

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

**SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA
CENTRO MÉDICO NACIONAL “ 20 DE NOVIEMBRE” ISSSTE**

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL TRATADOS CON
HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN:

N E F R O L O G Í A

PRESENTA

DRA. ALMA DELIA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

ASESOR DE TESIS

DR. JUVENAL TORRES PASTRANA

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2007



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.

AUTORIZACIONES

Dra. Marcela G. González de Cossio Ortiz
Subdirectora de Enseñanza e Investigación
Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”

Dr. Torres Pastrana Juvenal
Profesor Titular del Curso de Nefrología
Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”

Dra. Marisela Escarela Serrano
Revisor de Tesis
Medico Adscrito al Servicio de Medicina Interna
Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”

Dra. Alma Delia González Martínez
Médico Residente de Nefrología
Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”

INDICE

INTRODUCCION.....	1
OBJETIVO.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	4
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIÓN.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL TRATADOS CON HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA

Torres Pastrana J., Salas Pérez G., González Martínez A.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) tienen alteraciones significativas en la calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS) En parte, esto es debido al tratamiento que se requiere. El objetivo de este estudio fue comparar la CVRS en pacientes con enfermedad renal crónica terminal tratados con hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal automatizada (DPA)

MÉTODOS: Un estudio transversal, comparativo, se realizó en el servicio de Nefrología del Hospital Adolfo López Mateos y Hospital Darío Fernández del ISSSTE, en el cual se aplicó el KDQOL-SF TM a 50 pacientes con ERCT tratados con HD y 50 con DPA entre los 25 y 80 años de edad. Observando la CVRS de acuerdo a las escalas del instrumento utilizado, tomando en cuenta tiempo en el tratamiento (menor a un año vs mayor a un año) y enfermedad comorbida (diabéticos vs no diabéticos)

RESULTADOS: En forma general para ambos tratamientos se observó aceptable calidad de vida en síntomas y satisfacción con el personal de diálisis. En los efectos de su enfermedad renal, responsabilidad sobre su enfermedad, función sexual, sueño y apoyo social obtuvieron calidad de vida moderada y las 11 escalas restantes baja calidad de vida. Comparando ambos grupos, hemodiálisis superó a la DPA en la función sexual. La DPA se observó mejoría sobre la HD en los efectos sobre su enfermedad renal ,responsabilidad sobre su enfermedad, nivel de trabajo, función cognitiva, funcionamiento físico, y dolor La percepción de la Salud general, bienestar emocional, problemas por su estado emocional, función social, fatiga, satisfacción con el personal de diálisis y apoyo social no tuvieron significativa. Los pacientes con mas de 1 año en el tratamiento tuvieron mejor calidad de vida que los que tenía menos de un año. En los pacientes diabéticos su calidad de vida no fue tan buena como en los no diabéticos.

CONCLUSIONES: El tratamiento automatizado superó a HD en 6 de las 18 escalas, HD solo en una escala, en las 11 escalas restante no se observó diferencia. El tiempo que llevan en el tratamiento es importante para su adaptación. La diabetes empeora la calidad de vida. Sin embargo las modalidades de tratamiento con HD y DPA proporcionan las oportunidades iguales para la CVRS si la selección del paciente se basa en la historia de la enfermedad renal, de la ayuda social disponible y de las capacidades del propio enfermo para aceptar su enfermedad.

QUALITY OF LIFE RELATED TO The HEALTH IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASE RENAL TERMINAL DEAL WITH HEMODIÁLISIS And AUTOMATED DIALYSIS PERITONEAL

Towers Pastrana J., Rooms Perez G., González Martínez A.

BACKGROUND: The patients with renal disease chronic terminal (ERCT) Partly have significant alterations in the quality of the life related to the health (CVRS), this is due to the treatment that is required. To compare the CVRS in patients with renal disease chronic terminal dealt with hemodiálisis (HD) and automated peritoneal dialysis (DPA)

METHODS: A cross-sectional, comparative study, was made in the service of Nefrología of the Hospital Adolph Lopez Mateos and Darío Hospital Fernandez of the ISSSTE, in which I am applied KDQOL-SF METRIC TON to 50 patients with ERCT dealt with HD and 50 with DPA between the 25 and 80 years of age. Observing the CVRS according to the scales of the used instrument, taking into account time in the treatment (smaller to a year greater versus to a year) and comorbida disease (diabetic versus nondiabetic)

RESULTS: In general form for both treatments I am observed acceptable quality of life in symptoms and satisfaction with the dialysis personnel. In the effects of their renal disease, responsibility on their disease, sexual function, dream and social support obtained quality of moderate life and the 11 remaining scales lower quality of life. Comparing both groups, hemodiálisis I surpass to the DPA in the sexual function. The DPA I am observed improvement on the HD in the effects on its renal disease, responsibility on its disease, level of work, cognitiva function, physical operation, and pain the perception the general Health, emotional well-being, problems by their emotional state, social function, fatigue, satisfaction with the dialysis personnel and social support did not have significant. The patients with but of 1 year in the treatment had better quality of life than those that tapeworm less of a year. In the diabetic patients its quality of life was not as good as in the nondiabetic ones.

