



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 222

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO



**“PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE PORTADOR DE
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON TRATAMIENTO DE DIALISIS
PERITONEAL AMBULATORIA, DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE Y
HEMODIALISIS”**

PROTOCOLO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. BENJAMIN MARTINEZ ALVAREZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARIA DEL SOCORRO ROMERO FIGUEROA

TOLUCA ESTADO DE MÉXICO

ENERO 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.

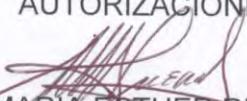
"PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE PORTADOR DE
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA CON TRATAMIENTO DE DIALISIS
PERITONEAL AMBULATORIA, DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE Y
HEMODIALISIS"

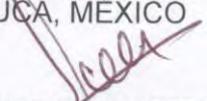
PROTOCOLO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

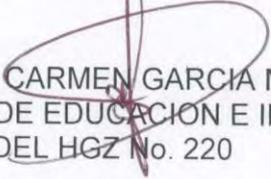
DR. BENJAMIN MARTINEZ ALVAREZ

AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA ESTHER REYES RUIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
TOLUCA, MÉXICO


DRA. MARIA DEL SOCORRO ROMERO FIGUEROA
DIRECTORA DE TESIS:


DRA. SILVIA LANGRAVE IBAÑEZ
ASESOR DEL ANALISIS ESTADISTICO


DRA. MARIA DEL CARMEN GARCIA MANZANAREZ
COORDINADORA CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
DEL HGZ No. 220

TOLUCA, MÉX.

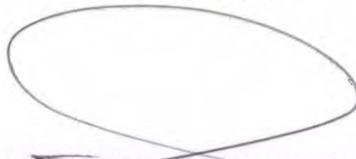
ENERO DEL 2007

**"PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE PORTADOR DE
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON TRATAMIENTO DE DIALISIS
PERITONEAL AMBULATORIA, DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE Y
HEMODIALISIS"**

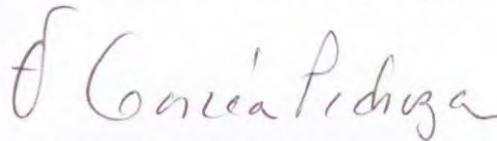
PRESENTA

MARTINEZ ALVAREZ BENJAMIN

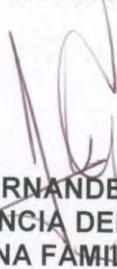
AUTORIZACIONES



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

TOLUCA, EDO. MEX.

2007

“PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE PORTADOR DE
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA CON TRATAMIENTO DE DIALISIS
PERITONEAL AMBULATORIA, DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE Y
HEMODIALISIS”

INDICE

Introducción	1
Marco Teórico	2
a.-De la calidad de vida	
b.-De la insuficiencia renal	
Planteamiento del problema	31
Justificación	32
Objetivos	33
a.- General	
b.- Específicos	
Metodología	34
a.- Definición Operacional de Variables.	
b.- Tipo de Estudio.	
c.- Población y Lugar.	
d.-Tamaño de la Muestra	
f.- Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	
g.- Método para captar la información	
Consideraciones Éticas	37
Resultados	38
Discusión	46
Conclusiones	47
Bibliografía	48
Anexo 1 Consentimiento Informado	50
Anexo 2 Cuestionario	51

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida incluye un estado de salud funcional, percepción de buena salud, satisfacción con la vida y habilidad para competir. Se observa que estos aspectos se modifican ante una enfermedad crónica como es el caso de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) por los aspectos que influyen sobre la persona, tales como el tipo de tratamiento, la influencia sobre los aspectos cotidianos de la vida o la variabilidad en el tiempo de supervivencia. La insuficiencia renal es una enfermedad que tiene un comienzo insidioso con periodos de exacerbación y remisión de síntomas que puede provocar en corto o largo tiempo aparición y complicaciones que lesionan aspectos de la vida cotidiana. Los pacientes presentan no solo problemas médicos sino también psicológicos y sociales repercutiendo invariablemente en la familia. Estos se ven aumentados con el tiempo y están asociados directamente con las diferentes fases de la enfermedad y tratamientos que se requieren.

Por ello, representa un problema de atención médica, infraestructura que demanda múltiples intervenciones de salud y disponibilidad de un equipo disciplinario. En la actualidad a pesar de los avances científicos es una de las principales causas de muerte y discapacidad. En México entre los derechohabientes del IMSS la morbilidad hospitalaria por esta enfermedad ocupa el cuarto lugar en masculinos y el décimo en femeninos a una tasa de crecimiento de 8.5% anual. La mortalidad se ubicó en el décimo cuarto lugar en el 2004 a nivel Nacional y en la población derechohabiente en el décimo lugar.⁽¹⁾

De acuerdo con los expertos se ha considerado estudiar y desarrollar diversos instrumentos que exploren la percepción de la calidad de vida en las diferentes funciones del desarrollo humano ya que esta se ve deteriorada, lacerada con el correr de la enfermedad. La diálisis peritoneal Intermitente, La diálisis peritoneal ambulatoria y la hemodiálisis son tratamientos electivos que son estudiados por cuestionarios genéricos como el SF36 (medical outcomes study 36-short form health survey) a través del cual se ha demostrado el impacto negativo que genera sobre la percepción de la calidad de vida en los pacientes con IRC.⁽²⁾

El objetivo de la presente investigación es evaluar mediante la encuesta SF36 la percepción de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal ambulatoria y hemodiálisis en a Unidad de Medicina Familiar 224 Zinacantepec.

MARCO TEORICO

CALIDAD DE VIDA

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998).

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocó el proceso de diferenciación entre éstos y la calidad de vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EEUU, "social indicators research", en 1974 y en "sociological abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.

Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales ⁽³⁾

La evaluación del concepto presenta una situación parecida. Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993), los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales), Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) , Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos, problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años. ⁽⁴⁾

Actualmente la calidad de vida hace referencia a la percepción que tiene un individuo de su propio bienestar físico y mental, numerosos factores contribuyen a la calidad de vida, incluyendo los que influyen en “lo buena” que es la vida, la felicidad de un individuo y su capacidad de desenvolverse de manera independiente y disfrutar de la vida, la calidad de vida relacionada con la salud hace referencia a los aspectos afectados por la enfermedades y su tratamiento, por ejemplo, el dolor asociado a una enfermedad y las limitaciones en el funcionamiento que requieren dependencia de la ayuda de los demás, en las actividades habituales de la vida diaria reducen la calidad de vida de un individuo

En líneas generales, para Schalock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.

La palabra calidad se deriva de cualidad que significa cada una de las circunstancias o caracteres que hacen de una persona o cosa superior o excelente. distinguen a las personas o cosas.

Según el diccionario enciclopédico ilustrado, vida significa: "Fuerza interna substancial en virtud de la cual obra el ser que la posee. Conducta o método de vivir con respecto a las acciones de los seres humanos"

La calidad de vida es un concepto que va más allá de lo físico pues implica valores y actitudes mentales. Su búsqueda es una constante en la vida del hombre desde el comienzo de los tiempos. Poetas y filósofos han intentado definir, explicar, analizar lo que verdaderamente hace feliz al hombre.

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores etc.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". ⁽⁴⁾

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per-cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando esta establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

Para comenzar a abordar el tema de calidad de vida, se quisiera recalcar la importancia que tiene el carácter subjetivo de éste. Y para ello nos basaremos en la siguiente definición de subjetivo: "Perteneiente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo. Relativo a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo".

En las personas, la forma de sentir o pensar acerca de algo esta influido directamente por los factores del entorno, en especial, la cultura. De esta manera, si se graficara el proceso, las personas (definidas como seres sociales) se transforman en la intersección de éstos factores, es decir, "nosotros, los seres humanos operamos en nuestra vida en muchos y diferentes dominios de realidad, los cuales como diferentes redes de conversaciones y explicaciones se intersecan en nuestros cuerpos. En otras palabras, el ego es un modo dinámico en un espacio multidimensional de identidades humanas, y el yo – el humano individual – es la corporalidad que realiza la intersección de las redes de conversaciones que constituyen el ego".

Si se le da otra lectura a éste planteamiento, se puede decir que sostiene que los seres humanos poseen encapsulada cierta forma de sentir y pensar (nuestra subjetividad), es decir, el propio vivenciar subjetivo se ve limitado por la cultura en la que se está inserto, de esta manera, si una mujer africana está a punto de contraer matrimonio no va a sentir y pensar lo mismo acerca del matrimonio que una mujer chilena que esté en la misma situación, simplemente porque son dos personas distintas que se construyeron en lugares distintos, con características distintas, con representaciones sociales distintas y rituales distintos de matrimonio.⁽¹⁰⁾

De acuerdo a lo anterior, si se está determinado por la cultura en la que se esté inserto, podría pensarse que la calidad de vida se daría igual para las distintas culturas y entonces pudiera definirse el concepto abordando los distintos factores de cada cultura, pero no basta con eso. Hay un espacio en el medio de las intersecciones de factores que influyen en el accionar como la tan mencionada cultura, la historia personal, la ubicación sociocultural y geográfica en donde se nace, etc. y ese espacio es lo que le da a cada persona su manera de sentir la vida, sus expectativas, sus metas, sus deseos, su sentido de vida, etc. y que se relaciona directamente con la libertad (siempre entendiéndola como limitada por los factores del entorno). "La libertad, rectamente comprendida es un cumplimiento por la persona de la ordenada secuencia de eventos de su vida. La persona libre se mueve voluntaria, libre y responsablemente para desempeñar su importante papel en un mundo cuyos eventos determinados pasan por él y por su elección y voluntad espontánea". Es ésta libertad la que diferencia el ser de cada persona, ese espacio que queda en el corazón y que está intersectado por muchos factores es lo que hace elegir cosas distintas, en otras palabras es la subjetividad propia.

Desde esta perspectiva, no se puede hablar de calidad de vida sin considerar las diferencias individuales, sin considerar la importancia de lo subjetivo que rodea a ésta y lo más importante sin olvidar que se está hablando de la felicidad de las personas.

Muchas personas han intentado teorizar acerca del concepto de calidad de vida, y la forma en que las personas la alcanzarían. Estas teorías, por lo general, se encuentran sesgadas por la visión o enfoque al que se encuentra adscrito quien la plantea, por lo tanto, presentan limitaciones en sus conceptos. En este sentido, es interesante preguntarse qué tanto tiene en consideración la subjetividad, las diferencias personales y la espiritualidad (tales como las vivencias, experiencias, estilos de crianza, lugar de nacimiento, entre otros) al momento de definir el concepto de calidad de vida y bienestar subjetivo. Estos factores cumplen un rol fundamental en lo que la persona va a entender o va a buscar para su bienestar subjetivo o calidad de vida y cómo enfrentarán las adversidades.⁽¹³⁾

Si bien en el último tiempo se ha avanzado hacia una concepción post material en lo que se refiere a las formas en que las personas obtendrían bienestar subjetivo, aún se manejan teorías que no abordan los aspectos más espirituales y subjetivos por medio de las cuales se comprende el mundo y se construye la realidad.

Es comprensible que cuando se trata de organismos que desean implantar políticas o mediciones de calidad de vida dentro de alguna población (por ejemplo, la OMS), sea necesario operacionalizar el concepto en elementos más "objetivos" u observables y que se hace más difícil abocarse a elementos más individuales o subjetivos. En este sentido, Wilson ha sido acertado en lo que se refiere al planteamiento de necesidades centrales dentro de las diferentes culturas, como por ejemplo la alimentación, las que podrían utilizarse en este sentido, pero también cada persona encontrará la forma de utilizar los satisfactores y de suplir sus necesidades.

Observando las teorías que existen sobre calidad de vida, Diener ha sido uno de los que más ha considerado los aspectos subjetivos y personales dentro de sus planteamientos. Algunos de los aspectos que ha tomado en cuenta se encuentran la cultura, la separación de aspectos cognitivos y afectivos y deja el espacio para una evaluación personal dentro de su concepción de calidad de vida. En cuanto a las teorías planteadas por Diener, las que se conocen como "arriba – abajo" y "abajo – arriba", se considera rescatable el espacio que deja abierto para considerar una reflexión propia de la persona sobre las situaciones individuales, podría entonces considerarlas como satisfactorias o insatisfactorias de acuerdo a su valoración subjetiva. Desde este punto de vista, para las personas no es la situación en sí misma la que provocaría satisfacción, sino la evaluación personal de ésta. En otro ámbito pero dentro de estas mismas teorías, de la que se conoce como "abajo – arriba" se considera rescatable la referencia a las pequeñas felicidades que se pueden experimentar a diario, la conciencia de que se puede ser felices en todo momento y no ver la felicidad sólo como una meta a largo plazo. ⁽¹⁴⁾

Otra teoría planteada por Diener que considera aspectos subjetivos y personales es la que se conoce como teoría teleológica o finalista. Esta que reconoce el bienestar subjetivo como posible de alcanzar por medio del establecimiento, acercamiento y cumplimiento de las propias metas. Dentro de esta teoría Diener presenta entre los factores relevantes al contexto o cultura. En esta consideración es posible apreciar un acercamiento a lo subjetivo y las diferencias personales dentro del concepto calidad de vida. Al plantear que no todas las metas producirán bienestar subjetivo, Diener está considerando la acción de la propia persona en la consecución de éste, ya que no sería la meta en sí la que haría que la persona lo alcanzara, sino la elaboración de las propias capacidades, de las posibilidades de alcanzar las metas, de la valoración de la sociedad, etc.

Existe una tendencia a sentir temor a vivir el día a día, a mirar hacia delante y no ver nada. Al plantear metas se hace real el futuro, lo que permite, de alguna forma apaciguar la ansiedad que ello produce, mejorando la calidad de vida y obteniendo bienestar subjetivo.

