

OBJECTIVE. Evaluating the CVRS by means of a generic instrument of measure (SF-36) in adult patients with IRC terminal in substitute renal therapy with dialysis peritoneal in the HR 1° of October, as well as to identify the factors sociodemographic and clinical associates to the CVRS of these.

BACKGROUND. In the last decades the focus of the medical attention has been expanded, being the present tendency the global appraisal of the social physical function and mental of the patients having as goal to preserve the function and its quality of life, with special interest increasingly more growing toward the group of patients with chronic illnesses, such like the patient bearers of IRCT, that thanks al development of technical dialytical and Transplante renal they have achieved a greater one sobrevivida, nevertheless, in systems each more influenced time by the economic aspect and the high cost of the processing in some occasions is put in doubt the justification of the same and remains still slope to clarify its true impact on another fundamental aspect as is the CVRS of the patient with IRCT.

MATERIAL AND METHODS. Study observacional, descriptive, cross and prospective in 20 adult patients with of IRCT in substitute processing with diálisis peritoneal, in which the CVRS was evaluated by means of the application of a generic instrument of measure (SF-36).

RESULTS. The results of a preliminary study are reported being found a bad perception of CVRS shown by the low values obtained so much in the primary dimensions (physical Function, physical Role, corporal Pain, general Health, Vitality, social Function, emotional Role and mental Health) as in the summary categories (qualification of the physical component PCS and of the mental component MCS). Showing on the other hand the influence of the age, comorbilidad, occupation of the patient one al moment of the interview, values sericos of hto and hb in the CVRS of these patients.

CONCLUSIONS. The patients with IRCT in TRS with dialysis peritoneal of the HR 1° of October have a bad perception of their CVRS in our preliminary report.

V. INTRODUCCION

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto relativamente nuevo en el campo de la salud, que si bien, el interés por estudiarla ha existido desde tiempo atrás, la idea comienza a popularizarse en la década de los sesentas, con un auge evidente en la dos últimas décadas, con importancia creciente en las enfermedades crónicas para las cuales no existe una curación total y donde la aplicación a veces indiscriminada de nuevas tecnologías con capacidad de prolongar la vida a cualquier precio, con interés exclusivo a nivel biomédico, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales; han dejado de lado en muchas ocasiones la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no solo se busque combatir la enfermedad si no promover el bienestar de los pacientes. Es por ello que el medir la CVRS en el ámbito de la salud se ha venido convirtiendo en uno de los objetivos terapéuticos de innumerables patologías, como ya se ha mencionado en especial de las enfermedades crónicas entre las que destacan como una de las más frecuentes la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), con sus diversas modalidades de tratamiento, ocupándonos en el presente estudio el medir la CVRS en pacientes con IRCT en terapia renal sustitutiva (TRS) con diálisis peritoneal (DP); la cual es la terapéutica más frecuentemente empleada en nuestra unidad médica en tales pacientes. Encontrándose en la revisión bibliográfica en relación a estos, el planteamiento de numerosas interrogantes sobre su calidad de vida relacionada con la supervivencia y los múltiples efectos de los programas de tratamiento, por lo que se hace necesario investigar los efectos inmediatos y a largo plazo que contengan la aplicación de esta tecnología (tratamiento dialítico), así como también la rehabilitación en el sentido de restaurar una CVRS optima. Por otro lado se reportan además múltiples factores que afectan sus calidad de vida entre los que destacan: edad, sexo, nivel de estudios, comorbilidad, diagnóstico de la IRCT, etc., por lo que en el presente estudio además de medir la calidad de vida se estudia como dichos factores influyen sobre la calidad de vida de nuestros pacientes.

VI. MARCO TEORICO

Durante las dos últimas décadas la CVRS se ha ido transformando en una importante medida del impacto de los cuidados médicos. La importancia de su evaluación en enfermos crónicos como los pacientes con IRCT en tratamiento con diálisis peritoneal es algo comúnmente aceptado por los clínicos y en particular por los nefrólogos la conservación o restauración de la calidad de vida en estos enfermos se viene convirtiendo en el objetivo terapéutico. 1

El propósito fundamental de la utilización y medición de la calidad de vida consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica. 2