CONCLUSION: The automated treatment surpassed to HD in 6 of 18 scales, HD single in a scale, the 11 scales remaining I am not observed difference. The time which they take in the treatment is important for its adaptation. The diabetes makes worse the quality of life. Nevertheless the modalities of treatment with HD and DPA provide the equal opportunities for the CVRS if the selection of the patient is based on the history of the renal disease, of the social aid available and of the capacities of the own patient to accept its disease.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedad renal terminal (ERT) tienen alteraciones significativas en la calidad de la vida relacionada con la salud. Es confuso si hemodiálisis o diálisis peritoneal está asociada a una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Según lo esperado, la CVRS es perceptiblemente más baja para los pacientes que tienen otras enfermedades comorbidas y para los pacientes con menor educación. **(1)**. En general los pacientes en diálisis no gozan de una buena calidad de la vida comparando las situaciones demográficas y clínicas, 72.9% pacientes tienen problemas con energía y 69.4 con movilidad, 47.1% refieren dolor y 54.1% tienen desórdenes del sueño. Las diferencias principales entre los pacientes de HD y de DP se refieren a las reacciones psicológicas, donde 42.9% de pacientes de HD refieren aumento de los factores de riesgo, comparadas a 17.2% en DP. **(2-4)** La diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad frecuente y actualmente la causa principal de la enfermedad renal terminal, los pacientes diabéticos requirieren antihipertensivos con más frecuencia que pacientes no diabéticos y demuestran presión arterial sistólica más alta, así como incidencia cardiovascular más alta. A pesar de más de 20 años de uso, las diferencias relativas en la calidad de la vida relacionada con la salud (CDRS) entre la hemodiálisis (HD) y la diálisis peritoneal (DP) no se saben claramente. **(6)**

En los últimos años, ha habido un resurgimiento en el interés de la diálisis peritoneal automatizada y menos del 20% de la población que recibe diálisis peritoneal se encuentra en esta modalidad.. Las ventajas de la diálisis peritoneal automatizada incluyen la capacidad para una prescripción adecuada de diálisis, una libertad y una calidad de la vida mejor y un riesgo disminuido de peritonitis. Estas ventajas pueden compensar el costo creciente de diálisis peritoneal automatizada, la morbilidad y la mortalidad de pacientes a largo plazo se pueden disminuir por su disposición en un programa integrado de la diálisis. **(7)**. Los datos relacionados con la salud, situaciones demográficas, tiempo de tratamiento y datos clínicos son captados y analizados con respecto a aspectos físicos de CVRS y del papel de funcionamiento, no se observan ningunas diferencias entre los pacientes de DPA y de DPCA, pero en otros aspectos supera la DPA. Otras variables para explicar resultados de

estudios de CVRS son edad, el número de las enfermedades comorbidas y enfermedad primaria del riñón. **(8)**

Para analizar la calidad en la enfermedad renal fue desarrollado un instrumento para proporcionar un resultado compresivo de los factores importantes relacionados con la calidad de vida (KDQOL-tm) en pacientes con hemodiálisis. Se identificaron subescalas de los 55 artículos que abarcan síntomas y problemas sobre la enfermedad renal y los efectos sobre la enfermedad del riñón del KDQOLTM. Once subescalas del multi-artículo y cuatro artículos individuales fueron identificados. Estas subescalas y artículos fueron evaluados usando datos de una muestra de 165 individuos con enfermedad del riñón, este estudio proporciona ayuda adicional para la confiabilidad y la validez del KDQOL-tm, las nuevas subescalas rinden una información más detallada y proporcionan una base para los esfuerzos en el análisis de calidad de vida. **(9-12)**

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo fue comparar calidad de vida de pacientes con enfermedad renal terminal, manejados con diálisis peritoneal automatizada y hemodiálisis.

MATERIAL Y METODOS

Estudio, transversal, comparativo, que se realizó en el servicio de Nefrología del Hospital Adolfo López Mateos y Hospital Darío Fernández, del ISSSTE, México, en el cual se valorará la calidad de vida en 50 pacientes con enfermedad renal crónica terminal tratados con hemodiálisis y 50 en diálisis peritoneal automatizada con edades comprendidas entre los 25 y 80 años. Para tal efecto se aplicara el KDQOL-SF, el cual es un instrumento desarrollado para valorar calidad de vida de los individuos con enfermedad renal y diálisis, que evalúa la calidad de vida de acuerdo al porcentaje de puntos obtenidos en los parámetros analizados. **El promedio de puntos final corresponde de 0-30% mala calidad de vida, 31-50 % regular calidad de vida, mayor a 70% buena calidad de vida.** Se valorara las siguientes escalas del cuestionario KDQOL-SF

SÍNTOMAS: 12 reactivos, se incluyen dolores musculares, dolor torácico, calambres, prurito, piel seca, disnea, desmayos o mareos, anorexia, debilidad, parestesias, náuseas o molestias digestivas y problemas con su catéter. Calificando del 1 al 5 donde 1 es nada, 2 un poco, 3 regular, 4 mucho y 5 muchísimo, correspondiendo 1 al 100% y 5 0 %.

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD RENAL SOBRE SU VIDA DIARIA: 8 reactivos, restricción a los líquidos, limitación de la dieta, capacidad para trabajar en casa, capacidad para trabajar o viajar, dependencia de médicos y otro personal de salud, tensión nerviosa y otras preocupaciones causadas por su enfermedad, su vida sexual y su aspecto físico. Se califica del 1 al 5 donde 1 es nada, 2 un poco, 3 regular, 4 mucho y 5 muchísimo correspondiendo 1 al 100% y 5 0 %.