Dentro de las teorías cognitivas, es la de comparación social la que mejor plantea aspectos subjetivos en el concepto de calidad de vida. Esta teoría es bastante real, en el sentido que dentro de las sociedades la comparación existe en la mayoría de los ámbitos. En cuanto a la subjetividad, se plantea que la comprensión de comparación es parte de las elaboraciones de la persona; la

forma en que construye el mundo le va a dar a entender las pautas por las cuales debe recibir la información que le entregan las demás personas; de acuerdo a la imagen que tenga de sí misma va a compararse con realidades "mejores" o "peores". Todo esto dependerá de la propia concepción de su realidad, de su vida personal, de sus vivencias, etc. Por último, es necesario una observación de la propia vida y de la propia realidad para llegar a una conclusión luego de hacer una comparación con otras personas o grupos, lo cual es parte de un proceso evidentemente subjetivo, ya sea cognitivo o emocional. A partir de esto, de las comparaciones, la persona considerará el propio bienestar subjetivo o calidad de vida.

Esta teoría plantea también la imposibilidad de que la persona logre bienestar subjetivo si sus cercanos significativos no lo poseen o no se encuentran bien. En esto se encuentran involucrados factores emocionales, por lo tanto, subjetivos.

En cuanto a las teorías que no consideran la subjetividad dentro de sus planteamientos, se cree que la teoría de la actividad es una de ellas, ya que es demasiado amplia en su concepción, en el sentido que no especifica qué se entenderá por actividad, o si existe elaboración por parte de la persona al momento de realizar la actividad. Es posible deducir que sería la actividad por sí misma la que otorgaría bienestar subjetivo, sólo realizándola se obtendría. En base a esto se considera que es bastante reduccionista y deja de lado elementos relevantes al momento de hablar de personas que se encuentran insertas en una sociedad, entre éstos, los factores personales, las diferentes concepciones de actividad, las historias de cada persona, es decir, los componentes que conforman la subjetividad de la persona.

Siempre desde el eje de la subjetividad, el hecho de entender conceptualmente "calidad de vida", se requiere comprender que, al concebirse: "vida" se hace referencia a una forma de existencia superior a lo físico únicamente puesto que se debería considerar el ámbito de relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica, entre otros elementos; en otras palabras, además de sus nexos con los demás en la esfera social y comunitaria, trasciende a su individualidad. Pues bien, por lo tanto, "Calidad de Vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores"; es así como cada grupo social identifica las tendencias en materia de bienestar, por ello se hace preciso diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar mejor las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de la comunidad, por citar un ejemplo, en el caso de las sociedades que ya han resuelto sus necesidades básicas, en términos de bienes y servicios, sus objetivos de bienestar se orientan más hacia la realización personal familiar y profesional del grupo social, es decir, dada la existencia de sociedades más desarrolladas que otras, los estándares de bienestar son diferentes y así las definiciones de calidad de vida. Y tal como plantea Blanco

(1988) Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo y al interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales. La calidad de vida estaría además construida histórica y culturalmente con valores sujetos a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los particulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad, y su consecuente forma particular de mirar el mundo: Subjetividad. Explicado de otra manera, sería utópico aspirar a la unificación de un único criterio de calidad de vida.

Desde lo anterior, el concepto calidad de vida es considerado como subjetivo y que a través de todo el mundo la calidad de vida varía en la cultura en la cual se enmarque, en el espacio y en el tiempo. Gallopin (1980), menciona que precisamente el punto central depende de la situación, y que el conjunto de las variables ambientales más pertinentes puede y debe ser diferente en diversos contextos. Lo que en un medio ambiente determinado es positivo o negativo, dentro de ciertos límites extremos inferiores y superiores, puede cambiar mucho según las distintas situaciones y, salvo en el caso de variables como las que influyen en la salud humana (que es una tendencia objetiva de la calidad de la vida), resulta casi imposible ordenar la calidad del medio ambiente sobre una base universal.

No obstante, existen tendencias -por así llamarlos- que se consideran como básicas para poder evaluar una vida como poseedora de calidad o bien tendencias objetivas, estas son fundamentalmente la satisfacción de las necesidades básicas tal y como lo planteó Maslow, y ello queda en evidencia si se le pregunta a una persona qué es calidad de vida, muchos lo relacionan con el acceso a un trabajo digno y bien remunerado que les permita acceder a bienes y servicios básicos como vivienda, educación, salud y nutrición, servicios públicos, movilidad vial, recreación, seguridad, entre muchos otros.

La evaluación del concepto presenta una situación parecida. Para algunos autores los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes tendencias: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha y atención a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.⁽¹⁰⁾

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA

El cuestionario de salud SF-36 versión 1.1.modificado que fue desarrollado por Ware en 1993 y validado en España por Alonso y colaboradores en 1995. Dicho instrumento mide conceptos genéricos de salud relevantes de la función física, psicológica y social a través de preguntas estandarizadas, proporcionando un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido, para medir la percepción de la calidad de vida de los pacientes, en México es utilizado por Zúñiga y colaboradores corroborando la validez y confiabilidad de la adaptación para pacientes con enfermedad crónica, en estos estudio no se encontró la evidencia para modificar los algoritmos usados en la construcción de la entrevista pero si sus funciones por ser una muestra pequeña y adaptarla a la población de la unidad ⁽¹⁷⁾

Para la evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

1. El Rand Group estableció una graduación de las respuestas, para cada tema todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Para calificarlo se toman el mayor número de respuestas positivas para dar la percepción de calidad de vida.
2. El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal. Las características de las puntuaciones son como siguen:

En el método Rand Group

- A).- Los temas y las funciones del cuestionario proporcionan puntuaciones que son directamente proporcionales a la percepción de calidad de vida; cuanto mayor sea el puntaje la percepción es buena, cuanto menor sea el puntaje será mala existiendo la posibilidad de calificar la modalidad regular
- B).- El rango de las puntuaciones para cada de las funciones oscila de 0 a 100
- C).- Los puntajes de ítems de una misma función se promedian para crear el puntaje de las 3 funciones y dar el tipo de percepción de calidad de vida. ⁽¹⁷⁾

INSUFICIENCIA RENAL

La insuficiencia renal es la incapacidad de la función renal para desechar o eliminar las sustancias de degradación que el organismo no asimila dando lugar a la retención de desechos nitrogenados (nitrógeno ureico creatinina en la sangre) , la retención de estas sustancias se denomina azoemia, la insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica) se origina como resultado de una pérdida anormal de la función renal a lo largo de meses a años, la insuficiencia renal aguda empeora la función renal durante el transcurso de horas a días.

La insuficiencia renal se clasifica en prerrenal, renal o postrenal, de acuerdo al mecanismo que la desencadena. Las causas prerrenales e intrínsecas, representan el mayor porcentaje de casos. No es infrecuente, observar que la etiología sea multifactorial, lo que está determinado por la gran variedad de formas existentes y el tiempo de evolución desde la instalación de

Los riñones son órganos pares que se encuentran en el espacio retroperitoneal contra la pared abdominal posterior. Aunque su peso es de sólo 300 gramos (alrededor de 0.5% del peso corporal), reciben 20 a 25% del gasto cardíaco total.

Las arterias renales son ramas directas de la aorta, nacen por abajo de la arteria mesentérica superior. Existen numerosas anastomosis arteriales con los vasos mesentéricos y suprarrenales. Las venas renales drenan hacia la vena cava inferior. La inervación es muy rica; las fibras simpáticas constrictoras provienen de las raíces medulares de la cuarta vértebra torácica a la primera lumbar y se distribuyen a través de los plexos celiaco y renal. No existe inervación dilatadora simpática y parasimpática. Las fibras que transmiten el dolor, sobre todo a partir de la pelvis renal y la parte superior del uréter, entran a la médula espinal a través de los nervios espláncnicos

En un corte transversal del riñón hay tres zonas aparentes: corteza, médula externa y médula interna. Ochenta por ciento del flujo sanguíneo renal se redistribuye en las estructuras corticales. Cada riñón contiene cerca de un millón de nefronas. Estas se clasifican en superficiales (cerca de 85%) o yuxtamedulares, según su localización y la longitud de los túbulos.

Todas las nefronas se originan en la corteza, donde abundantes redes capilares glomerulares (continuaciones de las arterias interlobulares) rodean a la capsula de Bowman.

El glomérulo y la cápsula se conocen en conjunto como corpúsculo renal. Cada cápsula de Bowman se conecta a un túbulo proximal que se pliega sobre sí mismo dentro de su parte cortical, pero se rectifica a su paso por la médula externa; en este punto, el túbulo se conoce como asa de Henle. El asa de Henle de las nefronas superficiales desciende sólo hasta la unión intermedular,

donde da un giro de 180 grados, se transforma en la rama gruesa y asciende de regreso hacia la corteza, donde se aproxima y establece contacto con el glomérulo a través de un grupo de células que se conocen como el aparato yuxtglomerular.

Las nefronas superficiales forman luego los túbulos contorneados distales que forman los túbulos colectores dentro de la corteza. Alrededor de 5000 túbulos se unen para formar los túbulos colectores. Los túbulos colectores emergen en los cálices menores, los cuales a su vez se unen para formar los cálices mayores. Estos se unen y dan lugar a la pelvis renal, la parte más cefálica del uréter. Los corpúsculos renales de las nefronas yuxtamedulares se localizan en el tejido cortical yuxtamedular. Tienen asas de Henle largas que descienden hasta la profundidad del tejido medular; las asas también ascienden de nuevo hacia el tejido cortical, donde forman los túbulos contorneados distales y los colectores (4).

Las principales funciones del riñón son:

1. Regulación del volumen y composición del líquido corporal.
2. Equilibrio ácido básico.
3. Metabolismo y excreción de materiales no esenciales, incluso drogas.
4. Elaboración de renina, la cual participa en los mecanismos reguladores extrarrenales.

La filtración glomerular produce cerca de 180ml de líquido glomerular cada día. La filtración no requiere gasto de energía metabólica, sino que se debe a un equilibrio entre la fuerza hidrostática y oncótica. La membrana glomerular tiene poros de carga negativa que permiten el paso de agua y iones de carga negativa menores de unos 40 Å (peso molecular menor de 15 000). Las sustancias entre 40 y 80 Å (peso molecular aproximado de 40 000) pasan de manera ordinaria, si tienen carga neutra. Las sustancias mayores de 80 Å no se filtran.

El índice de filtración glomerular normal es de 125 ml por minuto. La función tubular reduce los 180 litros de líquido filtrado por día hasta cerca de un litro diario de líquido excretado; altera su composición por medio de transporte activo y pasivo. El transporte es pasivo cuando se debe a fuerzas físicas, como gradientes eléctricos o de concentración. Cuando el mecanismo de transporte se realiza en contra de gradientes electroquímicos o de concentración, se requiere de energía metabólica y el proceso se denomina transporte activo. Las sustancias pueden reabsorberse o secretarse a través de los túbulos; ambos procesos pueden ser activos o pasivos. También, es posible que las sustancias se muevan en ambas direcciones por medio de transporte tanto activo como pasivo. La dirección del tránsito de las sustancias que se reabsorben es del túbulo al intersticio y a la sangre; las sustancias que se excretan tienen un tránsito inverso. La secreción es la principal vía de eliminación para fármacos y toxinas, específicamente cuando están a proteínas plasmáticas

Las asas de Henle permiten la formación de orina hipertónica en relación con el plasma. Mientras mayor sea la longitud de las asas, la orina puede concentrarse más. La producción de orina hipertónica requiere de la presencia y función normal de asas de Henle. Para una mayor eficiencia del mecanismo de concentración de la orina en los túbulos se requiere del transporte activo de iones y del equilibrio osmótico del agua.

El transporte pasivo de agua se conoce como multiplicación de la concentración a contracorriente .

A partir del glomérulo, el equilibrio de las fuerzas hidrostáticas y oncótica favorece la filtración del plasma a un ritmo cercano a 180 litros por día. En el túbulo contorneado proximal, el sodio pasa de manera pasiva a favor de un gradiente de concentración hacia el ambiente deficiente de sodio de las células que recubren el túbulo contorneado proximal. El cloro lo sigue de manera pasiva para mantener la neutralidad eléctrica, al igual que el agua, como respuesta a los gradientes osmóticos. En seguida, el sodio se transporta activamente contra un gradiente de concentración hacia el intersticio renal.

Este proceso depende de la bomba intracelular sodio-potasio-ATPasa activada por el sodio, intercambia el sodio intracelular por el potasio extracelular. De nuevo, el cloro y el agua pasan en forma pasiva. Posteriormente, cerca de 75% del líquido del filtrado tubular regresa a la circulación a través de los capilares peritubulares sin un cambio neto en la actividad osmótica

A nivel de la rama ascendente delgada de Henle, la nefrona alcanza el tejido medular cuyo intersticio es hipertónico. El agua se mueve a favor de este gradiente osmótico, pero las células son poco permeables al sodio e incapaces de realizar un transporte activo; el sodio permanece dentro del túbulo. Para el momento en que se revierte el flujo en la rama ascendente del asa de Henle, el volumen del líquido tubular ya disminuyó y su osmolalidad aumentó de manera significativa. La porción delgada de la rama ascendente es impermeable al agua, pero existe cierta difusión y transporte activo de sodio y cloro. La parte gruesa de la rama ascendente también es impermeable al agua, pero permite el transporte activo del cloro y el movimiento pasivo del sodio. Este mecanismo de transporte activo del cloro es la fuerza que impulsa la concentración y dilución de la orina.

Para el momento en que el líquido tubular llega al túbulo contorneado distal, su volumen sólo se aproxima al 15% del líquido filtrado original y es hipertónico en relación con el intersticio. Las células del túbulo contorneado distal y de los túbulos colectores responden a los estímulos hormonales; cuando la hormona antidiurética (ADH) se eleva, el agua sale de los túbulos y regresa a la circulación. Lo que permanece es un líquido rico en urea. Para el momento en que el líquido tubular llegó al punto medio del túbulo contorneado proximal, éste ya se encuentra de nuevo en la zona cortical; la diferencia osmótica entre el túbulo y el intersticio cortical es pequeña. El transporte activo de sodio y el movimiento pasivo del agua continúan y sólo dejan de 5 a 8% del líquido del

filtrado original dentro de los túbulos. Al entrar a los túbulos colectores que responden a la ADH y descender de nuevo hacia el tejido medular, el agua pasa al intersticio hipertónico. El líquido tubular que entra por último a la pelvis renal representa sólo cerca de 0.5% del líquido filtrado original.