El aumento de la supervivencia en las enfermedades crónicas hacen que la monitorización clínica de la calidad de vida del paciente sea uno de los resultados clínicos principales. 3 Además la medición de la calidad de vida proporciona información sobre el estado de salud de la población y junto con el conocimiento de las preferencias de los individuos proporciona información para las decisiones sanitarias en la planificación y atención dadas por los sistemas de salud y la asignación de recursos sanitarios. La medición de la calidad de vida se ha realizado en una gran variedad de conceptos: en la práctica clínica, la investigación de los servicios sanitarios, la evaluación de nuevos medicamentos, en ensayos clínicos o estudios observacionales, la monitorización de la salud de poblaciones y subgrupos de población, y la asignación de recursos sanitarios. La medición de la calidad de vida es por tanto, importante para los pacientes, clínicos e interventores sanitarios. 4,5,6

En la mayoría de los instrumentos de medida de la CVRS se destacan tres aspectos: a) La importancia del estado funcional (físico, social y mental) en la multidimensionalidad del concepto, b) La subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud mediante preguntas a los pacientes, y c) La obtención de un número que representa un valor de la preferencia del paciente por el estado de salud. 7,8

La medición de la CVRS implica con frecuencia la utilización de un cuestionario desarrollado originalmente en otro contexto cultural. En ese caso, es necesario adaptar dicho instrumento a la lengua y cultura donde vaya a ser utilizado. Los instrumentos se utilizan para tres propósitos principales como instrumentos discriminantes, evaluativos y descriptivos. Además es fundamental obtener datos clínicos válidos y fiables para su uso en la práctica y la investigación clínicas. 4

principales como instrumentos discriminantes, evaluativos y descriptivos. Además es fundamental obtener datos clínicos válidos y fiables para su uso en la práctica y la investigación clínicas.⁴

La IRCT en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. Los pacientes que cursan con IRCT enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Hasta la aparición de las técnicas de sustitución de la función renal, la IRCT era un proceso irreversible y terminal en un plazo relativamente corto y sólo a partir de la década de los sesentas con el uso de distintos métodos como hemodiálisis, diálisis peritoneal y por último el trasplante renal, se logró conservar la vida de estos pacientes. El desarrollo de las técnicas dialíticas ha producido un efecto mayor sobre la duración de la supervivencia de estos pacientes. Sin embargo, en sistemas cada vez más influenciados por el aspecto económico y el alto costo de los tratamientos, en algunas oportunidades se pone en duda la justificación de los mismos y queda aún pendiente dilucidar su verdadero impacto sobre otro aspecto fundamental como es la calidad de vida del paciente con IRCT. Como consecuencia de lo antes dicho existe un interés creciente en el desarrollo de metodologías para cuantificar el efecto tanto de la patología como de las medidas terapéuticas aplicadas sobre esta calidad de vida. Estas metodologías varían desde aquellas basadas en la apreciación objetiva de un observador externo, hasta las que toman en cuenta al paciente como fuente subjetiva del impacto provocado por la enfermedad en su vida cotidiana. Esta última forma, en la cual el propio paciente es la fuente de información, se considera hoy como la verdaderamente válida. Los resultados deben ser reproducibles, sirviendo para hacer comparaciones en distintos tiempos, momentos y lugares.⁹

La diálisis peritoneal aumenta la calidad de vida de los pacientes y supone una reducción de los costes sanitarios según el presidente de la Sociedad Española de Nefrología. También es el tratamiento preferido por los pacientes. Así, un estudio de la Universidad de Johns Hopkins publicado por la revista JAMA revela que los pacientes están más satisfechos con diálisis peritoneal que con hemodiálisis en el se demostraba que el 85% de los mismos se sentía muy satisfecho con la diálisis peritoneal, frente al 56% con la hemodiálisis. Ambas ofrecen las mismas tasas de supervivencia pero, la diálisis peritoneal es una modalidad eficiente y menos cara que puede ajustarse a las necesidades médicas y sociales de cada paciente. Permite un elevado grado de rehabilitación social y de libertad para viajar. Y es que mientras que la hemodiálisis exige que el enfermo acuda varias veces por semana al centro hospitalario durante 3-4 horas, la diálisis peritoneal la practica el propio paciente en su casa.¹⁰

Se han observado en numerosos estudios que los pacientes transplantados renales tienen una mejor CVRS que los pacientes en hemodiálisis y en diálisis peritoneal y que estos niveles de

hemodiálisis debiéndose esto principalmente a la etiología de la IRC que en nuestro país la primera causa es la Diabetes mellitus.