RESPONSABILIDAD SOBRE SU ENFERMEDAD RENAL: 4 reactivos, frustración por ocuparse de su enfermedad, se siente una carga para su familia. Corresponde el 1 al 0% y 5 al 100%, donde 1 es totalmente cierta, 2 más o menos cierta, 3 no lo sé, 4 más o menos falsa, 5 totalmente falsa

NIVEL DE TRABAJO: 2 reactivos, realiza trabajo remunerado, se califica con sí o no el cual si, equivale a 1 y no a 2, donde 1 es 100% y 2 es 0%., Su salud le impide realizar un trabajo remunerado? el cual si, es 1 y corresponde al 0% y no es 2, con 100%

FUNCIÓN COGITIVA: 3 reactivos, reacción lenta a las cosas que le dicen, dificultad para concentrarse o pensar, percibe desorientación. Se califica del 1 al 6, corresponde el 1 siempre, 2 casi siempre, 3 muchas veces, 4 algunas veces, 5 solo alguna vez, 6 nunca, donde 1 es el 0 %, 2 el 20%, 3 el 40%, 4, el 60%, 5 el 80% y 6 100%.

INTERACCIÓN SOCIAL: 3 reactivos, aislarse de la gente que lo rodea, estuvo irritable con los demás, se llevo bien con los demás; a y c se califica del 1 al 6, corresponde el 1 siempre, 2 casi siempre, 3 muchas veces, 4 algunas veces, 5 solo alguna vez, 6 nunca, donde 1 es el 0 %, 2 el 20%, 3 el 40%, 4, el 60%, 5 el 80% y 6 100%. La pregunta ¿ se llevó bien con los demás? (13 e) se califica del 1 al 6, corresponde el 1 siempre, 2 casi siempre, 3 muchas veces, 4 algunas veces, 5 solo alguna vez, 6 nunca, donde 1 se le da 100% y 6 el 0%

FUNCIÓN SEXUAL: 2 reactivos, disfrutar su actividad sexual y excitarse sexualmente; se califica de 1 a 5 puntos ,1 es ningún problema, 2 muy poco problema, 3 algún problema, 4 mucho problema, y 5 muchísimo problema, el valor de 1 corresponde al 100% y 5 al 0%.

SUEÑO: 4 reactivos, Valoración del sueño en general, en una escala del 0 que equivale a que duerme muy mal al 10 que duerme muy bien, se da el valor de 100% al 10, 90% al 9, 80% al 8 hasta el 0% al 0. Los otros 2 reactivos (18 a, c) incluye despertar por la noche y dificultad para volverse a dormir, dificultad para mantenerse despierto durante el día, se califica del 1: 100% al 6: 0%, donde 1 es nunca, 2 solo alguna vez, 3 algunas veces, 4 muchas veces, 5 casi siempre, 6 siempre. La cuarta valoración (18 b), es si duerme todo lo que necesita y se califica del 1 : 0% al 6: 100% donde 1 es nunca, 2 solo alguna vez, 3 algunas veces, 4 muchas veces, 5 casi siempre, 6 siempre.

APOYO SOCIAL Y NIVEL DE SATISFACCIÓN: 2 reactivos, Valora el nivel de satisfacción que tiene el paciente para estar con su familia y el apoyo que le da su familia y amigos. Valor de 1: 0% al 4: 100%. Donde 1 es muy insatisfecho, 2 insatisfecho, 3 satisfecho, 4 muy satisfecho.

SATISFACCIÓN CON EL PERSONAL DE DIÁLISIS: 3 reactivos, Satisfacción con los cuidados recibidos, el personal de diálisis anima para ser independientes y apoya a ser frente a su enfermedad renal. Su valor de 1: 100% a 5: 0%. Donde 1 es totalmente cierta, 2 más o menos cierta, 3 no lo sé, 4 más o menos falsa, y 5 falsa.

FUNCIONAMIENTO FÍSICO: 9 reactivos, Esta escala valora cuanto le limita su enfermedad para realizar algunas actividades de la vida diaria como esfuerzos intensos, cargar bolsa del mandado, subir varios pisos por la escalera, subir un solo piso, arrodillarse, caminar un kilómetro, caminar varias cuadras, una sola cuadra y bañarse o vestirse por si mismos, se califica con 1 y se da el valor del 0% , 2 el 50% y 3 el 100%. Donde 1 es que si le limita mucho, 2 le limita poco, y 3 no le limita nada.

ACTIVIDAD FÍSICA: 4 reactivos, Reducir el tiempo dedicado a sus actividades diarias, hacer menos de lo que hubiera querido hacer, tiene que dejar de hacer algunas actividades diarias, tiene dificultad para hacer su trabajo. Se califica con Sí y se da un punto y No 2 puntos, dando el valor a 1 del 0% y 2 del 100%.

DOLOR: 2 reactivos, dolor en alguna parte del cuerpo, la cual se califica del 1 al 6, donde 1 es No, 2 muy poco, 3 un poco, 4 moderado, 5 mucho, 6 muchísimo, y corresponde el 1 100%, 2 80%, 3 60%, 4 40%, 5 20%, 6: 0%. Hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual se da el valor de 1 si es nada, 2 un poco, 3 regular, 4 mucho, 5 muchísimo, corresponde 1 100%, 2 75%, 3 50%, 4 25%, 5 0%.