El flujo sanguíneo renal que se aproxima a 1200 ml/min se conserva autorregulado con presiones sanguíneas de 80 a 180 mm Hg. El flujo sanguíneo de la corteza, médula externa e interna, tiene una relación distintiva con la función. La corteza requiere cerca de 80% del flujo sanguíneo para mantener sus funciones excretoras y reguladoras y la médula externa recibe el 15%. La porción interna de la médula recibe un pequeño porcentaje del flujo sanguíneo; un flujo mayor eliminaría los solutos que explican la alta tonicidad (1 200 Mohs/Kg.) de la médula interna. Sin esta hipertonicidad, no sería posible la concentración, urinaria.

El control del flujo sanguíneo renal se da por medio de influencias hormonales y neurales intrínsecas y extrínsecas; el objetivo principal de la regulación del flujo sanguíneo es mantener el índice de filtración glomerular. Como se mencionó, la actividad vasoconstrictora del simpático es importante, pero el estado normovulémico y sin estrés mantiene un tono simpático basal bajo.

Bajo estrés leve ha moderado, el flujo sanguíneo renal disminuye un poco, pero las arteriolas aferentes se constriñen, lo que conserva el índice de filtración glomerular. Durante periodos de tensión intensa (hemorragia, hipoxia, sepsis, procedimientos quirúrgicos mayores) disminuyen tanto el flujo sanguíneo renal como el índice de filtración glomerular como consecuencia de la hiperactividad del simpático. Este fenómeno también se observa cuando se administran concentraciones altas de adrenalina o noradrenalina.

El eje renina-angiotensina-aldosterona también tiene efecto sobre el flujo sanguíneo renal. La renina, una enzima proteolítica que se forma en la mácula densa del aparato yuxtglomerular, actúa sobre el angiotensinógeno en la circulación para formar angiotensina I. Las enzimas en el pulmón y en el plasma transforman a ésta en angiotensina II, un potente agente depresor y vasoconstrictor renal (en especial de la arteriola eferente), además de que es un factor liberador de aldosterona. Los estímulos para la liberación de renina incluyen el contenido tubular de sodio, niveles de catecolaminas, actividad simpática y tono arteriolar aferente.

Durante los períodos de estrés, las concentraciones de angiotensina se elevan y contribuyen (junto con el estímulo simpático y nivel de catecolaminas) a disminuir el flujo sanguíneo renal. También se encuentran prostaglandinas dentro del riñón. Las prostaglandinas son mediadores intrínsecos del flujo sanguíneo y producen vasodilatación.

La sangre fluye hacia la médula a través de los vasos rectos, los cuales son continuación de las arteriolas eferentes glomerulares yuxtamedulares, los haces de vasos rectos no descienden a la profundidad de la médula y la porción interna de ésta sólo recibe de 1 a 3% del flujo sanguíneo renal. La disposición en asa de los vasos rectos funciona como un intercambiador de

contracorriente. El agua sale de la rama descendente y entra a la rama ascendente más hipertónica, lo que constituye una derivación de la médula interna. Los solutos medulares viajan en dirección contraria, salen de la rama ascendente hipertónica y entran a la parte descendente de menor tonicidad. De esta forma, se mantiene un gradiente osmótico; la punta de la papila renal tiene una osmolalidad de 1 200 miliosmoles por kilogramo. (5)

La respuesta inicial a la disminución del flujo sanguíneo renal es conservar la ultrafiltración por medio de una redistribución del flujo sanguíneo hacia los riñones, vasodilatación arteriolar aferente selectiva y vasoconstricción de las arteriolas eferentes. La hipoperfusión renal también ocasiona absorción activa de sodio y absorción pasiva de agua en la rama ascendente del asa de Henle. Los mecanismos compensadores simpático-suprarrenales redistribuyen el flujo sanguíneo a partir de la capa externa de la corteza a la capa interna de ésta y a la médula. Si la hipoperfusión persiste o empeora a pesar de los mecanismos compensadores iniciales, al tiempo que se reabsorbe el sodio en la rama ascendente, el aumento de sodio se transporta a la mácula densa, lo que produce vasoconstricción de las arteriolas aferentes y disminución en el filtrado glomerular. Con la disminución del índice de filtración glomerular, llegan menos solutos a la rama ascendente del asa y como hay un menor aporte de solutos, se reabsorben menos (ya que es un proceso que requiere energía). De esta manera, se requiere menos oxígeno y el efecto neto es que la vasoconstricción de las arteriolas aferentes disminuye los procesos que consumen oxígeno.

Filtración, reabsorción y excreción de distintas sustancias por los riñones

	Cantidad filtrada	Cantidad reabsorbida	Cantidad excretada	% reabsorbido de la carga filtrada
Glucosa (g/día)	180	180	0	100
Bicarbonato (mEq/día)	4 320	4 318	2	>99.9
Sodio (mEq/día)	25 560	25 410	150	99.4
Cloro (mEq/día)	19 440	19 260	180	99.1
Urea (g/día)	46.8	23.4	23.4	50
Creatinina (g/día)	1.8	0		

Sin embargo, el resultado final es la oliguria. La oliguria es el signo que refleja la disminución en el flujo sanguíneo renal y en el aporte de oxígeno y es resultado de los mecanismos compensatorios diseñados para prevenir el daño renal isquémico. Se representan los mecanismos renales que se desencadenan ante una disminución de la presión arterial.

La mejor información respecto a la capacidad funcional renal es obtenida de los exámenes de laboratorio.

Los más importantes son los siguientes:

1.- Uremia. Concentración sanguínea de urea; valores normales, 20 a 40 mg/dl.

2.-Nitrógeno ureico. Concentración plasmática de nitrógeno ligado a la urea y otros productos del catabolismo proteico; valores normales, 10 a 20 mg/dl.

3.-Creatinina. Niveles plasmáticos de creatinina endógena (producto del catabolismo muscular); niveles normales de 0.7 a 1.1 mg/dl.

4.-Potasio. Concentraciones de potasio en plasma; niveles normales de 3.8 a 4.8 mEq/l.

5.-Ph. concentración de protones en plasma, expresado como logaritmo negativo de la concentración de hidrogeniones; valor normal, 7.42.

6.-Exceso de base. Calculado en base a la capacidad tampón de la sangre, normalmente oscila entre +2 y -3; los valores más negativos indican la existencia de acidosis metabólica, la cual es frecuente en la insuficiencia renal.

7.-En el examen de orina, interesa su acidez (normalmente es ácida), la presencia de glucosa o proteínas (normalmente ausentes) y la concentración de urea (normal por arriba de 10 g/l). La presencia de bacterias, pirocitos o de eritrocitos es patológica. La presencia de estructuras proteicas de túbulos renales (cilindros granulosos o hialinos) es patológica e indica la existencia de enfermedad renal.

8.-La determinación de los niveles plasmáticos de sodio y potasio en plasma y orina permite caracterizar las pérdidas urinarias de estos iones, así como obtener información sobre la capacidad de reabsorción o de excreción tubular y sobre la actividad de la aldosterona.

9.-La osmolaridad urinaria. También brinda información sobre la capacidad renal de concentrar solutos; una osmolaridad urinaria igual a la plasmática (isostenuria) puede ser un indicador de la incapacidad tubular para concentrar orina, o sea, insuficiencia renal. Esto es especialmente válido si existen factores como deshidratación, hipovolemia o elevación de la uremia; frente a estas alteraciones, el riñón debiera responder con un marcado aumento de la osmolaridad urinaria para mantener la homeostasis.

10.-Depuración de creatinina. El concepto de depuración renal asume que una parte de la sangre que pasa por el riñón es depurada completamente de un soluto determinado; se expresa en ml de plasma depurado por minuto. Se acepta como normal un valor de 100 ml/min para una persona con 1.73 metros cuadrados de superficie corporal. Las cifras por abajo de este valor indican una reducción de la filtración glomerular y reflejan patología renal. Los valores inferiores a 60 ml/min son indicativos de insuficiencia renal moderada, niveles

de 20 ml/min reflejan insuficiencia renal importante. Los valores tan bajos como de 5 a 7 ml/min determinan la presencia de síndrome urémico y comprometen la vida del paciente si éste no es sometido a diálisis (extracorpórea o peritoneal), o a trasplante renal.

11.-Gasto urinario. Debe producir un volumen de 400 a 500 ml de orina en 24 horas, suficiente para excretar los desechos nitrogenados. El gasto urinario se mide con facilidad mediante la instalación de una sonda de Foley y la conexión a un urómetro. En adultos, un gasto urinario insuficiente (oliguria) a menudo se señala como menor de 0.5 ml/kg/hora. En ausencia de enfermedad renal previa u obstrucción urinaria, la oliguria casi siempre es una manifestación de hipoperfusión renal y filtración glomerular baja, ya sea por hipovolemia o vasoconstricción renal. El índice de filtración glomerular también disminuye por los efectos de la anestesia, actividad simpática, influencias hormonales y procedimientos quirúrgicos por la desviación de la sangre lejos de las nefronas de la corteza renal.

En los pacientes con quemaduras, traumatismo, choque o cirugía cardiovascular, el gasto urinario no se correlaciona de manera apropiada con la reposición de volumen y la presencia histológica de necrosis tubular aguda. Finalmente, un gasto urinario normal no descarta la insuficiencia renal aguda. No es rara la insuficiencia renal sin oliguria en el período perioperatorio (6)

La insuficiencia renal puede ser aguda o crónica:

Consideraciones Generales : Un 5 % de las admisiones a hospitales y un 30 % a UCI tendrán un diagnóstico de insuficiencia renal aguda y 25 % de los pacientes hospitalizados desarrollarán insuficiencia renal crónica La insuficiencia renal aguda se define como la disminución súbita de la función renal, esto produce como resultado incapacidad para mantener el equilibrio de líquidos electrolitos ya para excretar productos de desecho nitrogenado la creatinina del suero es un marcador conveniente, sin función renal generalmente la concentración de creatinina del suero aumentará hasta 1 a 1.5 mg /dl./DIA.

Aunque en ciertos trastornos como la rhabdomiólisis, la creatinina sérica puede incrementarse más rápidamente.

La insuficiencia renal puede dividirse en tres categorías azoemia prerrenal, insuficiencia renal intrínseca y azoemia posrenal. La identificación de la causa es el primer paso del tratamiento del paciente.

			Enfermedades renales intrínsecas		
	Azoemia prerrenal	Azoemia póstreña	Necrosis tubular aguda (oliguria o poliúrica)	Glomerulonefritis aguda	Nefritis intersticial aguda
Etiología	Mala perfusión renal	Obstrucción de las vías urinarias	Isquemia, nefrotoxinas	Postestreptococcica Enf. Colágeno-vascular	Reacción Alérgica o fármacos
índices urinarios relación BUN:Cr séricos	>20:1	>20:1	<20:1	>20:1	<20:1
U Na (mEq/l)	<20	Variable	>20	< 20	Variable
Fe Na (%)	<1	Variable	>1	<1	<1: >1
Osmolaridad urinaria (mOsm/kg)	> 500	<400	250 a 300	Variable	Variable
Sedimento urinario	Benigno o cilindros hialinos	Normal eritrocitos, leucocitos o cristales	Cilindros granulosos, cilindros tubulares renales	Eritrocitos dismorficos Cilindros de eritrocitos	Leucocitos, cilindros de leucocitos, con o sin eosinofilia

1.- AZOEMIA PRERRENAL.- es la causa mas común de IRA se debe a la hipoperfusión renal y se trata de un cambio fisiológico apropiado, si esto puede revertirse de inmediato no se produce daño parenquimatoso del riñón, si persiste la hipoperfusión puede producirse isquemia ocasionando Ir intrínseca, la disminución del riesgo sanguíneo renal puede producirse en una de tres formas, una reducción en el volumen intravascular, un cambio en la resistencia vascular o un gasto cardiaco bajo, las causas de de lesión de volumen incluyen hemorragia, pérdidas gastrointestinales, deshidratación, diuresis excesiva , secuestro de espacio intravascular, pancreatitis, quemaduras, traumatismo y peritonitis, puede producirse cambios en la resistencia vascular sistemáticamente con sepsis, anafilaxia, anestesia fármacos seductores de la poscarga, los inhibidores de la ECA previenen la constricción arteriolar renal eferente fuera de proporción con la arteriola aferente, los aine evitan la vasodilatación arteriolar eferente inhibiendo las señales mediadas por postanglandinas, así como la cirrosis y en la insuficiencia cardiaca congestiva. Cuando las prostaglandinas se requieren para aumentar el flujo sanguíneo renal, los AINE tendrán efectos particularmente perjudiciales. La adrenalina dosis altas de dopamida agentes anestésicos y la ciclosporina también causan vasoconstricción renal , la estenosis de la arteria renal aumenta la resistencia y disminuye el riesgo sanguíneo el gasto cardiaco es un estado de hipovolemia efectivo produce un choque cardiogénico, insuficiencia cardiaca congestiva, embolia pulmonar y taponamiento pericardico, cuando la velocidad de la filtración glomerular cae de manera importante es necesario determinar si es de causa prerrenal o intrínseca, la relación BUN: creatinina excederá típicamente 20 a 1 debido al aumento de la fracción de sodio y de reabsorción de la urea, la IRA se evalúa de manera mas precisa mediante una formula que las causas de

los estados no oligúricos determinan ya que los riñones no resorben hábilmente agua y sodio como los estados no oligúricos . La oliguria se define como gasto urinario menor de 50 ml por día el tratamiento de la azoemia prerrenal depende por completo de la causa, algunos aspectos claros incluye la conservación de la euvolemia, control del potasio sérico, y evitar el empleo de fármacos nefrotóxicos, esto implica una evaluación del volumen sanguíneo, del uso de fármacos, y de la función cardíaca.