Se han identificado además las variables sociodemográficas y clínicas que influyen sobre la CVRS. Entre estas variables están: la mayor edad, sexo femenino, el nivel socioeconómico, nivel de educación, el diagnóstico principal de la IRC, el número de ingresos hospitalarios, la comorbilidad, el hematocrito y la hemoglobina, albúmina sérica e incluso la unidad hospitalaria donde el paciente recibe el tratamiento.¹¹

Para evaluar la CVRS se utilizan cuestionarios tanto genéricos como específicos de enfermedad , siendo el cuestionario SF-36 un instrumento genérico de la evaluación de la CVRS que consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones .¹²

III. PROBLEMA

La evaluación de la CVRS de los pacientes con enfermedades crónicas, es actualmente uno de los objetivos primordiales de la práctica médica, más aún cuando no es posible aumentar la sobrevida, sin embargo, para el paciente con IRC terminal dentro de la terapia renal sustitutiva se tiene la diálisis peritoneal, como opción de tratamiento. En nuestro centro hospitalario se cuenta con un número importante de pacientes adultos con IRC terminal en terapia renal sustitutiva con diálisis peritoneal en los cuales suponemos que al igual que en otros estudios realizados, existen factores sociodemográficos y clínicos asociados a la CVRS, no obstante en nuestro medio son escasos los reportes que señalan los factores que se asocian a la CVRS de estos pacientes. ¿Cómo es la CVRS de los pacientes con IRCT en DP y cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos asociados a esta en los pacientes de el H.R.1º de Octubre?

JUSTIFICACION

Medir la CVRS, es un parámetro importante en los pacientes con enfermedades crónicas, ya que nos permite evaluar de forma indirecta la calidad de la atención médica y los resultados del tratamiento y nos ayuda a tomar decisiones en cuanto a la asignación de recursos y poder mejorar la atención de estos pacientes, así como implementar programas de mejoría y atención integral de los mismos.



IV. OBJETIVOS

1. Evaluar la CVRS mediante un instrumento genérico de medida (SF-36) en pacientes adultos con IRC terminal en terapia renal sustitutiva con diálisis peritoneal en el H.R. 1° de Octubre .
2. Identificar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la CVRS de los pacientes adultos con IRC terminal en terapia renal sustitutiva con diálisis peritoneal en el H.R. 1° de Octubre.

V. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo en pacientes portadores de IRCT en tratamiento renal sustitutivo con diálisis peritoneal de la consulta externa de Nefrología de adultos del Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE, para evaluar la CVRS a través de un instrumento genérico de medida ya validado: el cuestionario de salud SF-36 y por medio de una cédula de recolección de datos generales se investigaron las variables sociodemográficas para determinar la asociación de las mismas con la CVRS.

Se incluyeron pacientes de 20 a 80 años de edad con diagnóstico de IRCT en tratamiento con diálisis peritoneal en el Hospital Regional 1º de Octubre. A todos estos pacientes se les realizó una entrevista estructurada con el instrumento de evaluación de la CVRS utilizado y que se describe a continuación: a) El cuestionario de salud SF-36 desarrollado por Ware y adaptado y validado en España por J. Aloriso y cols. Es un instrumento genérico de evaluación de la CVRS, que consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones. Para cada dimensión los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Las dimensiones son funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor (D), salud general (SG), vitalidad (V), funcionamiento social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM).

Además del citado instrumento de evaluación de la CVRS se recogieron los datos correspondientes a las variables sobre las que se hipotetizaba una asociación con la CVRS de los pacientes en diálisis peritoneal. Datos sociodemográficos : edad en el momento de la entrevista, sexo, nivel socioeconómico, nivel de educación, estado civil, ocupación laboral actual y asistencia familiar para su tratamiento. Datos clínicos fecha del diagnóstico de IRCT, edad al inicio de la TRS, comorbilidad, número de ingresos hospitalarios en el último año, número de recambios de catéter de DP, tiempo con el tratamiento de diálisis peritoneal, cifra sérica de hemoglobina, hematocrito y albúmina.

METODO ESTADISTICO

Se realizó un estudio de análisis de correlación de variables por medio del coeficiente de correlación de Spearman para variables ordinales, así como el coeficiente de correlación de Pearson para variables cuantitativas y por regresión lineal múltiple la asociación de estas variables con las puntuaciones sumarias (PCS y MCS) del SF-36, así como también se establecieron las frecuencias de cada variable cualitativa, así como la media y desviación estándar para variables cuantitativas. Por último, se analizaron todas las variables que habían demostrado tener asociación estadísticamente significativa con la CVRS utilizando métodos estadísticos ya descritos, para la elaboración de modelos multivariantes que demostrasen la asociación independiente de esas variables con la variable dependiente (CVRS). En todos los casos se fijó el valor de $p < 0.05$ para buscar diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la asociación de las variables.