VALORACIÓN DE SU SALUD GENERAL: 4 reactivos, percepción de su salud en general, se da el valor de 1 a excelente, 2 muy buena, 3 buena, 4 regular, 5 mala que corresponde 1 100%, 2 75%, 3 50%, 4 25%, 5 0%. Siente que se enferma mas que los demás y cree que su salud va a empeorar del 1: 0% al 5: 100%. (11 b-d) Piensa que su salud es excelente y que esta tan sano como cualquiera, se da el valor de 1 a totalmente cierta, 2 más o menos cierta, 3 no lo sé, 4 más o menos falsa, 5 totalmente falsa corresponde 1 100%, 2 75%, 3 50%, 4 25%, 5 0%. En general ¿ cómo diría que es su salud? Se califica del 0 al 10, donde 0 es la peor salud y 10 la mejor salud posible y corresponde 10 al 100%, 9 al 90% 8 al 80% hasta llegar al 0%.

BIENESTAR EMOCIONAL: 5 reactivos, ha estado nervioso, bajo de moral, desanimado y triste, se siente agotado, se siente cansado. Se valora 1 siempre, 2 casi siempre, 3 muchas veces, 4 algunas veces, 5 solo alguna vez, 6 nunca, corresponde el 1: 0% al 6: 100%.

PROBLEMAS A CAUSA DE SU ESTADO EMOCIONAL: 3 reactivos, reduce el tiempo a su trabajo, hizo menos de lo que hubiera querido hacer, no hizo su trabajo como acostumbra, se le da el valor de 1 a Sí y 2 al No el cual 1 es 0% y 2 100%.

FUNCION SOCIAL: 2 reactivos, Su salud física ha dificultado sus actividades sociales? El cual 1 es nada, 2 un poco, 3 regular, 4 mucho, 5 muchísimo, donde 1 es el 100% y 5 el 0%. Con que frecuencia su salud le ha impedido sus actividades sociales? Se califica 1 si es siempre, 2 casi siempre, 3 algunas veces, 4 sólo alguna vez, 5 nunca y corresponde 1 del 0% al 5 del 100%.

FATIGA Y ENERGIA: 4 reactivos, se ha sentido lleno de vitalidad, se siente calmado y tranquilo, tiene mucha energía, se siente feliz. Se valora 1 siempre, 2 casi siempre, 3 muchas veces, 4 algunas veces, 5 solo alguna vez, 6 nunca y corresponde del 1 100% al 6 0%.

Para el análisis se dividió en 2 grupos de acuerdo con la causa de la insuficiencia renal en diabéticos y no diabéticos y también de acuerdo al tiempo de permanencia en el programa, menor a un año y mayor a un año.

El análisis estadístico se realizo con la T de student para grupos independientes

RESULTADOS

TABLA 1

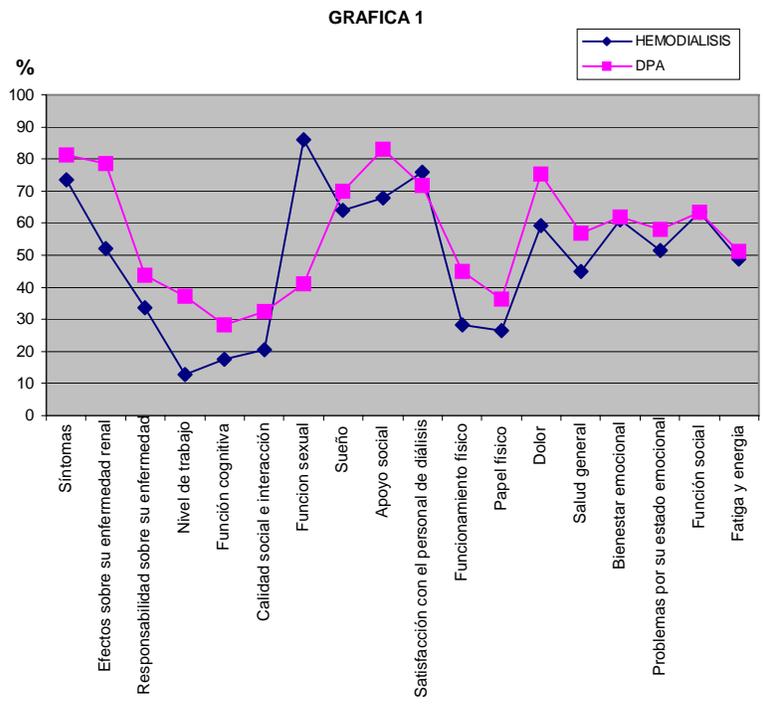
VARIABLE	HEMODIALISIS	DIÁLISIS AUTOMATIZADA
No. de pacientes	50	50
sexo	Femenino: 22 Masculino : 29	Femenino: 25 Masculino: 26
edad	24 años.....76 años	21 años.....85 años
diabéticos	25	33
No diabéticos	26	18
Tiempo de diálisis	Menor a 1 año.....18 Mayor a 1 año.....33	Menor a 1 año.....16 Mayor a 1 año.....35

De diciembre del 2004 a mayo del 2005 se aplicaron 100 instrumentos KDQOL, 50 a pacientes en diálisis automatizada, 50 a pacientes en hemodiálisis, 22 femeninos y 29 masculinos en hemodiálisis; 25 femeninos y 26 masculinos en diálisis automatizada. Edad entre 24 y 85 años. Se formaron los siguientes grupos de acuerdo al tiempo de tratamiento y la causa de enfermedad renal: grupo 1: tiempo de tratamiento, menor a un año y mayor a un año. Grupo 2: diabéticos y no diabéticos.