2.- AZOEMIA POSRENAL.- es la causa menos común de la insuficiencia renal aguda, representa solamente el 5% de los casos, aunque su importancia radica en la dificultad para revertirla, se presenta cuando se obstruye el flujo urinario de ambos riñones, cada neurona presenta elevación de la presión intraluminal, lo que ocasiona una disminución de VFG., incluye obstrucción uretral, obstrucción o disfunción vesical, obstrucción de ambos uréteres o ambas pelvis renales, en los hombres la hipertrofia prostática benigna constituye la causa más común, los pacientes que ocupan fármacos anticolinérgicos se encuentran altamente en riesgo, la vejiga, próstata, y cáncer cervical así como un proceso retroperitoneal con la vejiga neurogénica, pueden provocar obstrucción, entre las causas menos comunes se encuentran los coágulos sanguíneos, cálculos uretrales bilaterales, cálculos ureterales o estrechez, y necrosis papilar bilateral, en los pacientes con un riñón funcional simple, la obstrucción de uréter solitario puede originar azoemia posrenal, los pacientes pueden estar anuricos o poliúricos, y quejarse de dolor abdominal bajo, la obstrucción puede ser constante o intermitente parcial o completa, en el examen el paciente puede presentar una próstata crecida, vejiga distendida, o una masa detectada al examen pélvico, el ego puede revelar una osmolaridad elevada de la orina, na, bajo en la orina, relación BUN . Creatinina alta, Fe Na baja, entonces son similares a un cuadro prerrenal debido a que no se han iniciado lesiones renales intrínsecas extensas, estos pacientes con sospecha de insf. Renal aguda y azoemia póstrenal deben de someterse a usg vesical y cateterización vesical, además del crecimiento vesical podemos encontrar hidroureter e hidronefrosis los pacientes suelen tener diuresis profusa, post obstrucción por lo que se debe poner atención para que no se deshidraten. Muy pocas ocasiones la obstrucción no es detectada por la usg por ejemplo es posible que los pacientes con fibrosis retroperitoneal provocada por tumor o radioterapia, no muestren dilatación del tracto urinario, si persiste la sospecha debe de realizarse tac, o irm, la obstrucción que se trata con catéteres o dilatadores mecánicos, suelen proporcionar la revisión completa del proceso agudo.

3.- INSUFICIENCIA RENAL INTRÍNSECA.- los trastornos renales intrínsecos representan aproximadamente la mitad de todos los casos, de insuficiencia renal aguda, debe de considerarse la disfunción intrínseca, (o parenquimatosa) después que se hayan excluido causas prerrenales, y póstrenales, los sitios de lesión son los túbulos, el intersticio, la vascularización y los glomérulos.

Bases para el diagnóstico.- aumento súbito de la BUN o creatinina sérica, oliguria con comitante con frecuencia, los síntomas y signos dependen de la causa.

Sintomas y signos.- pueden ser inespecíficos y depende de la azoemia y la causa de fondo es la insuficiencia renal, la azoemia puede ocasionar vomito, náuseas, malestar general y alteraciones del sensorio, , la hipertensión es rara pero con frecuencia se altera la homeostasis de los líquidos , la hipovolemia causa insuficiencia prerrenal, mientras que la hipervolemia es resultado de la insuficiencia renal intrínseca o posrenal, con la azoemia puede producirse un derrame subepicardico, y presentar un frote de fricción pericardico, los derrames pueden causar taponamiento cardiaco, hay arritmias por la hiperpotasemia, el examen pulmonar pueden presentar estertores en presencia de hipervolemia, puede causar dolor abdominal difuso inespecífico, e íleo, así como disfunción plaquetaria, por lo que la hemorragia es más común en estos pacientes, la exploración neurológica presenta cambios encefalopaticos con asterixis, confusión, hasta llegar a las crisis convulsivas.

Hallazgos de laboratorio.- hay elevación de la BUN ; creatinina aunque estos cambios se puede presentar de manera indistinta, tanto en la insuficiencia renal aguda como la crónica, la hiperpotasemia se presenta como la insuficiencia de excretar potasio, el EKG presenta una T en pico, prolongación del PR, ensanchamiento de QRS, con la hipocalcemia u segmento QT largo, con frecuencia se ha notado acidosis metabólica, con desequilibrio de aniones, provocado por el decremento de la depuración de ácidos orgánicos, la hiperfosfatemia se presenta cuando el fosfato no se puede excretar por los túbulos, ya sea con o sin el aumento del catabolismo celular, la hipocalcemia acompañada de catabolismo de calcio, es evidente cuando el producto del calcio, y fósforo exceden 70mg/dl la anemia es común como resultado de la menor producción de la eritropoyetina y la disfunción plaquetaria es característica.

4.- NECROSIS TUBULAR AGUDA .- la insuficiencia renal aguda causada por lesiones tubulares se conoce como necrosis tubular aguda y representa el 85% de los casos intrínsecas, las dos causas de necrosis tubular aguda son la isquemia y exposición a toxinas, la isquemia origina lesión tubular partir de estados de bajo riesgo sanguíneo y frecuentemente es precedida de un estado de azoemia prerrenal , la insuficiencia renal aguda isquemia se caracteriza no solo por una VFG inadecuada, sino también por un flujo sanguíneo insuficiente para mantener la formación de un parénquima celular, esto s origina en estado de hipotensión prolongada o hipoxemia, como deshidratación, choque y sepsis, los procedimientos quirúrgicos mayores pueden implicar periodos prolongados de bajo riesgo sanguíneo que se exacerbaban por la dilatación de los anestésicos, la otra causa de lesión de necrosis tubular aguda es la exposición a nefrotoxinas, las nefrotoxinas exogenas causan lesión con mayor frecuencia que las toxinas endógenas,

Nefrotoxinas exogenas: hasta el 25% de los pacientes hospitalizados que reciben dosis terapéuticas de aminoglucosidos sufren cierto grado de necrosis tubular aguda, la insuficiencia renal no oligurica se produce básicamente luego de 5 a 10 días después de la exposición, los factores predisponente incluyen daño renal subyacente, deshidratación y edad avanzada, los aminoglucosidos pueden permanecer en los tejidos, hasta por un mes y no permitir que la función renal no se restablezca, posteriormente a la suspensión del medicamento, la

vigilancia de los valores máximos y continuos es importante, pero, los últimos son los más importantes para determinar la toxicidad, la gentamicina es la más nefrotoxica y la menor es la tobramicina, la anfotericina b es típicamente nefrotoxica luego de una dosis de 2- 3 gr. provocando vasoconstricción severa con la lesión tubular distal, con diabetes insípida nefrogénica, e hipopotasemia. Se sabe que la vancomicina el aciclovir y varias cefalosporinas causan necrosis tubular aguda.

El medio de contraste es directamente nefrotóxico, la neuropatía por medio de contraste es la tercer causa de insuficiencia aguda nueva en pacientes hospitalizados los factores predisponentes tenemos la edad avanzada, enfermedad prerrenal preexistente depleción de volumen, nefropatía diabética, insuficiencia cardíaca congestiva, dosis repetidas de medio de contraste, y exposición reciente a otros nefrotóxicos, incluyendo los AINE y los inhibidores de la ECA, la combinación de diabetes mellitus e insuficiencia renal en una relación de contraer nefropatía por medio de contrastes, se recomienda en pacientes con alto riesgo la menor cantidad necesaria de los medios de contraste, la intoxicación se presenta de 24 a 48hrs de aplicación del estudio, los medios de contraste no iónicos son los menos tóxicos, pero esto nunca se ha comprobado, la toxicidad de la ciclosporina depende de la dosis, causa disfunción tubular por vasoconstricción, resulta generalmente evaluar sus valores sanguíneos, en los pacientes que tomen ciclosporinas por probable rechazo de trasplante renal, frecuentemente es necesario realizar biopsia del riñón para corroborar el rechazo del trasplante la función en muchos de los casos suele restablecerse posterior a la aplicación del fármaco, otras nefrotóxicos exógenos comprenden antineoplásicos como el cisplatino, solventes orgánicos, así como metales pesados como el mercurio, cadmio y arsénico.

Nefrotóxicos endógenos.- las nefrotóxicos endógenos incluyen productos que contienen hem, ac.úrico, paraproteína, la mioglobulinuria, como consecuencia de rabdomiolisis, conduce a necrosis tubular aguda, el músculo necrótico libera grandes cantidades de mioglobina, la cual filtra libremente a través de los glomérulos y se reabsorben en los tubulos renales, y puede originar un daño directo, la obstrucción tubular distal por cilindros pigmentados, y la vasoconstricción intrarrenal también puede provocar lesión, este tipo de insuficiencia renal se puede producir en aquellos casos, de lesiones por accidentes en vehículos de motor necrosis tubular por inconciencia prolongada, convulsiones y abuso de alcohol la deshidratación y la acidosis predisponen al desarrollo de la insuficiencia renal aguda por mioglobinúrica, los pacientes pueden quejarse de dolor muscular y a menudo tienen signos de lesión muscular, comúnmente hay rabdomiolisis de importancia de importancia clínica, con una creatinina sérica de > 20 000 a 50 000 UI/L, un estudio mostró que el 58% de los pacientes con Insuficiencia renal aguda por rabdomiolisis tuvo concentraciones CK > 16 000 UI/L solo 11% de los pacientes sin insuficiencia renal tuvo valores de CK > 16 000UI/L. el fragmento de mioglobina causará que la lectura de la tira reactiva de la orina indique un resultado falso positivo, para la hemoglobina, la orina tiene un aspecto de cafésusco, pero no hay eritrocitos, con las lisis de células maculares los pacientes también se vuelven hiperpotasémicos, e hiperuricémicos, la base fundamental del tratamiento es la

hidratación, otros tratamientos adyacentes requieren de manitol para depuración de radicales libres, y diuresis, así como alcalinización de la orina, y no se ha demostrado que estas modalidades modifiquen los resultados en humanos. La hemoglobina puede provocar un tipo similar de necrosis tubular, en reacciones a la transfusión y en ciertas anemias hemolíticas, se observa hemólisis intramuscular masiva, la reversión del trastorno de fondo y la hidratación son las bases fundamentales del tratamiento.

Puede provocarse hiperuricemia en casos de recambios y lisis rápidos, la quimioterapia para el ca. de células germinales, leucemias y linfomas, está entre las causas principales, la insuficiencia renal se presenta con depósitos intratubulares de cristales de ácido úrico, los valores séricos del ac. úrico son de > de 20 mg/dl y la concentración de ac. Úrico en orina de > de 600 mg/dl en 24hrs una proporción de ac. Úrico urinario y creatinina urinaria de > 1.0 indica riesgo de insuficiencia renal aguda. La proteína de Ben Jones que se aprecia junto al mieloma múltiple, puede causar una toxicidad tubular directa y obstrucción de los tubulos, otras complicaciones renales por el mieloma múltiple incluye hipercalcemia y acidosis tubular renal proximal.

Signos y síntomas.- Los comentados a los de la insuficiencia prerrenal y posrenal.

Laboratorio.- El examen general orina puede mostrar evidencia de lesión tubular aguda, la orina tal vez tenga un aspecto café lodoso, al examen microscópico un sedimento activo puede mostrar cilindros granulosos pigmentados, o cilindros de color "café lodoso" con frecuencia también se observan células epiteliales de túbulos renales, y cilindros de células epiteliales. La hiperpotasemia y la hiperfosfatemia son hallazgos comunes.

Tratamiento.- El mismo esta enfocado acelerar la recuperación y evitar las complicaciones se ha mencionado el uso de dosis altas de diuréticos de asa como el furosemda de 200mg a 160mg, para evitar la sobrecarga y la hiperpotasemia, por vía oral u vía intravenosa, los efectos colaterales incluyen sordera, los diuréticos tiacídicos clorotiacida 50mg iv o vía oral para producir mayor orina cada 8 a 12hrs, es necesario tener una dieta adecuada para evitar el catabolismo excesivo, la restricción de proteínas es necesario, ayudando a prevenir la acidosis metabólica la hipocalcemia e hiperfosfatemia pueden mejorar con dieta y agentes fijadores, de fosfato, como el hidróxido de aluminio a razón de 500mg orales, las indicaciones de la diálisis en la insuficiencia renal por necrosis tubular aguda, u otros trastornos intrínsecos son como sigue: trastornos electrolíticos que ponen en riesgo la vida como hiperpotasemia, sobrecarga de volumen que no responde a la diuresis, acidosis que amenaza la vida y complicaciones uremicas, encefalopatías, pericarditis, convulsiones, en los pacientes gravemente enfermos las anormalidades menos graves son la letárgica pero en vías de empeoramiento también pueden ser indicativos de diálisis. (7)

5.- NEFRITIS INTERSTICIAL.- representa casi el 10 al 15% de los casos insuficiencia renal intrínseca, el dato patológico típico es una respuesta inflamatoria intersticial con edema y posible daño celular tubular. Las reacciones

inmunitarias mediadas por células prevalecen, sobre las respuestas humorales. Los linfocitos T pueden originar citotoxicidad directa o liberar linfocinas que reclutan monocitos y células inflamatorias, aunque los fármacos ocasionan más del 70% de los casos, también se puede provocar nefritis intersticial aguda en enfermedades infecciosas y trastornos inmunitarios o puede ser idiopática, los fármacos más comunes son las penicilinas y las cefalosporinas sulfonamidas y diuréticos que contienen sulfonamida, aine, rifampicina, fenotoina y alopurinol, las causas por infecciones son la mayoría postestreptococcica, leptospirosis, CMV, histoplasmosis, y fiebre exantemática de las montañas rocallosas, las entidades inflamatorias se relacionan con la glomerulonefritis, el LES, síndrome de Sjogren, la sarcoidosis, las crioglobulinas pueden causar nefritis intersticial.

Datos clínicos.- los datos clínicos pueden incluir fiebre en más de 80% de los casos, exantema 25-50%, artralgias, y eosinofilia en sangre periférica 80% con frecuencia la orina contiene eritrocitos, 95%, leucocitos y cilindros de leucocitos. La proteinuria puede ser una manifestación particularmente en la nefritis intersticial inducida por AINE, pero por lo general es limitada, la eosinofilia se puede detectar por tinción de grima,

Bases para el diagnóstico.- fiebre, exantema maculo popular transitorio, insuficiencia renal aguda, Piura "incluso eosinofilia". Cilindros de leucocitos y hematuria

Tratamiento y pronóstico .- a menudo la nefritis intersticial conlleva con un buen pronóstico se reduce de semanas a meses, pero antes de su resolución puede ser necesaria la terapéutica dialítica aguda, en hasta la tercera parte de los diabéticos, (véase indicaciones para diálisis), los pacientes pocas veces evolucionaba hacia una enfermedad renal en etapa Terminal, aquellos que presentan cursos prolongados de insuficiencia oligúrica y lo que tiene enfermedad avanzada tienen un peor pronóstico el tratamiento consiste en medidas de sostén y de eliminación del agente desencadenante si la insuficiencia renal persiste después de haberse eliminado el causal se puede administrar un curso corto de esteroides, en los casos graves de nefritis intersticial por fármacos pueden utilizarse las dosis altas de metilprednisolona de 5mg/24hrs en dosis deplecientes y prednisona de una a dos semanas a 60mg/kg/día.