VI. RESULTADOS

Se estudiaron 22 pacientes 10 del sexo femenino(45.5%) y 12 del sexo masculino (54.5%) con un rango de edad entre 20 y 80 años que se encuentran con el diagnóstico de IRCT en TRS con diálisis peritoneal.

En los cuadros 1-5 se describen las distribuciones en frecuencia y porcentaje de las diferentes variables sociodemográficas y clínicas estudiadas

CUADRO No. 1. Frecuencia de IRCT en TRS con DP por edad y sexo en el H.R. 1° de Octubre.

EDAD (años)	FRECUENCIA SEXO		PORCENTAJE (%)
	Fem.	Masc.	
20-30	4	2	27.2
31-40	3	0	13.6
41-50	1	2	13.6
51-60	0	2	9.00
61-70	1	4	22.7
71-80	1	2	13.6
TOTAL	10	12	100

CUADRO No. 2. Nivel socioeconómico de los pacientes con IRCT en TRS con DP en el HR 1° de Octubre.

Nivel socioeconómico	FRECUENCIA Y PORCENTAJE(%)		
	Bajo	medio	alto
	8 (36.)	14 (63.6)	0

CUADRO No. 3. Número de ingresos hospitalarios por año de los pacientes con IRCT en TRS con DP.

Ingresos Hospitalarios	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0	7	31.8
1-3	12	54.5
4-6	2	9.1
7-9	1	4.5
TOTAL	22	100

CUADRO No. 4 Tiempo de tratamiento con TRS (diálisis peritoneal) y número de recambios de catéter de Tenckoff

TIEMPO (años)					No. DE RECAMBIO DE CATETER			
Frecuencia y porcentaje(%)					Frecuencia y porcentaje(%)			
< 1	1-3	4-6	7-9	>9	0	1-3	4-6	6-9
11	7	1	2	1	16	4	1	1
(50)	(31.8)	(4.5)	(9.1)	(4.5)	(72.7)	(18.2)	(4.5)	(4.5)

CUADRO No.5 Características bioquímicas de pacientes con IRCT en TRS con DP.

	PORCENTAJE (%)		
HEMOGLOBINA (gr/dl)	4-6 (4.5 %)	6.1-9 (77.3 %)	9.1-12(18.2%)
HEMATOCRITO (%)	14-22 (4.5%)	22.1-30 (77.3)	30.1-38(18.2%)
ALBUMINA (g/dl)	1.5-3 (31.8%)	3.1-4 (63.6%)	>4 (4.5%)