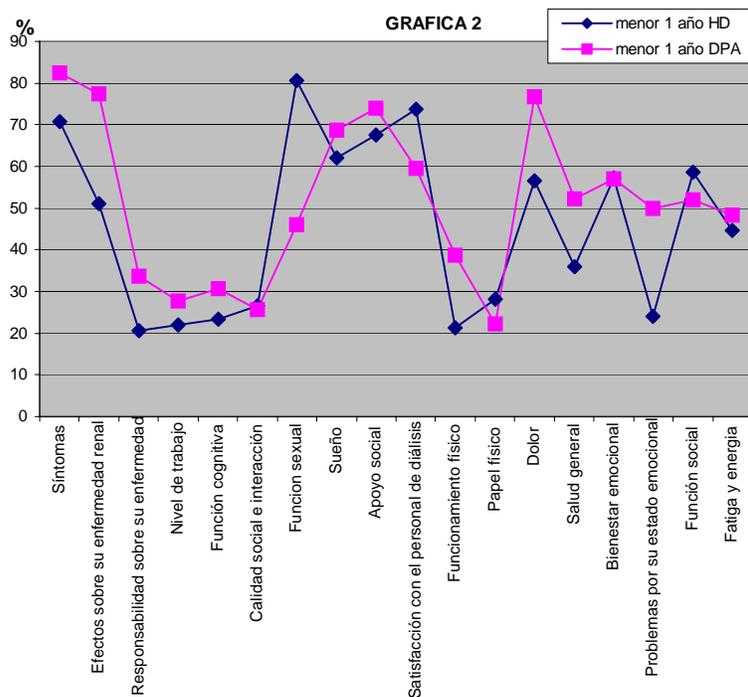
TABLA 2

Escalas	Descripción	HEMODIALISIS Media	DPA Media	T: student	Valor de P
Síntomas	Inconformidad por su sintomatología.	73.5	81.16	1.78	0.07
Efectos de la enfermedad renal	Inconformidad por su enfermedad	52.08	78.55	5.10	0.06
Responsabilidad sobre su enfermedad renal	Aceptación /adaptación de su enfermedad	33.57	43.62	2.43	0.01
Nivel de trabajo	Capacidad para realizar trabajo remunerado	12.74	37.25	8.49	0.0001
Función cognitiva	Problemas con su función cognitiva	17.51	28.36	3.53	0.0006
Calidad de interacción social	Dificultad para su interacción social	20.52	32.41	2.23	0.027
Función sexual	Problemas con su función sexual	86.02	40.93	43.80	0.004
Sueño	Disturbios del sueño	64.01	69.80	1.29	0.19
Apoyo social	Percepción del apoyo social recibido	67.96	83.00	10.51	7.48
Satisfacción con el personal de diálisis	Motivación por el personal de diálisis.	75.78	71.58	1.50	0.134
Funcionamiento físico	Limitación para realizar sus actividades físicas	28.23	45.00	2.92	0.0042
Papel físico	Repercusión en su funcionamiento físico.	26.47	36.27	5.65	1.507
Dolor	Repercusión en su trabajo diario por dolor	59.26	75.24	8.83	0.003
Salud general	Percepción de su salud en general	44.92	56.73	1.92	0.056
Bienestar emocional	Percepción de su estado emocional	61.09	62.03	0.23	0.814
Problemas por su estado emocional	Limitación en sus actividades diarias por algún problema emocional	51.63	58.16	5.41	4.207
Función social	Realizar sus actividades sociales	63.48	63.48	0	1
Fatiga y energía	Percepción de su vitalidad	48.82	51.07	0.61	0.542