6.- GLOMERULONEFRITIS.- la patología es una causa relevante poco frecuente de insuficiencia renal aguda representa el 5% de los casos de insuficiencia renal intrínseca, patológicamente se aprecian lesiones glomerular inflamatorias, estas incluyen mesangio proliferativas, proliferativas o cáliz, difusas y crescenticas, mientras mayor sea el número de glomérulos afectados y más severa la lesión más probable es que el paciente tenga un resultado clínico deficiente. La clasificación de la enfermedad se puede realizar mediante análisis serológicos, los marcadores incluyen anticuerpos citoplásmicos antineutrófilos, (ANCA), del inglés antineutrophil cytoplasmic antibodies, anticuerpos antimembrana basal glomerular, (ANTI MBG), y otros marcadores inmunitarios de enfermedad.

Cuando se produce un moderado exceso de antígenos sobre la producción de anticuerpos, suele ocasionarse el depósito de complejos inmunitarios los

complejos formados son un exceso notable de anígeno tienen a permanecer a la circulación

LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.- se define como una reducción progresiva e irreversible del filtrado glomerular. Según la NKF (National Kidney Foundation) clasifica a la insuficiencia renal en 5 estadios en función del filtrado glomerular ya comentado en la insuficiencia renal aguda, la VFG nos permite clasificar la gravedad de la IRC y monitorizar su evolución a lo largo del tiempo, para medir la VGR en la clínica diaria se utiliza el aclaramiento de creatinina (CCr) ya que la creatinina es una sustancia fácil de medir y eliminar por filtrado glomerular, existe distintas maneras de medir la CCr, que principalmente son:

CCr (ml/ min): $[\text{Cru} \times \text{Volumen (ml)} / \text{Crp} \times \text{te recogida (min)}]$

(basada en orina de 24h) Si no se dispone de orina de 24h se puede utilizar:

CCr (ml/ min): $[(140 - \text{edad}) \times \text{Peso} / \text{Crp} \times 72] \times 0,85$ (si mujer) (Cockcroft Gault)

Cru: creatinina en orina; Crp: creatinina en plasma; si 24h de tiempo de recogida son 1440 minutos. Ajustar a superficie corporal $1,73 \text{ m}^2$

Tabla I Estadios en función de la velocidad de filtración glomerular (vfg)		
Estadio	Descripción	FRG
I	Daño Renal con FRG normal	>90 ml/min
II	Leve	60-89 ml/min
III	Moderado	30-59 ml/min
IV	Severo	15-29 ml/min
V	Fallo Renal (diálisis)	<15 ml/min

Las causas de la IRC son múltiples y se pueden clasificar en distintos grupos (Tabla II). Hay que destacar que el fuerte incremento de la nefropatía diabética como causa de IRC en los últimos años en México es más de la quinta parte de los casos en EE UU hasta un 40%, además dado el incremento de la población con IRC la causa de origen vascular también ha aumentado notablemente.

Tabla II: Distribución de las causas de IRC en México En el año 2001.	
Enfermedad Renal	Incidencia (%)
Diabetes	21
Vascular	16
Glomerular	14
Túbulo-Intersticial	11
Poliquistosis Renal	7
Sistémicas	5
Hereditarias	2
Otras	3
No Filiada	21

Sintomas y signos.- los síntomas de la IRC se desarrollan con frecuencia lentamente, y resultan inespecíficos los individuos permanecen asintomático hasta que la IR se encuentra sumamente avanzada (VFG < 10 a 15 ml/min) las manifestaciones incluyen fatiga, debilidad y malestar general, son comunes las manifestaciones gastrointestinales como anorexia, náuseas y vómito un sabor metálico en la boca e hipo. Los problemas neurológicos comprenden irritabilidad, dificultad en la concentración, insomnio, movimientos incesantes de las piernas y contracciones espasmódicas. El prurito es común y difícil de tratar, al progresar la uremia puede desarrollarse disminución de la libido irregularidades menstruales, dolor torácico con pericarditis y parestesias, los síntomas de toxicidad medicamentosa especialmente para aquellos fármacos por el riñón aumentan al empeorar la depuración renal. El examen físico el paciente se presenta crónicamente enfermo; la hipertensión es común; la piel puede ser amarillenta con signos de irritación fácil. Pocas veces vista en el era de la diálisis, las escarcha ureica es una manifestación cutánea reflejo de la enfermedad renal en fase terminal. El hedor urémico es un olor característico como de pescado del aliento, los signos cardiopulmonares pueden incluir estertores, cardiomegalia, edema y un frote de fricción pericardico. El estado mental puede variar desde concentraciones disminuido hasta confusión, estupor y coma. El mioclono y la asterixis representan signos adicionales del detector uremico en el sistema nervioso central., cualquiera de estos factores puede empeorar la insuficiencia renal crónica e fondo. El termino "uremia" se utiliza para el síndrome clínico pero las causas que utiliza para el síndrome clínico, pero la causa exacta continúa siendo desconocida. Se piensa que el BUN y la creatinina del suero son marcadores de toxinas desconocidas y que la urea y la hormona paratifoidea tienen una participación parcial en la toxicidad urémica. En cualquier paciente con insuficiencia renal resulta importante identificar y corregir todas las causas irreversibles posibles. Deben excluirse infecciones de las vías urinarias, obstrucción, depleción del volumen extracelular, nefrotoxicidad, hipertensión e insuficiencia cardiaca congestiva.

La tabla resume los principales signos y síntomas que pueden aparecer en la IRC

Tabla : Anamnesia y exploración física del paciente con IRC (Extraído de la Guía de Insuficiencia Renal en Atención Primaria)					
PIEL	NERVIOSO Y LOCOMOTOR	DIGESTIVO	CARDIO- RESPIRATORIO	OSEO- ARTICULAR	ENDOCRINO
Palidez Equimosis Hematomas Prurito Piel seca Color Cetrino	Insomnio, asterixis Piernas inquietas Debilidad Cefalea	Anorexia Nauseas y vómitos hedor urémico y mal sabor de boca Hemorragias Pirosis Estreñimientos	Disnea, edemas HTA Dolor precordial Pericarditis urémica Isquemia arterial periférica Arteriosclerosis.	Osteodistrofia Calcificaciones Alteración del crecimiento Fracturas patológicas	Amenorrea Esterilidad Abortos Impotencia Intolerancia a glucosa Hipoglucemia

Datos de laboratorio.- El diagnóstico de insuficiencia renal crónica se establece documentando los aumentos en las concentraciones cónicas de BUN y creatinina. Se necesita realizar una evaluación adicional para diferenciar entre la insuficiencia renal aguda y la crónica. La evidencia de elevaciones previas de BUN y la creatinina, exámenes generales de orina anteriores anormales y creatinina sérica establece pero anormal en días sucesivos, es sumamente consistente con un proceso cónico. Es útil registrar la creatinina reversa sérica frente al tiempo y se dispone de tres o mas mediciones previas esto está el tiempo a la enfermedad renal en la etapa terminal. S la inclinación de la línea declina agudamente debe de excluirse causas nuevas de insuficiencia renal como se señala antes. La anemia, la acidosis metabólica, la hiperfosfatemia, la hipocalcemia y la hiperpotasemia pueden desarrollarse con la insuficiencia renal tanto aguda como crónica.

Imágenes.- Los hallazgos de riñones ecogénicos pequeños bilaterales es (<10 cm.) por USG, apoyan el diagnóstico de insuficiencia renal crónica, aunque pueden observarse riñones normales o aún grandes, con al insuficiencia renal crónica debido a enfermedad real poliquística del adulto, nefropatía diabética, nefropatía asociad a HIV, mieloma múltiple, amiloidosis y uropatía obstructiva. La evidencia radiológica de ostiodistrofia renal es otro dato útil, ya que los cambios radiológicos del hipoparatiroidismo secundario no se presentan a menos que los valores paratifoideos, hayan estado elevados por cuando menos un año. La evidencia de resorción superióstica radiales a los lados de los hueso de los dedos de las manos, confirma el hipoparatiroidismo.

La ecografía constituye un método sencillo, rápido e inocuo para el estudio de las enfermedades renales, por lo que es ampliamente utilizada en nefrología, permitiendo visualizar tamaño, posición, ecogenicidad, posibles asimetrías y malformaciones, signos de uropatía obstructiva y diferenciación cortico-medular.

Podemos resumir las indicaciones de ecografía en Atención Primaria en la tabla III

Tabla III: Indicaciones de Ecografía en Atención Primaria.	
○	Hipertensión de difícil control.
○	Sospecha de hipertensión secundaria.
○	Cólicos nefríticos.
○	Hematuria sin infección urinaria.
○	Sospecha de uropatía obstructiva.
○	Infecciones urinarias de repetición.
○	Dolor lumbar de etiología no aclarada y persistente.
○	Alteración del sedimento urinario o proteinuria persistentes.
○	Siempre que exista sospecha de insuficiencia renal de origen parenquimatoso u obstructivo.

Otras pruebas de imagen son la urografía intravenosa, que nos ayuda a evaluar la forma de los riñones y vía urinaria, CT, más utilizada para el estudio de masas y quistes complicados, y la angio-RMN, muy útil para el estudio de patología vascular renal, como estenosis de arteria renal, y que carece de riesgo de nefrotoxicidad por contraste.

COMPLICACIONES DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

HIPERPOTASEMIA: Hasta que la VFG es menor a 10 a 20ml/min demuestran la destrucción celular como hemólisis y traumatismos.

TRANSTORNO ACIDO BASICO: Los riñones lesionados son incapaces de excretar un 1mEq/kg/día de ácido generado por el metabolismo de las proteínas dietéticas, la acidosis se da por pérdida masa renal. Los iones hidrógeno en exceso son amortiguados por grandes reservas de carbonato de calcio y fosfato de calcio en hueso. Esto contribuye a la osteodistrofia renal de la insuficiencia renal crónica, el valor del bicarbonato de calcio debe de mantenerse >20mEq/L los complementos de base incluyen bicarbonato de sodio y calcio y citrato de sodio, la administración debe de iniciarse con 20 a 30 mmol/día de álcalis divididos en dos dosis al día y titulados según se requiera.

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES.

HIPERTENSION: Al progresar la insuficiencia renal generalmente se desarrolla hipertensión, debido a retención de sodio y agua, es la complicación mas común de la enfermedad en la etapa Terminal, la terapéutica inicial puede incluir inhibidores de la ECA o bloqueadores del receptor de angiotensina II, agentes bloqueadores de los canales del calcio diuréticos y B bloqueadores.

PERICARDITIS: Por aumento de la uremia se piensa que se da por la retención de toxinas metabólicas, la Rx mostrará una silueta cardiaca crecida y el electrocardiograma con datos característicos, la pericarditis es una indicación absoluta para comenzar la hemodiálisis.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA: Cuando tenemos IRC en etapa Terminal se tiende hacia un estado de gasto cardiaco alto, la ingestión de agua y sal debe controlarse en pacientes que son oligúricos y anúricos, los diuréticos son útiles aunque las tiazidas son ineficaces cuando la VFG es < de 10 a 15 ml/min la dioxina debe de usarse con precaución ya que secreta por el riñón.

COMPLICACIONES HEMATOLOGICAS.

ANEMIA: La anemia de la IRC es característicamente normocrónica y normocítica, se debe principalmente a la menor producción de eritropoyetina, que se vuelve clínicamente significativa cuando la VFG cae por debajo de 20 a 25ml/min. El tratamiento oral con sulfato ferroso, 325mg 1 a 3 veces al día es adecuado pero no siempre se tolera bien y la absorción intestinal de hierro está alterada en pacientes con uremia.

COAGULOPATIAS: Se origina principalmente por disfunción plaquetaria, clínicamente los pacientes presentan petequias, púrpura y un aumento en la tendencia a la hemorragia durante las cirugías, la diálisis mejora el tiempo de sangrado pero no lo normaliza

COMPLICACIONES NEUROLOGICAS.

ENCEFALOPATIA UREMICA: No se produce hasta cuando la VFG cae por debajo de 10 a 15ml/min, se cree que la hormona paratiroidea es una de las toxinas urémicas, cuando los valores de calcio exceden de 12 a 15 mg/dl con frecuencia se presentan alteraciones del estado mental la sintomatología incluye nistagmo, debilidad, asterixis, hiperreflexia, éstos síntomas y signos pueden mejorar con el inicio de la diálisis la neuropatía periférica se manifiesta como polineuropatía sensitivo motora (distribución en media y guante) y mononeuropatías aisladas o múltiples aisladas El comienzo más temprano de la diálisis puede permitir neuropatías periféricas.

TRASTORNOS DEL METABOLISMO MINERAL.-Los trastornos del calcio, fósforo y huesos se relaciona con la ostiodistrofia renal, el trastorno más frecuente es la osteítis fibroquística que son cambios óseos de hiperparatiroidismo secundario, la osteomalacia es un tipo de osteodistrofia renal con bajo recambio óseo. Los agentes fijadores orales de fósforo como el carbonato de calcio actúan en el intestino y se administran en dosis divididas con los alimentos, clínicamente los pacientes experimentan dolor de los huesos

y debilidad en los músculos proximales, pueden desarrollarse calcificaciones metastásicas.