GRADO DE ESTUDIOS EN PACIENTES CON IRCT EN TX CON DP

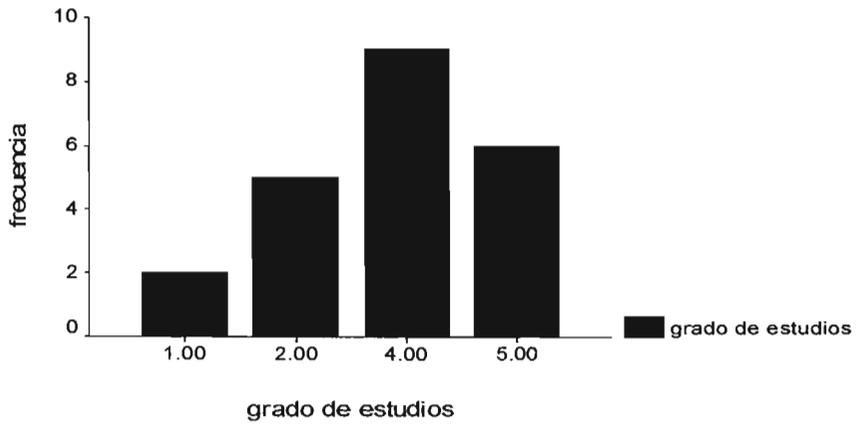


Fig.1

1. .analfabeta
2. primaria
4. bachillerato o carrera técnica
5. licenciatura

OCUPACION DE LOS PACIENTES CON IRCT EN TRS CON DP

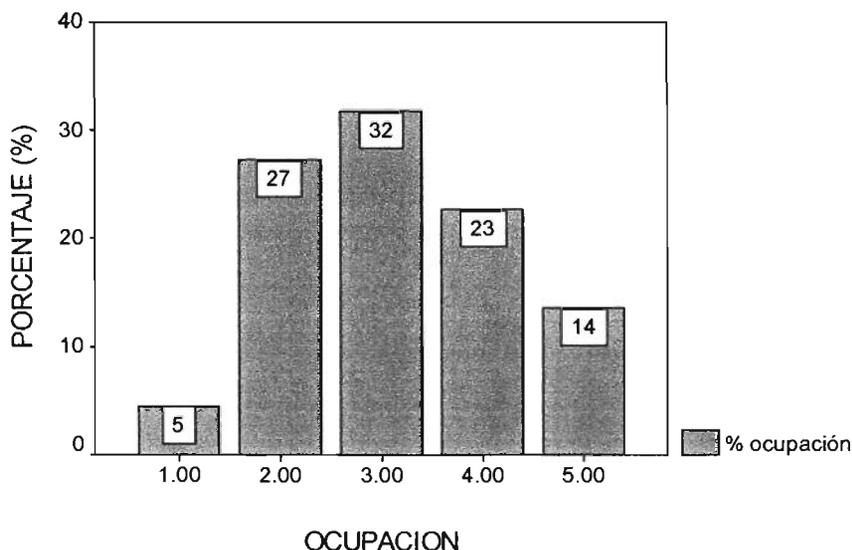


Fig.2

1. estudiante
2. empleado
3. desempleado
4. jubilado
5. hogar

Posteriormente con respecto a la estadística analítica y para encontrar la asociación entre las variables clínicas y sociodemográficas estudiadas y la CVRS de estos pacientes , se realizó para las variables ordinales el coeficiente de correlación de Spearman y para las variables cuantitativas continuas se realizó el coeficiente de correlación de Pearson encontrando que las siguientes variables influyen negativamente con la CVRS de estos , como son la edad con una (p 0.028), donde el 59% de los pacientes son mayores de 50 años ,comorbilidad (p 0.010),donde 72.7% de los pacientes tuvieron enfermedades asociadas a la IRCT, hematocrito, (p 0.025) y hemoglobina (p 0.025) ya que el 77.3% de los pacientes tuvo cifras entre 22.1 y 30% y 6.1-9 g/dl respectivamente ,y finalmente la ocupación de los pacientes (p 0.041) donde el 32% se encontraron desempleados y 23% jubilados; Sin embargo al realizar la regresión lineal múltiple para correlacionar estas variables con las dimensiones primarias del SF36 que son la

calificación del componente físico y del componente mental (PCS Y MCS) encontramos que sólo el nivel de hematocrito tuvo diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.034$). Esto posiblemente debido al pequeño tamaño de muestra en el cual no nos es posible las variables socioeconómicas que influyen sobre la CVRS.

No obstante en los cuadros No.6,7 y 8 observamos que todos nuestros pacientes se encuentran con un valor de PCS por debajo de 59.2 que es valor considerado de mejor CVRS de este tipo de pacientes y en relación al MCS encontramos que solamente 1 paciente sobrepasa el nivel máximo de 62 puntos que es la mejor puntuación con respecto a la CVRS, por lo anterior observamos que la CVRS de los pacientes con IRCT en TRS con diálisis peritoneal es mala ya que 58.5% se encontró con un valor de PCS por debajo de la media (34.09), así como también para la MCS (39.18).

CUADRO No. 6 Valores de PCS en pacientes con IRC en TRS con DP

PCS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-30	10	45.4
31-40	6	27.2
40-49	50	22.7
50-60	1	4.5
TOTAL	22	100

Cuadro No.7 Valores de MCS en pacientes con IRCT en TRS con DP.

MCS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
20-35	10	45.4
36-50	6	27.2
50-65	6	27.2
Total	22	100

Cuadro No. 8 Dimensiones primarias del SF36, calificación del componente físico y mental (PCS Y MCS)

Estadística descriptiva	PCS	MCS
MEDIA	34.0955	39.1818
MEDIANA	31.3500	37.0500
DS	8.7790	14.0116

En el cuadro 9 observamos las 8 dimensiones que agrupan el SF36 como son: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad(VIT), función social (SS) , rol emocional (RE) y salud mental (SM). Y tenemos que la dimensión más afectada fue la del rol físico con una media de 23.86 en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esta dimensión) hasta 100 (el mejor esto de salud).Esto relacionado posiblemente con las limitaciones que implica este tipo de tratamiento. por otro lado la dimensión menos afectada fue la de salud mental con una media de 53.40.