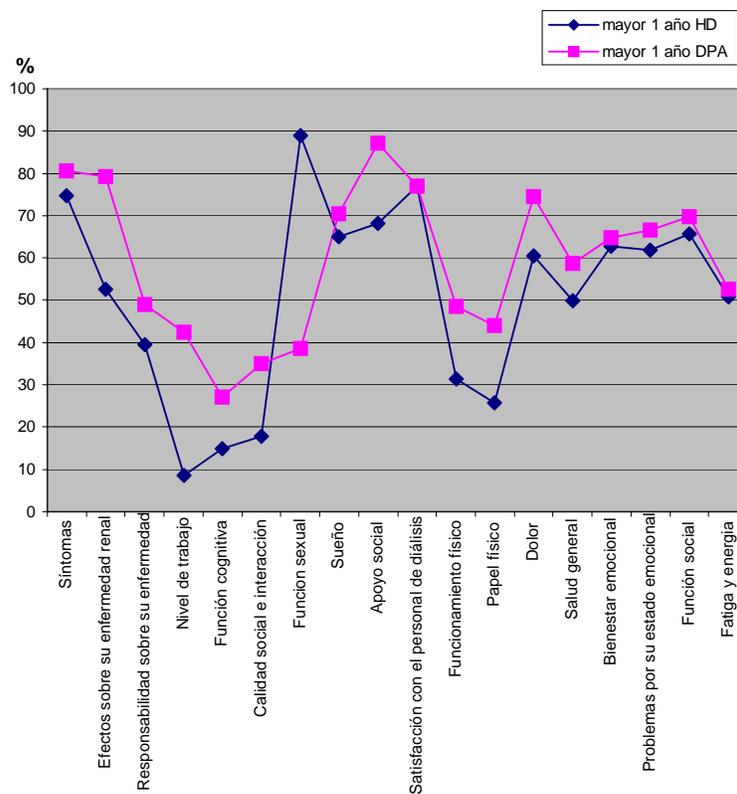
Las escalas que demostraron mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud, efectos sobre su enfermedad 52% en hemodiálisis vs. 78.5% en diálisis automatizada con p menor a 0.01, nivel de trabajo hemodiálisis 12.7% vs. Diálisis Automatizada 37.2% con p menor 0.05, calidad social e interacción 20.5% en HD vs. 32.4% DPA p menor a 0.05. La salud general el rol físico en 28.2% en HD vs. 45% DPA con p de 0.004. Dolor 59.2% en HD vs. 75.2% en DPA con p de 0.005. La función sexual mejor en HD con 86% vs. 40.9% con p 0.03. En las otras escalas no hubo diferencia significativa.



En esta grafica se demuestra la superioridad de DPA en sobre HD en efectos sobre la enfermedad renal, nivel de trabajo, interacción social, rol físico y dolor. La función sexual fue superior en HD.

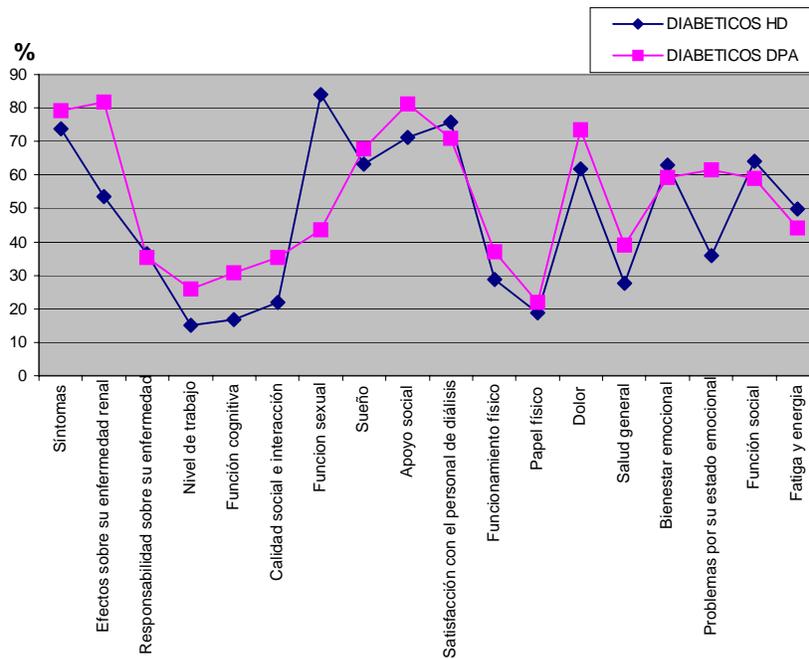


Grupo 1 menor a un año en los efectos sobre la enfermedad renal 50.9% en HD vs. 77.4 en DPA con p de 0.003, función sexual 80.5% en HD vs. 46% en DPA con p 0.003. apoyo con el personal de diálisis 73.7 % en HD vs. 59.5% DPA p 0.01. Dolor 56.5% en HD vs. 76.6% en DPA con p 0.01 (grafica 2).



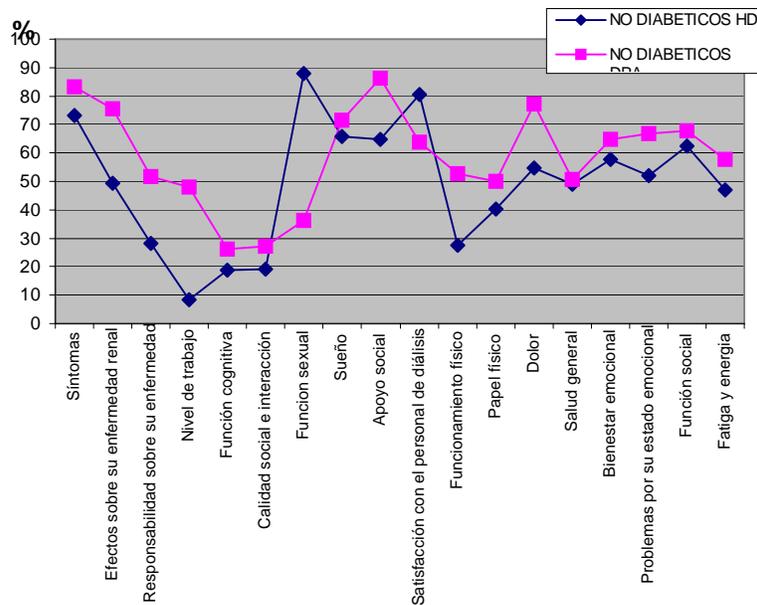
Grafica 3

En el grupo 1 mayor a un año, efectos de la enfermedad renal 52.5% en HD vs. 79.1% en DPA con p de 0.001. Nivel de trabajo 8.5% en HD vs. 42.4% en DPA. Función sexual 89% en HD VS 38.5% en DPA. Apoyo social 68.1% en HD vs. 87.1% en DPA. Rol físico 25.7% en HD vs. 43.9% en DPA. (Grafica 3)