TRASTORNOS ENDOCRINOS.- Los valores circulantes de insulina son mas altos debido a disminución de su depuración renal, puede producirse intolerancia a la glucosa en la IRC cuando la VFG es menor de 0 a 20 ml/min, esto se debe principalmente a resistencia periférica a la insulina, los valores de insulina en ayunas suelen estar normales o levemente aumentado por tanto los pacientes pueden ser tanto hiperglucémicos o hipoglucémicos de acuerdo a los trastornos predominantes. En la IRC son comunes la disminución de la libido y la impotencia a pesar de un alto grado de infertilidad se produce embarazo particularmente en mujeres que se encuentran bien dializadas y bien nutridas a menudo las funciones tiroideas, hipofisiaria y suprarrenal, son normales a pesar de anomalías en los valores de tiroxina, hormona del crecimiento, aldosterona y cortisol ⁽¹³⁾

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

TRATAMIENTO DIETETICO: Todo paciente con IRC debe ser evaluado por algún nutriólogo renal, pues deben de hacerse recomendaciones específicas referentes a la ingestión de proteínas, sal, agua, potasio y fósforo.

- **Restricción de Proteínas.** La restricción de proteínas hace mas lenta la evolución hacia una etapa Terminal sin embargo la experiencia clínica no lo ha demostrado de manera consistente, el estudio de modificación de dieta en enfermedades renales intentó aclarar el tema, pero los resultados fueron inconclusos, la ingestión de proteína no debe exceder un 1gr/Kg/día y si la restricción de proteína resulta ser benéfica debe ubicarse entre 0.6 a 0.8gr/Kg/día.
- **Restricción de sal y agua.** En la IRC avanzada el riñón es incapaz de adaptarse a cambios grandes en la ingestión de sodio e ingerir de 3 a 4 gr. /día puede causar edema, hipertensión e insuficiencia cardiaca congestiva la recomendación ideal es de 2gr/di, una ingestión diaria de 1 a 2 litros conserva el equilibrio hídrico.
- **Restricción de potasio.** Es necesaria una vez que la VFG a caído por debajo de 10 a 20 ml/min, un listado con los alimentos y limitar su ingestión a menos de 60-70mEq/día. La ingestión normal es de 400mEq/día.
- **Restricción de Fósforo.** Los valores de fósforo deben de mantenerse por debajo de 4.5mg/día. Los alimentos ricos en fósforo como las bebidas de cola, huevo, productos lácteos y carne debe limitarse
- **Restricciones de Magnesio.** El magnesio se excreta generalmente por los riñones la hipermagnesemia peligrosa es poco frecuente a menos que el paciente ingiera medicamentos con alto contenido de magnesio, todos los laxantes y antiácidos que contengan magnesio están contraindicados en la IRC.

DIALISIS: Cuando el tratamiento conservador de la enfermedad es inadecuada la diálisis, la hemodiálisis y el trasplante de riñón son las alternativas, las indicaciones para hemodiálisis incluyen las siguientes:

1. Síntomas urémicos: como pericarditis, encefalopatías o cuagulopatía.
2. Diuresis que no responde a la sobrecarga líquida
3. Hiperpotasemia refractaria
4. Acidosis metabólica (pH.<7.3)
5. Síntomas neurológicos como convulsiones y neuropatías.

Según la outcome quality initiative (DOQI), la diálisis debe de iniciarse cuando un paciente tiene VFG de 10ml/min o creatinina sérica de 8mg/dl. En los pacientes diabéticos se debe iniciar cuando la VFG alcanza 15ml/min o la creatinina sérica es de 6mg/dl. Debiesen implicarse dietistas trabajadores sociales, psiquiatras, cirujanos de trasplante, **médicos familiares** y nefrólogos. El paciente y la familia necesitan asesoría temprana referente a los riesgos y beneficios del tratamiento.

HEMODIALISIS: La hemodiálisis requiere de un flujo constante de sangre a lo largo de un lado de la membrana semipermeable con una solución limpiadora o dializado en el otro lado. La disfunción y conducción permiten que el dializado elimine las sustancias no deseables de la sangre utilizando componentes necesarios. El acceso vascular para la hemodiálisis puede realizarse por medio de una fístula arteriovenosa o prótesis de derivación. Los catéteres deben considerarse como una medida temporal. Las fístulas nativas duran típicamente más tiempo que las derivaciones pero requieren mas tiempo (6 a 8 semanas después de la cirugía) antes de que puedan usarse. La infección, trombosis y la formación de aneurismas representan complicaciones que se observan con mayor frecuencia en las derivaciones que en las fístulas. El agente infectante mas común es S. aureus. Los pacientes requieren típicamente de hemodiálisis tres veces por semana, las sesiones duran de 3 a 5 hrs. dependiendo del tamaño del paciente, tipo de dializador y otros factores. La evolución periódica de la diálisis adecuada debe de terminar la duración del tratamiento. La hemodiálisis domiciliaria es una opción menos popular debido a la necesidad de un ayudante entrenado equipo grande y costos.

DIALISIS PERITONEAL: Con la DP la membrana peritoneal es el dializador, los líquidos y solutos se desplazan a través del lecho capilar situado entre las capas viscerales y parietales de la membrana hacia el interior del dializado, el cual penetra a la cavidad peritoneal a través de un catéter. El tipo más común de diálisis peritoneal es la diálisis peritoneal ambulatoria continua. (DPAC). Los pacientes cambian el dializado de 4 a 6 veces al día. La diálisis peritoneal cíclica continua (DPCC) utiliza un aparato de circlaje para realizar automáticamente intercambio durante la noche, el dializado permanece en la cavidad peritoneal entre los intercambios, al igual que la hemodiálisis, las prescripciones para diálisis peritoneal real dependen de las mediciones de adecuación. La diálisis peritoneal le permite mayor autonomía al paciente, los fosfatos se depuran mejor por lo cual permite una menor restricción dietética, el

dializado retira grandes cantidades de albúmina y es necesario controlar el estado de nutrición La complicación mas frecuente de la DP es la peritonitis cuya tasa es de 0.8 pacientes por año.

El *S. aureus* es el mas común, los costos totales de DP y hemodiálisis son casi iguales con la diferencia de que el equipo de diálisis es menor, la tasa de supervivencia a 5 años de Kaplan/Meier varia de 21% para pacientes diabéticos hasta 47% para aquellos con glomerulonefritis. En la actualidad se considera una tasa de 36% a 5 años, la vida media promedio es de a 4 años pero se observan supervivencias de hasta 25 años, casi todos los estudios han demostrado que no hay diferencia entre la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

TRANSPLANTE DE RIÑÓN: Aunque no es motivo de nuestro estudio la supervivencia de riñones de uno a 5 años para los trasplantes de pacientes de donadores vivos o de no parientes son casi de 94 a 72% respectivamente y para trasplantes de cadáveres donantes de 59 a 8% respectivamente.

PRONOSTICO: La mortalidad es más alta en los pacientes con diálisis que los sujetos control con correspondencia de edad. La mortalidad anual es de 22.4% muertes por cada 100 pacientes. El tiempo de vida restante es esperado para los individuos del grupo de edad de 55 a 64 años es de 22 años; en tanto que para aquellos con enfermedad renal en fase Terminal es de 5 años. La causa más frecuente de muerte es la disfunción cardiaca 48% otras causas incluyen infección 15%, evento vascular cerebral 6% y cáncer 4%. La diabetes, la dieta, la albúmina sérica baja, posición económica baja y diálisis inadecuada son factores importantes de predicción de mortalidad.⁽¹⁴⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que ha ido en aumento en los últimos años y tiene relevancia médica, por el incremento en el número de consultas que se otorga en los diferentes niveles de atención del sistema salud, por el costo social que genera, así como las repercusiones familiares, laborales, psicológicas, que repercuten en la forma de vida del individuo.

Los principales cambios suscitados una vez aparecida la enfermedad, conllevan a una serie de eventos que no solo son fisiológicos sino también en su entorno personal provocando cambios drásticos y dramáticos que harán que el paciente con insuficiencia renal crónica, vea la vida con una óptica completamente diferente a su propio desarrollo a un corto, mediano o largo tiempo; teniendo la seguridad de que la enfermedad es la causa de este cambio de vida.

La mayor preocupación de los servidores de salud está no solo en controlar la evolución de la enfermedad, en los aspectos fisiopatológicos, si no el de incluir de manera integral la mejora de todos los aspectos que condicionan algún deterioro dentro de la persona

El estudiar como los factores influyen en el desarrollo de su vida en el entorno biopsicosocial, nos darán herramientas para conocer que tanto se ha afectado los sistemas físicos, emocionales y psicológicos en estos pacientes. Y sobre todo identificar como se percibe su calidad de vida con la insuficiencia renal crónica.

Es por ello que hace necesario realizar la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica en la unidad de medicina familiar 224?

JUSTIFICACION

Según la OMS se estima existen aproximadamente 70 millones de pacientes con insuficiencia renal crónica a nivel mundial. En México el 10% de la población actualmente padece la enfermedad, En donde la mortalidad por insuficiencia renal crónica ha mostrado un incremento sostenido durante la última década a una tasa de 8.5% de defunciones por cien mil habitantes hasta llegar a ocupar en el 2004 el séptimo lugar de la mortalidad general.

Otro aspecto de importancia es la proporción de individuos que la presentan a más temprana edad, las estadísticas describen actualmente que los pacientes debutan antes de los 40 años. ⁽¹⁶⁾

En el IMSS constituye el séptimo motivo de consulta en el primer nivel de atención, principalmente para seguimiento de tratamiento así como presentar un importante incremento de incapacidad, con la consecuente presencia de complicaciones agudas lo que condiciona que ocupen dentro de la institución el 6to lugar de pensiones de invalidez.

El alto costo institucional, la falta de conocimiento sobre como se percibe la calidad de vida de los que padecen la enfermedad el mal seguimiento de los mismos, requiere de medidas de trascendencia para mejorar y ofrecer una mejor atención integral que actualmente no se lleva acabo

El estudio para conocer la percepción de calidad en la UMF No. 224 es justificado pues no existen antecedentes aun cuando se cuentan con los elementos para realizar investigación, los resultados permitirán atender integralmente al paciente y su entorno familiar, dar seguimiento a la calidad de vida de los derechohabientes con insuficiencia renal crónica, identificar la vulnerabilidad con respecto a las variables que deterioran más la percepción de calidad de vida.

El estudio se hace factible pues se cuenta con todos los elementos para realizar la investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la percepción de la calidad de vida de los pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria, diálisis peritoneal intermitente y hemodiálisis en la unidad de medicina familiar 224 Zinacantepec México.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Identificar si la función física, es causa de modificación de calidad de vida, en los diferentes tipos de tratamientos para pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con tratamiento de diálisis peritoneal intermitente, hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria.

Identificar si la función psicológica, es causa de modificación de calidad de vida, en los diferentes tipos de tratamientos para pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con tratamiento de diálisis peritoneal intermitente, hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria.

Identificar si la función social, es causa de modificación de calidad de vida, en los diferentes tipos de tratamientos para pacientes portadores de insuficiencia renal con tratamiento de diálisis peritoneal intermitente, hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria.

Identificar si existe diferencia en la percepción de calidad de vida en los diferentes tipos de tratamientos para pacientes portadores de insuficiencia renal con tratamiento de diálisis peritoneal intermitente, hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria.

METODOLOGIA

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala De Medición	Tipo de Variable
Calidad de vida	Percepción que tiene un individuo de su propio bienestar físico, psicológico y social	Estratificación de la sensación de bienestar de los individuos en buena regular y mala.	Se asigna como calidad de vida Buena Regular o Mala de acuerdo al mayor número de respuestas positivas por segmento	Cualitativa
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, duración de la vida, periodo de vida.	Estratificación de la edad de los sujetos de estudio por decenios	Razón 20-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años 71-80 años	Cuantitativa
Sexo	Condición orgánica por genero masculino y femenino	Mujer y hombre	Nominal	Cualitativa
Escolaridad	Grado máximo de estudios de los individuos	Grado de escolaridad alcanzado hasta el momento actual	Ordinal Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Técnico Licenciatura Maestría Doctorado	Cualitativa

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, Transversal, Prospectivo, Comparativo

POBLACION, LUGAR, TIEMPO.

El universo de 86 pacientes con IRC en la Unidad de Medicina Familiar No. 224 Zinacantepec, México de marzo a julio del 2007

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se incluye todo el universo de estudio $n = 86$ por UMF No. 224 , tipo accidental.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Derechohabiente al IMSS.
- 2.- Derechohabiente adscrito a la UMF 224 Zinacantepec.
- 3.- Ambos sexos
- 4.- Pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con tratamiento a base diálisis peritoneal ambulatoria, intermitente o hemodiálisis.
- 5.- Mayores de 20 años
- 6.- Cualquier escolaridad.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1.- Paciente en fase Terminal de la enfermedad.
2. - Derechohabiente que no desee participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- 1.- Cuestionarios inconclusos del instrumento de aplicación (SF-36 versión 1.1) para evaluar la calidad de vida.

METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Se llevó a cabo un estudio observacional , prospectivo, transversal, comparativo por auto aplicación de un cuestionario a los en 86 pacientes con insuficiencia renal crónica detectados en la UMF No. 224, con el objetivo de conocer su percepción de calidad de vida, en las diferentes modalidades de tratamiento diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal ambulatoria y hemodiálisis, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, recolectando la información a través del sistema único de información (SIMO), así como del archivo clínico; a partir de los cuales se solicitaron, edad, sexo, tipo de tratamiento, y nivel educativo.

Se tomó como instrumento de medición el cuestionario de salud SF-36 modificado versión 1.1 desarrollado por Ware en 1993 y validado en España por Alonso y colaboradores en 1995.⁽¹⁷⁾

CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se utilizó el método Rand Group para calificar los resultados del cuestionario SF-36 versión 1.1.

- A) Los temas y las funciones del cuestionario proporcionan datos que son directamente proporcionales a la percepción de calidad de vida.
- B) El rango de la calificación para cada una de las funciones se determina de acuerdo al número de posibles respuestas y la frecuencia de estas.
- C) Para la función física se relaciona la percepción calidad de vida de acuerdo a la mayor incidencia en las respuestas:

Si me limita mucho	Mala
Si me limita un poco	Regular
No me limita nada	Buena
- D) Para la función psicologica se relaciona la percepción calidad de vida de acuerdo a la mayor incidencia en las respuestas :

Siempre	Mala
Casi siempre y algunas veces	Regular
Solo algunas veces	Buena
- E) Para la función social se relaciona la la percepción calidad de vida de acuerdo a la mayor incidencia en las respuestas :

Nada y un poco	Buena
Regular	Regular
Bastante y mucho	Mala

CONSIDERACIONES ETICAS.