Cuadro No.9 Dimensiones del SF36

	FF	RF	DC	SG	VIT	FS	RE	SM
Media	33.1818	23.8636	48.5909	37.6364	36.1364	44.3182	42.4045	53.4091
Mediana	35.0000	.0000	41.0000	35.0000	32.5000	43.7500	16.5000	48.0000
Desviación standar	26.1199	38.1704	34.5649	20.0037	21.2654	30.7948	47.3459	24.4144

XI. DISCUSION

En nuestro país existen pocos estudios acerca de la evaluación de la CVRS en pacientes con IRCT en TRS , específicamente con diálisis peritoneal y sobre todo de las variables sociodemográficas y clínicas que influyen sobre esta , en nuestra búsqueda bibliográfica no encontramos un solo estudio que hable al respecto de esto en alguna población mexicana.

Actualmente es claro que las terapias de sustitución renal no está orientado sólo a lograr una mera prolongación de la vida en termino de meses o años, sino una verdadera rehabilitación del paciente . Esto abarca no sólo el plano estrictamente médico sino una serie más compleja de factores sociales, económicos, psicológicos, emocionales, culturales, etc. Que hacen que la definición de CVRS escape a los meros parámetros clínicos, por muy objetivos que estos puedan ser. Una cuestión que surge a propósito de lo anterior es por lo tanto como medir esta calidad de vida, ya sea tomando elementos objetivos o subjetivos originados en la propia percepción del paciente. Para tal efecto existen cuestionarios genéricos y específicos, en el presente estudio se aplico el cuestionario genérico de salud SF36 que consta de 36 items agrupadas en 8 dimensiones y 2 calificaciones primarias (PCS Y MCS) que en realidad miden la percepción de la CVRS del paciente. En resumen encontramos que de las 8 dimensiones que mide el SF36 la más afectada fue el rol físico y la menos afectada fue la salud mental aunque si bien observamos que en general las 8 dimensiones se encuentran afectadas en comparación con las calificaciones máximas que le son otorgadas a la PCS y la MCS al calificar el SF36; que comparado con datos reportados en la bibliografía la afectación del rol físico fue también el más afectado.³²

Entre los factores clínicos y sociodemográficos que se relacionaron negativamente con la CVRS de estos pacientes encontramos la edad, la comorbilidad, número de recambios de catéter de diálisis peritoneal , la hb el hto y la ocupación del paciente. Y sólo al hematocrito con una diferencia estadísticamente significativa al realizar la regresión lineal con la PCS y la MCS. Por otro lado en estudios realizados en Brasil y España se han reportado como factores sociodemográficos asociados negativamente a la CVRS al nivel socioeconómico y nivel de educación de los pacientes , lo cual en nuestro estudio no coincide tal vez por el pequeño tamaño de muestra ya que es fácil suponer que estos podrían influir ya que la 36.4% presento nivel socioeconómico bajo y 63.6 nivel medio.^{9,26}

Debido a la poca disponibilidad del transplante renal , la mayoría de los pacientes elige entre hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria , así , en un estudio de la Universidad Johns Hopkins publicado por la revista JAMA revela que los pacientes están más satisfechos con diálisis peritoneal que con hemodiálisis. En el se demostraba que el 85% de los mismos se sentía muy satisfecho con la diálisis peritoneal frente a 56% con hemodiálisis. Sin embargo, no obstante que nuestro estudio sólo evalúa la percepción de CVRS en pacientes con diálisis peritoneal el porcentaje reportado en dicho estudio es muy elevado lo cual no concuerda con nuestros resultados posiblemente esto afectado por la diferente cultura y nivel de vida.^{14,30.}