GRAFICA 4

Grupo 2 diabéticos, efectos de la enfermedad renal 53.5% 3n HD vs. 81.7% en DPA con p de 0.001. función cognitiva 16.7 en HD vs. 30.6% en DPA con p 0.006. Función sexual 84% en HD vs. 43.5% en DPA con p 0.005. Problemas por su estado emocional 36% en HD vs. 61.6% en DP (grafica 4).



GRAFICA 5

Grupo 2 pacientes no diabéticos, efectos sobre su enfermedad renal 29.4% en HD vs. 71.4% en DPA. Responsabilidad sobre su enfermedad renal 28.15 HD vs. 51.6% en DPA con p 0.002. Nivel de trabajo 8.3% en HD vs. 48% en DPA con p de 0.001. Función sexual 87.9% en HD vs. 36% en DPA. Satisfacción con el personal de diálisis 80.5% en HD vs. 63.8% en DPA con P 0.005. Rol físico 27.5% en Hd vs. 52.6% en DPA con p 0.002. Dolor 54.8% en HD vs. 77% en DPA con P 0.001. (grafica 5).

DISCUSION

Año con año aumenta la prevalencia de enfermedad renal crónica a nivel mundial y un 90% avanza hacia la enfermedad terminal, requiriendo de una terapia de reemplazo dialítica, ya que la posibilidad de trasplante es limitada por diversas razones como la edad, causa de insuficiencia renal, desnutrición y falta de donadores; Por lo que la gran mayoría de estos pacientes se encuentra en programa de diálisis permanente en alguna de sus diferentes modalidades. La Incidencia de paciente con enfermedad renal terminal en el país, que requieren diálisis es de alrededor 250/ millón de habitantes por año. En México se ha calculado que existen alrededor de 40 mil, el 80% se encuentra en diálisis peritoneal y el 20% en hemodiálisis. La diálisis a mediano y largo plazo tiene implicaciones en la calidad de vida de los pacientes, sin embargo el tratamiento dialítico no es el único factor determinante de la calidad de vida relacionada con la salud, se han señalado otros factores, tales como la raza, prescripción adecuada, nivel socioeconómico, nutrición, edad, sexo, enfermedades comórbidas, tiempo de tratamiento, escolaridad personalidad del paciente y motivación para su tratamiento.

Se han realizado estudios para demostrar que terapia dialítica mejora la calidad de vida de estos enfermos. Haciendo combinaciones con diferentes instrumentos de medición, en estudios prospectivos hasta de 1 a 2 año de seguimiento, sin embargo aun no se ha podido concluir que modalidad de tratamiento es mejor; solo se han reportado ventajas y desventajas de cada una de ellas. Por lo general los pacientes en diálisis presentan restricciones de diversa índole que limita su calidad de vida. En este trabajo analizamos la calidad de vida en los pacientes que se encuentran en diálisis peritoneal automatizada y hemodiálisis utilizando el KDQOL SF-36, para su análisis se dividió en 2 grupos tomando en cuenta causa de IRC y tiempo de estancia en el tratamiento. Resultados coinciden con lo reportado en la literatura, ya que en un análisis general de ambas modalidades, solo en algunas escalas la DPA sobrepasa a la HD como en la capacidad de trabajo remunerado, dolor, limitación a las actividades físicas y apoyo social, y por otro lado la HD demostró mejor adaptación en la función sexual que en la DPA, así como la percepción de apoyo del

personal de diálisis, por lo que cada una de ellas ofrece mejoría en algunos aspectos y que la DPA tiene mejoría en la mayoría de las escalas analizadas pero sin diferencia significativa.

Albert Wu. Demuestra que el tiempo es un factor determinante de la calidad de vida que percibe el enfermo, utilizando el KDQOL SF 36, al inicio del tratamiento su calidad de vida fue peor, mejorando posterior al año de tratamiento, así como en nuestro estudio observamos que efectivamente tiene mejoría una vez que se han adaptado, sobre todo en las limitaciones a las actividades físicas, apoyo social, dolor y estado emocional en ambas modalidades hemodiálisis y diálisis automatizada, pero no así en el aspecto sexual donde la calidad de vida fue a la baja. Posterior al año de tratamiento en diálisis automatizada y HD no tuvo cambios con respecto al tiempo, la sintomatología mejoro posterior al año de tratamiento, y en cuanto a la capacidad de trabajo remunerado mejoro en DPA, en hemodiálisis no tuvo cambios. Otro investigadores han analizado los diferentes factores que afectan la CVRS por separado, por ejemplo la función cognitiva o estado depresivo de los enfermos afecta considerablemente la rehabilitación, y por consiguientes la calidad de vida, llevando a circulo viciosos arrastrando consigo otros factores, así también se han analizado las la nutrición y enfermedades comorbidas que si verdaderamente juegan un papel muy importante en el mejoramiento de la calidad de vida, nosotros en este estudio dividimos en 2 grupos a pacientes diabéticos y no diabéticos demostrando que los pacientes diabéticos debido a la naturaleza de la enfermedad propia condiciona deterioro de otros órganos no solo a nivel renal lo que afecta en forma integral al paciente deteriorando su calidad de vida, no hubo diferencias entre la DPA y HD en cuanto a este grupo de pacientes, demostrando así la calidad de vida no solo depende de la modalidad de tratamiento sino también de los factores antes mencionados.