A.- Código de los Estados Unidos Mexicanos capítulo único de Investigación.

B.- Se solicitará la participación de los pacientes en el estudio de forma voluntaria basada en: La Declaración de Helsinki en su apartado de el respeto por las personas (principio de autonomía), la búsqueda del bien (principios de beneficencia y no-maleficencia) y por último La Justicia entendida de dar a cada quien lo que le corresponde.

C.- El acuerdo emitido por la Secretaría de Salud publicada en el Diario Oficial de Federación el martes 26 de enero de 1982, paginas 16 y 17 así como a las normas institucionales establecidas.

D.- Se solicitará al paciente el consentimiento informado, basados en los principios éticos, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

E.- Los resultados se proporcionaran a las autoridades como a aquellos que deseen seguir investigando sobre los resultados de la calidad de vida.

F.- Los pacientes que presenten mala calidad de vida se sugiere sean canalizados a los grupos de autoayuda.

RESULTADOS

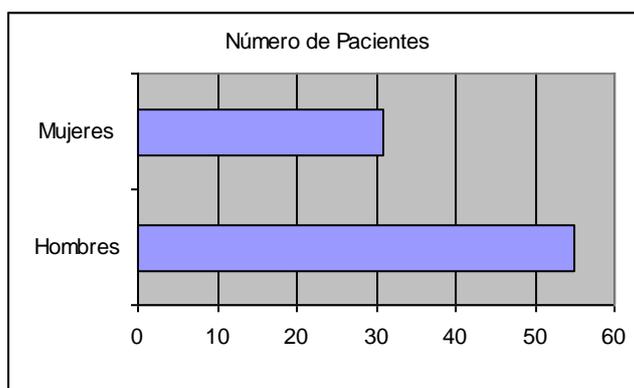
De la población de estudio (n=86): En relación al sexo 55 son masculinos que corresponde (64%) y 31 son mujeres que corresponde (36.05%) Cuadro 1

Cuadro 1 Proporción de pacientes con IRC de acuerdo al sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	33	64 %
Mujeres	31	36 %
Total	86	100 %

Fuente: Hoja de recolección de datos

Gráfico 1 Proporción de pacientes con IRC de acuerdo al sexo



Fuente: Hoja de recolección de datos

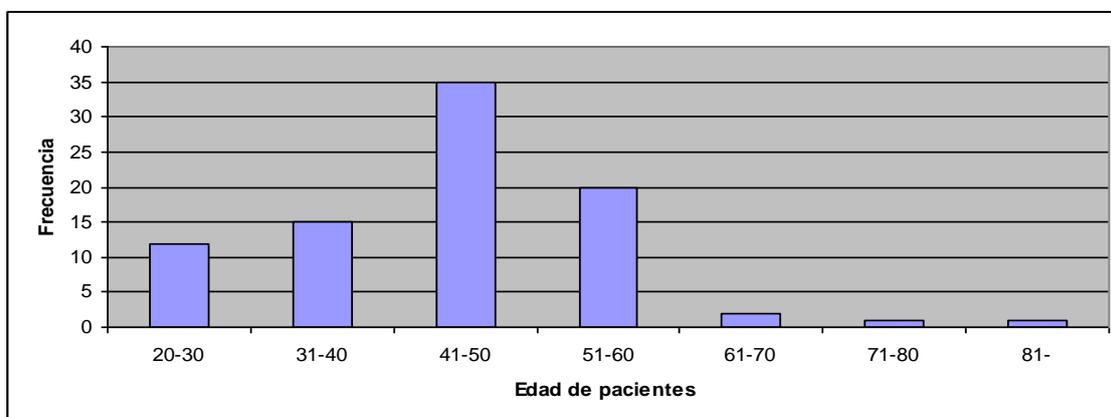
El rango de edad va de 20 a 80 años la frecuencia de 20 a 30 años de edad es de 12 pacientes que corresponde al (13.95%), del total, en la edad de 31 a 40 años se reportan 15 pacientes los cuales corresponde al (17.44%), en la edad de 41 años a 50 la frecuencia fue de 35 pacientes los cuales corresponden al (40.69%), siendo el rango de mayor frecuencia, en el rango de edad de 51 a 60 años se describen 20 pacientes correspondiendo al (23.25%), de la población, la edad de de 61 a 70 años solo se presentan 2 casos siendo (2.32%), de la población en estudio de 71 a 80 así como de 81 años y mas solo se presentan un caso respectivamente siendo (1.16%), en ambos caso de la población estudiada, el promedio más alto se presento en el grupo etareo de 41a 50 años siendo 35 pacientes correspondiendo al (40.69%) Cuadro 2

Cuadro 2 Proporción de pacientes con IRC según grupo de edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-30	12	13.95 %
31-40	15	17.44 %
41-50	35	40.69 %
51-60	20	23.25 %
61-70	2	2.32 %
71-80	1	1.16 %
81-	1	1.16 %
Total	86	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Gráfico 2 Proporción de pacientes con IRC según grupo de edad



Fuente: hoja de recolección de datos

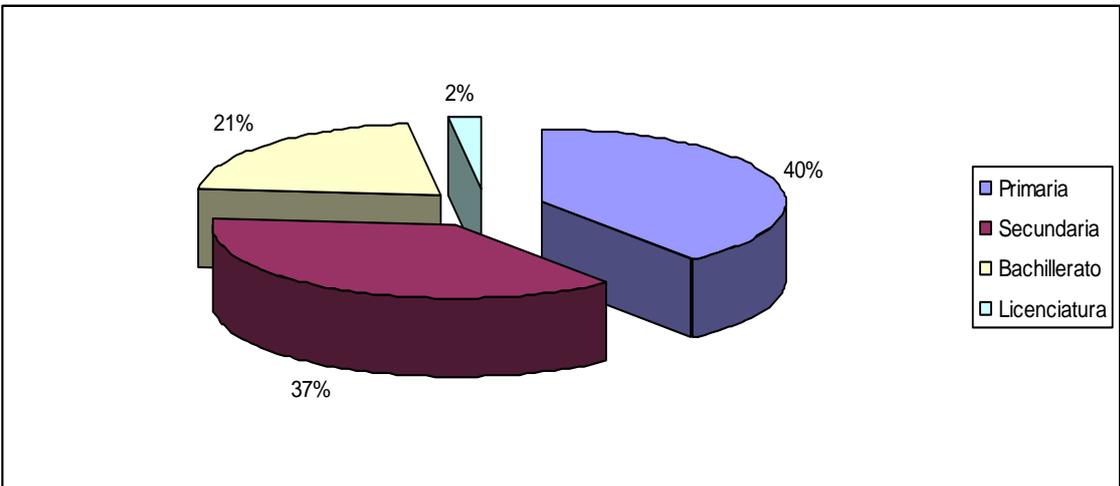
El grado de escolaridad predominante fue la primaria con 34 pacientes que corresponde a (39,5%), nivel secundaria 32 pacientes (37,2%), nivel técnico y bachillerato 18 pacientes (20,9%) solo 2 de los encuestados tienen el nivel de licenciatura presentando la frecuencia mas baja y corresponde solo al (2,3%), del total de la población. Cuadro 3

Cuadro 3 Proporción de pacientes de acuerdo a escolaridad con IRC

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	34	39,5 %
Secundaria	32	37,2 %
Bachillerato o técnico	18	20,9 %
Licenciatura	2	2,3 %
Total	86	100 %

Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafica 3 Proporción de pacientes de acuerdo a escolaridad con IRC



Fuente: Hoja de recolección de datos

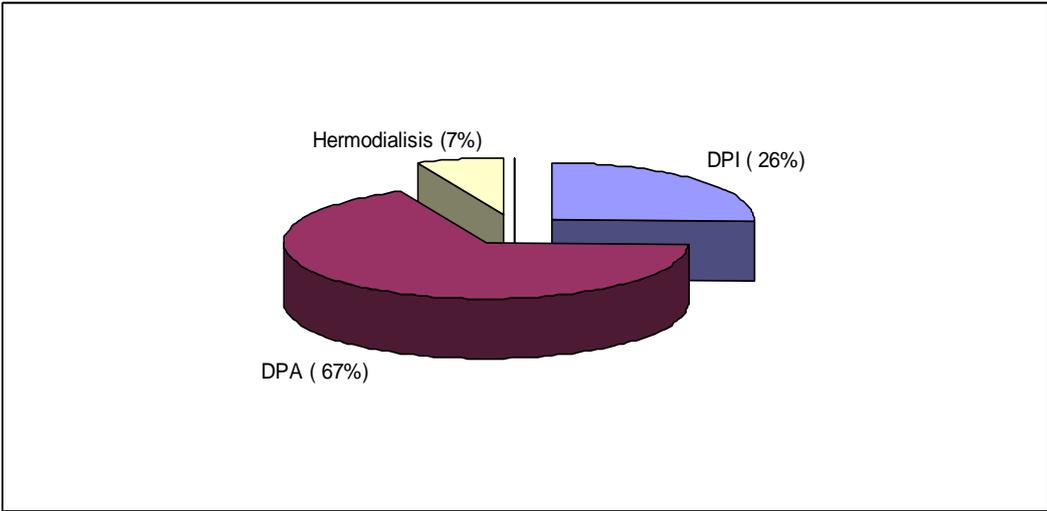
En relación a los diferentes tipos de manejo del padecimiento, observamos que los 6 pacientes con hemodiálisis corresponden al (6.97%), 22 pacientes con diálisis peritoneal intermitente corresponde al (25.58%), 58 pacientes tratados con diálisis peritoneal ambulatoria corresponde al (67,4%), Cuadro 4

Cuadro 4 Proporción de pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento con IRC

Tipo de Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI)	22	25.6 %
Diálisis Peritoneal Ambulatoria (DPA)	58	67.4 %
Hemodiálisis	6	7 %
Total	86	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafico 4 Proporción de pacientes de acuerdo al del tipo de tratamiento con IRC



Fuente: Hoja de recolección de datos

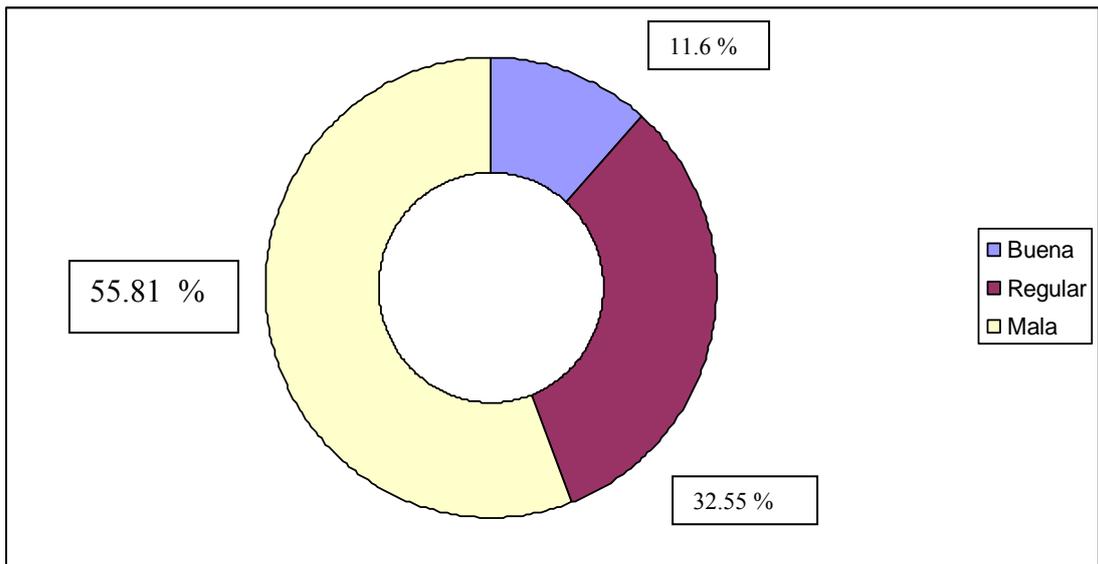
Con respecto a la percepción de la calidad de vida después de calificar las funciones física, social y psicológica nuestros resultados arrojan que solamente 10 pacientes perciben su calidad de vida como buena lo que corresponde al (11.33%), 28 pacientes (32.5%), como regular, el resto de la población 48 pacientes (55.8%), como mala. Cuadro No 5

Cuadro No. 5 Proporción de pacientes que evaluaron la calidad de vida de acuerdo a función física, psicológica y social portadores de IRC en la UMF No. 224

Calidad de vida	No. De pacientes	Porcentaje
Buena	10	11.60 %
Regular	28	32,55 %
Mala	48	55,81 %
Total	86	100 %

Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafico 5 Proporción de pacientes que evaluaron la calidad de vida de acuerdo a función física, psicológica y social portadores de IRC en la UMF No. 224



Fuente: Hoja de recolección de datos

PERCEPCION POR FUNCIONES

En relación a la función física, 9 pacientes la perciben como buena (10,5%), regular 37 pacientes (43%), y mala 40 pacientes (46,5%).

Con respecto a la función psicológica los pacientes que la perciben con buena calidad de vida son 12 (14,0%), 62 (72,1%) la perciben como regular, y 12 (14.0 %) la perciben con mala calidad de vida la función psicológica.