VIII. CONCLUSIONES

La sobrevida en los pacientes nefropatas con IRCT en TRS en sus diferentes modalidades exige atender las necesidades, no sólo, de alargar la vida sino que ésta sea de buena calidad. El número de pacientes con IRCT tratados con diálisis peritoneal va en aumento principalmente en pacientes diabéticos, en los cuales también ha aumentado la sobrevida. El objetivo claramente va encaminado en el tiempo actual a mejorar la CVRS ya que presenta importantes implicaciones clínicas éticas y económicas. Al prolongarse el tiempo de supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas, gracias a las innovaciones tecnológicas, la sociedad se está enfrentando a importantes consecuencias éticas y morales, al mismo tiempo estas innovaciones y sus penetrantes efectos sobre la CVRS están creando un creciente escepticismo y cuestionamiento incluyendo a aquellos que son optimistas acerca de los costos y la distribución racional de los recursos. Ahora bien, aunque este estudio por el momento es un reporte preliminar nos ayuda a obtener conclusiones con respecto a la CVRS de los pacientes con IRCT en TRS con diálisis peritoneal en el HR 1° de Octubre como son: que los pacientes tienen una mala CVRS evidenciado por las bajas puntuaciones obtenidas en las categorías principales (PCS y MCS) del cuestionario genérico de salud SF-36; Sin embargo no olvidemos que esta puede ser considerada una percepción subjetiva de los pacientes se vuelve objetiva al ser medida objetivamente con este cuestionario de salud, por otro lado existen variables sociodemográficas y clínicas que pueden influir tanto positiva como negativamente sobre esta CVRS, encontrándose en el presente estudio a la edad, la comorbilidad, ocupación de los pacientes al momento de la entrevista y los valores séricos de hb y hto que influyeron negativamente sobre la CVRS de estos pacientes, quedando pendiente dilucidar si existen más de estas variables al aumentar nuestro tamaño de muestra al concluir el estudio.

IX. REFERENCIAS

1. Rodríguez Abrego Gabriela, Rodríguez Abrego Isabela. Disfunción familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Rev Med IMSS 2004; 42(2): 97-102.
2. Velarde-Jurado Elizabeth, Avila-Figueroa Carlos. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México. 2002;44(4):349-361.
3. Schwartzmann Laura. Calidad de vida relacionada con la salud : Aspectos conceptuales ciencia y enfermería 2003;9(2):1-11
4. Rebollo P., Bobes J., González MP., Saiz P., Ortega F. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS9 de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS).Nefrología 2000;22(2)
5. Bakewell Anne , Higgins Rob M, Edmunds Mair E . Does ethnicity influence perceived quality of life of patients on dialysis and following renal transplant?. Nephrol Dial Transplant 2001;16:1095-1401.
6. Carr Alison J. Gibson Barry ,Robinson Peter G. Is quality of life determined by expectations or experience?. BMJ 2001;322:1240-1243.
7. Fernández López Juan Antoonio, Rancaño García Ivan , Hernández Mejía Radhamés. Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de perfil de calidad de vida en enfermos críticos. Psicothema 1999; 11(2):293-303.
8. Velarde.-Jurado Elizabeth, Avila Figueroa Carlos . Consideraciones metaológicas para evaluar la calidad de vida . Salud pública de México 2002;44(5):448-4460.
9. Machado Guillermo, Fierro Daniel ,Seguí José, et al. Aplicación de un método de valoración de calidad de vida en un centro de hemodiálisis en Mendoza. Rev. Nefrol. Dial y transplant. 2004;24(1):181-184.
10. Korevaar Johanna, Cansen Maarten, Dekker Friedo,et al. Evaluation of DOQI guidelines: Early Start of diálisis treatment is not associated with better health-related quality of life. American Journal of Kidney Diseases.2002;39(1).

11. Mapes Donna, Bragg-Gresham Jennifer, Bommer Jurgen, Fukuhara Shunichi, et al. Health-related quality of life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *American Journal of Kidney Disease*. 2004;44(5);Suppl 3.
12. Barendse Shalleen M., Speight J., Bradley C. The renal treatment satisfaction questionnaire (RTSQ): A measure of satisfaction with treatment for treatment for chronic kidney failure.). *American Journal of Kidney Disease*. 2005;45(3).
13. Williams Amy W. Sirvasa B., Todd S., et al. Early clinical, quality of life and biochemical changes of "Dialy hemodiálisis" (6 dialyses per week). *American Journal of Kidney Disease*; 2004; 43(1);pp.90-102.
14. Badia Llach X. Lizán Tudela L. Estudios de calidad de vida. Atención primaria.
15. Sumati Rao PhD, William B. Carter PhD, Donna L. Et al. Development of subscales from the symptoms/ problems and effects of kidney disease scales of kidney disease quality of life instrument. *Clinical therapeutics*. 2000;(22); pp. 1099-1111.
16. Termorshuizen F. Korevaar J.C. Friedo W. Et al. The relative importance of residual renal function compared with peritoneal clearance for patient survival and quality of life: An analysis of the netherlands cooperative study on the adequacy of dialysis.). *American Journal of Kidney Disease*.2003;41(6).
17. Brian A.J. Walters PhD. Ron D.Karen L. et al. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodiálisis initiation. *American Journal of Kidney Disease*. 2002;40(6).
18. Mark L. Andrew S. Carolyn D Ambrosio. et al. Restless legs symptoms among incident dialysis patients: association with lower quality of life and shorter survival. *American Journal of Kidney Disease*. 2004; 43(5); pp. 900-909.
19. Kalantar-Zadeh K. Kopple J.Block G. Humphreys M. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalitation, and mortality in hemodialysis. *American Journal of Kidney Disease*. 2001;12 (12).
20. Braun R. Klag M. Bultman D. Schatell D. Renal rehabilitation and improved patient outcomes in texas diálisis facilities. *American Journal of Kidney Disease*.2002; 40(2).
21. Sharon M. Tilman B. et al. A bridge to improving healthcare outcomes and quality of life. *American Journal of Kidney Disease*. 2004;43 (3); pp. 552-557.