CONCLUSIONES

En la escala de nivel de trabajo se reporto mejor calidad de vida en pacientes en diálisis peritoneal automatizada, así como en las escalas de efectos sobre la enfermedad renal, responsabilidad de su enfermedad, rol físico, dolor y salud general, sin embargo la escala de la función sexual se obtuvo mejoría en los pacientes en hemodiálisis. Para los grupos formados, se obtuvo mejor calidad de vida en pacientes no diabéticos. Por el tiempo de tratamiento se observo mejoría en los pacientes mayor a un año de tratamiento, el resto de las escalas no se observo diferencia significativa. En un análisis total se observa que la calidad de vida en los pacientes en diálisis se considera buena ya que el resultado demuestra entre el 40-80%.. Los resultados demuestran que los pacientes en este estudio realizan una cantidad substancial de auto cuidado y perciben su bienestar subjetivo como bueno. Estos resultados indican que las modalidades del tratamiento de HD y DPA proporcionan las oportunidades iguales para la calidad de la vida si la selección paciente se basa en historia de la enfermedad renal, de la ayuda social disponible y de las capacidades del propio enfermo a hacerle frente al problema. Tanto la HD como la DPA tienen ventajas y desventajas, asociadas a diferentes factores que afectan la calidad de vida de estos pacientes, no podemos decidir que tipo de tratamiento es el mejor, sino que dado los resultados de este estudio debemos individualizar cada caso en particular, ya que se encontró en interrogatorio por separado, algunos pacientes no aceptan la HD como tratamiento y mejoran con la DPA y otro pacientes rechazan la DPA sintiéndose mejor en HD, esto debe ser tomado en cuenta al momento de la prescripción tratamiento e informarle adecuadamente al paciente las ventajas y desventajas de cada una de ella para que el participe en la selección de su tratamiento, se sienta integrado y adaptado a su cambio de vida mejorando la misma.

BIBLIOGRAFIA

1. **Manns B, Johnson JA, Taub K, Mortis G, Ghali WA, Donaldson C. Quality of life in patients treated with hemodialysis or peritoneal dialysis: what are the important determinants?** Clin Nephrol. 2003 Nov;60(5):341-51
2. **Janssen van Doorn K, Heylen M, Mets T, Verbeelen D. Evaluation of functional and mental state and quality of life in chronic haemodialysis patients.** Int Urol Nephrol. 2004;36(2):263-7.
3. **Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez-Gomez JM, Moreno F, Sanz Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity.** J Nephrol. 2003 Nov-Dec;16(6):886-94.
4. **Degan M, Baseggio L, Della Valentina S, Genova Survey on quality of life of patients undergoing dialytic treatment** Assist Inferm Ric. 2003 Jul-Sep;22(3):139-43.
5. **Martinez-Castelao A, Gorriz JL, Garcia-Lopez F, López-Revuelta K, De Álvaro F, Cruzado JM; Spanish CALVIDIA Study Group . Perceived health-related quality of life and comorbidity in diabetic patients starting dialysis (CALVIDIA study).** J Nephrol. 2004 Jul-Aug;17(4):544-51
6. **Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JV, Meyer KB, Finkelstein FO, Chapman MM, Powe NR . Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures.** J Am Soc Nephrol. 2004 Mar;15(3):743-53
7. **Comb J, Morton AR, Singer MA, Hopman WM, MacKenzie T..Impact of portable APD on patient perception of health-related quality of life.** Adv Perit Dial.1997;13:137-40
8. **The significance of adequacy for success of an automated peritoneal dialysis program]**Pol Merkuriusz Lek. 2000 Dec;9(54):877-80
9. **S. Rao, W. B. Carretero, D.L Mapes, J. D. Kallich, C. J. Kamberg, K. L. Spritzer, R. D Development of Subscales from the Symptom/Problems and Effects of Kidney-Disease Items in the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL™) Instrument Clinical Therapeutic (22) 1099-1111. questionnaire.** Int J Artif Organs. 2000 Jul;23(7):423-8

10. **Paniagua R, Amato D, Vonesh E, Guo A, Mujais S; for the Mexican Nephrology .Health-related quality of life predicts outcomes but is not affected by peritoneal clearance: The ADEMEX trial. Kidney Int. 2005 Mar;67(3):1093-104**
11. **Carmichael P, Popoola J, John I, Stevens PE, Carmichael AR . Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SF questionnaire. Qual Life Res. 2000 Mar;9(2):195-205**
12. **Van Biesen W, Veys N, Vanholder R, Lameire N . The role of APD in the improvement of outcomes in an ESRD program.. Semin Dial. 2002 Nov-Dec;15(6):422-6**