22. Levinsky Norman G. Controversias in nephrology. *American Journal of Kidney Disease*.2003;41(4).
23. Patel Samir S. Shah Viral S. Peterson Rolf A. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *American Journal of Kidney Disease*. 2002;40(5).
24. Sanner Bernd M. Tepel Martin. Esser M. Klewer J. Et al. Sleep-related breathing disorders impair quality of life in hemodialysis recipients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2002;17. pp.1260-1265.
25. Agraharkar M. Vasudeman N. Patlovaný M. Recovery of renal function in dialysis patients. *BMC Nephrology*. 2003;4(9).pp. 1-5.
26. Sesso R. Rodríguez J. Ferraz M. Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. *American Journal of Kidney Disease*. 2004;41(1).
27. Kimmel P. Seth L. John M. Et al. ESRD Patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *American Journal of Kidney Disease*. 2003;42(4). Pp713-721.
28. Kitty J. Korevaar J. Friedo W. Raymond T. Et al. The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in ESRD patients in the Netherlands. *American Journal of Kidney Disease*. 2004;43(5).pp. 891-899.
29. Díaz-Buxo A. Lowrie E. Lew N. Et al. Quality of life evaluation usin short form SF36 : Comparison in hemodialisis and peritoneal dialisys patients. *American Journal of Kidney Disease*.2000;35(*).
30. Fink N. Marsh-Manzi J. Meyer K. Changes in quality of life during hemodiálisis and peritoneal diálisis treatment: generis and disease specific measures.. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2004;15(3).
31. Fortin M. Lapointe L. Hudon C. Vanasse A. Multimorbidity and quality of life in primary care: a sistematic review.
32. Peter L. Stressors, coping mechanism and quality of life among dialysis patients in Australia. *J Adv Nurs*.1996;23(5).pp 873-881.

XIV. ANEXOS

ANEXO 1.

**CUESTIONARIO DE SALUD SF-36
VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)**

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 más 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 para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

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

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

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



ANEXO 2

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS PARA PACIENTES CON DX DE IRCT EN DIALISIS PERITONEAL

I. DATOS GENERALES:

- Nombre:
- Sexo:
- Registro de expediente:
- Edad (años y meses):
- Estado civil: soltero (), casado (), unión libre (), divorciado (), viudo ()

II. ANTECEDENTES CLINICOS:

- Fecha del diagnóstico de la Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) _____
- Causa de la IRCT _____
- Edad al momento del diagnóstico: _____
- Síntomas iniciales para establecer el diagnóstico: _____
- Fecha de inicio del tratamiento con diálisis peritoneal: _____
- No. de ocasiones que se ha recambiado catéter (en el caso de diálisis peritoneal) _____
- No. de internamientos hospitalarios por año (causas) _____
- Comorbilidad (anotar enfermedades concomitantes actuales aparte de la IRCT): _____

III. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

- Medio en que habita: 1) rural (), urbano ()
- No. de personas con las que convive: _____
- tipo de familia: 1 nuclear (), 2 extensa (), 3 extensa compuesta ()
4) compuesta ()
- Clase social: baja () media () alta ()
- Grado de estudios : 1) ninguno () 2) preprimaria () 3) primaria () secundaria ()
preparatoria () carrera técnica () licenciatura ()
- Ocupación actual _____
- Ocupación antes del diagnóstico de IRCT _____
- ¿Quién le proporciona ayuda para realizar su diálisis peritoneal ? : _____
- ¿De quien depende económicamente? _____

IV. PARAMETROS BIOQUIMICOS:

- hematocrito(%) _____
- hemoglobina (g/dl) _____
- albúmina(g/dl) _____