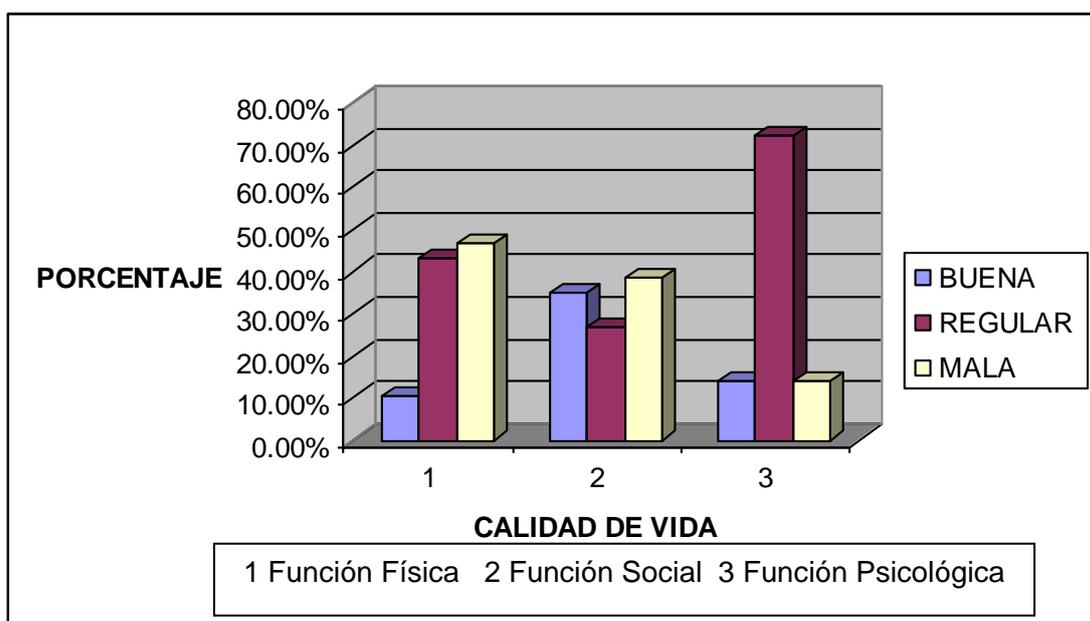
La percepción de la función social nos muestra que 30 pacientes la perciben como buena correspondiendo al (34,9%), 23 pacientes (26,7%) como regular y 33 pacientes (38,4%) perciben la función como mala .

Cuadro 6 Frecuencia de percepción de calidad de vida en relación a las funciones Física, Social y Psicológica de los Pacientes con IRC

CALIDAD DE VIDA	FUNCIONES		
	FISICA	SOCIAL	PSICOLOGICA
BUENA	10.5 %	34.9 %	14.0%
REGULAR	43.0 %	26.7 %	72.1%
MALA	46.5 %	38.4 %	14.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafico 6 Frecuencia de percepción de calidad de vida en relación a las funciones Física, Social y Psicológica de los Pacientes con IRC

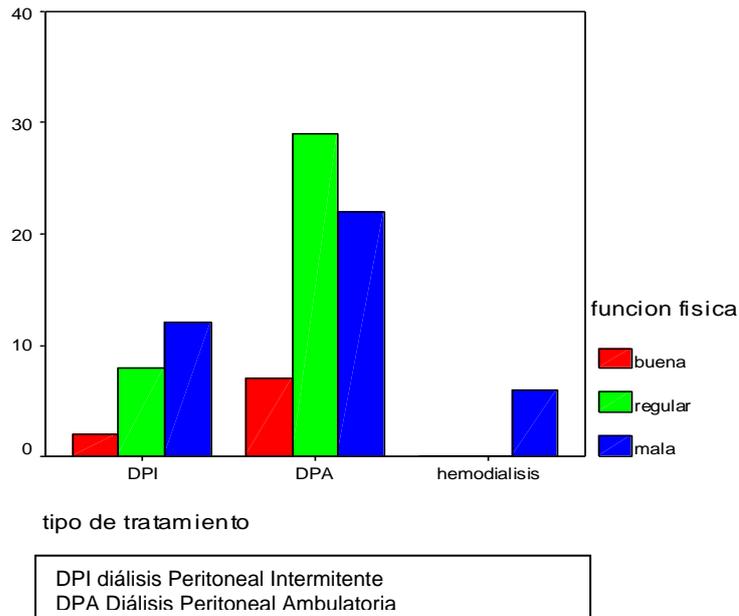


Fuente: Hoja de recolección de datos

PERCEPCION POR GRUPOS

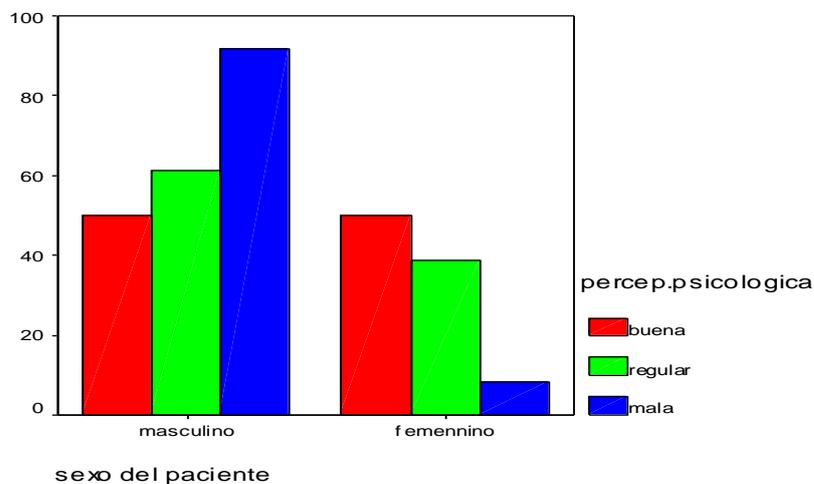
Con respecto al tratamiento que tienen instituido los pacientes con hemodiálisis consideran que su calidad de vida en relación a la función física se ve afectada y la perciben como mala.

Grafico No. 7 Percepción calidad de la función física con respecto al tratamiento



Fuente: Hoja de recolección de datos

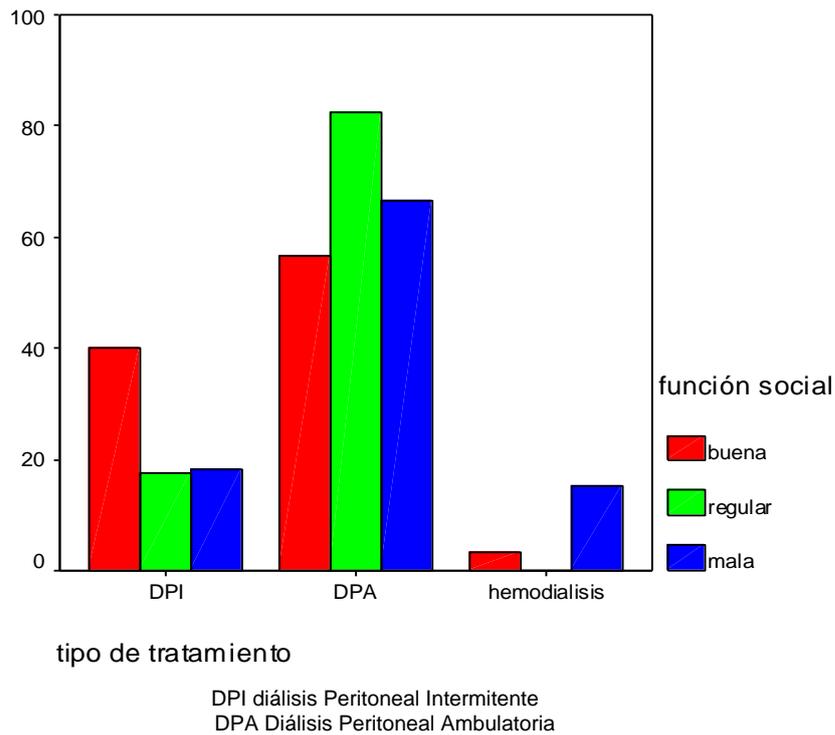
Gráfico 8 En relación a la función psicológica las mujeres ven mejor su calidad de vida en este rubro como lo muestra la gráfica no 8



Fuente: Hoja de recolección de datos

Por último en relación a la percepción de la calidad de vida la función social con respecto al tipo de tratamiento el resultado es como se muestra en el gráfico No.9 La función social se ve afectada regularmente en el tratamiento de DPA sin embargo en el de diálisis peritoneal intermitente se reconoce buena, pero mala en el apartado del tipo de tratamiento con hemodiálisis

Gráfico No.9 relación de percepción calidad de vida función social con el tipo de tratamiento instituido en pacientes con IRC de la UMF No. 224



Fuente: Hoja de recolección de datos

DISCUSIÓN

La de calidad de vida de los pacientes estudiados en la función física, psicológica y social en general tiene como predominio una percepción mala esto coincide con las publicaciones hasta ahora dadas a conocer en México

La población estudiada con mayor incidencia de acuerdo al tipo de tratamiento, es la diálisis ambulatoria coincidiendo con otras investigaciones. ⁽¹⁴⁾

En relación al genero predominan los hombres lo que concuerda con otras investigaciones ⁽¹²⁾, se corrobora que el grupo etáreo de 40 a 50 años perciben su calidad de vida como regular, los de mayor edad pacientes de mas 70 años perciben su calidad de vida como mala, generalmente como se menciona en la literatura debido al deterioro progresivo producido por la propia enfermedad, su co-morbilidad, los años de tratamiento y el propio proceso de envejecimiento, sinergizan para deteriorar la calidad de vida de los pacientes crónico – degenerativos.

Con respecto al grado de escolaridad, encontramos que predomina el nivel de primaria, lo que nos permite inferir que el grado de educación impacta en la calidad de vida directamente, con un déficit para el autocuidado, falta de apego al tratamiento, aplicación de medicamentos en destiempo, aspecto que se asemeja con las publicaciones Nacionales e Internacionales donde se ha comprobado que existe directamente una relación entre el nivel de estudios y la mala percepción de calidad de vida en los pacientes con IRC y tratamientos electivos para su control como son la DPI, DPA, Hemodialis, ⁽²⁰⁾

El tipo de tratamiento es un factor determinante, los pacientes que utilizan la hemodiálisis como tratamiento tienen mayor afectación en su percepción de calidad de vida en las tres funciones consideradas en el presente estudio, coincide con los resultados de la mayoría de los estudios reportados en México y España principalmente.

CONCLUSIONES

Tomando en consideración que la percepción de Calidad de vida predominante es mala en los diferentes tipos de tratamiento para la IRC se concluye que las funciones físicas y sociales son las de mayor afectación en los tres tipos de tratamiento. En lo referente a la función física se requiere propiciar que el paciente con IRC conozca lineamientos para mejorar su autocuidado dentro de los límites de independencia con que cuenta, aunado a esto propiciar que se cuente con un cuidador primario que conozca la enfermedad su tratamiento y sus complicaciones.

La segunda función más afectada es la función Social, en este aspecto se requiere la integración a grupos de autoayuda y de recreación familiar y de amigos, tendientes a mejorar su calidad de vida,

Observándose que la función psicológica se mantiene en un nivel regular, consideramos necesario reforzar este aspecto para brindar el apoyo psicoterapéutico adecuado, oportuno y eficaz para mejorar la calidad de vida, ya que de lo contrario se incrementa el riesgo de deterioro de las otras funciones como son la física y social.

Por lo tanto, el que se incluya dentro del equipo de salud de las unidades de primer nivel de atención a expertos en psicoterapia es una cuestión impostergable.

El equipo de salud debe desarrollar la promoción de la misma a través de procesos educativos que permitan mejorar el conocimiento que el paciente y su familia requieren para mejorar su calidad de vida con modificaciones de comportamientos de riesgo (acciones higiénico-dietéticas). El rol de líder del equipo de salud debe aterrizar en el médico familiar.

Concluimos sugiriendo que el instrumento de medición requiere adecuación para indagar, buscar aspectos del enfoque familiar ver como se puede identificar el impacto que tiene el tipo de tratamiento en los aspectos de abordaje familiar como son función, estructura y dinámica familiar, ya que en nuestro medio, la familia continua siendo un pilar en el apoyo de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gómez-Vela M. / Sabhet E.N. / Calidad de vida; evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica / Universidad de Salamanca 2004.
- 2.- Cano L.C. / Calidad total o Calidad de Vida / Editorial. Fondo de Cultura Económica 2001 p.p. 420
- 3.- Sharon P.M. / Cassio L.M. / Calidad de Vida / Editorial JAMA dic 18, 2002- Vol. 288 N° 23
- 4.- Aguilar S.C.A. / Ramírez E. / La insuficiencia renal no se asocia a una mala calida de vida.. Gaceta Médica Mèxico. 141, No. 7 2005.
- 5.- Mendreño J.P. / Zonana N.A. / Hospitalización de pacientes con insuficiencia renal Revista. Medica. IMSS Vol. VIII pp. 101- 150 (2005)
- 6.- Norma Oficial Mexicana NOM-015--SSA2-1994, Para la prevención tratamiento y control de la insuficiencia renal Atención primaria para la Salud.
- 7.- Ríos CJ. / Barrios SP. / Valoración Sistémica de la Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal 2. Rev. MED insuficiencia renal. Hospital General de México. Sep. 2005; volumen (numero): 84-94
- 8.- Torres LTM / Castañeda TJD / Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la Insuficiencia renal. Revista de Investigación en Salud Vol. VII Número 1 abril 2005 pp. 350 – 390
- 9.- López IF. / El expediente clinico y el consentimiento informado aspectos legales y éticos. Vol. 38, Fascículo 5
- 10.- Arostegui I. / Evaluación de la calidad de vida en personas adultas. Universidad de Deusto. Editorial Nueva España. Madrid 1998.
- 11.- Borthwick D. / Quality of life and quality of care in young´s mens / Mental Retardiaton in year 2000. Berlin Springer-Verlag 1992.

12.- Dennis R. / William W. / Giangreco M. / Calidad de vida como contexto para la planificación y evolución de servicios para personas con Insuficiencia Renal Editorial Siglo Cero 25, 155, 5-18 1994

13. - Felce DP. / Perry JL. / Quality of life: It's definition and Measurement. Research in developmental Disabilities Vo. 16, No1, pp. 51-74

14. - Schalock R L / Therapeutic recreation for exceptional children / In A H fine New York Fine Editorial Second Edition .Illinois 1996.

15. - Sharlock R L / Quality Life Vol.II M Snell pp 4361 1966

16.- Verdugo M A / Caballo C P / Peláez A C / Calidad de vida en personas ciegas y con deficiencia visual Unpublished manuscript. Universidad de Salamanca 2000.

17.- Zúñiga M. A. / Jenny C. J. / Evaluación del estado de salud con I Encuesta SF-36 resultados preliminares en México / Salud Pública de México Vol. 41 n.2 Cuernavaca Morelos Mar/ Apr. 1999.

18.- Alonso F. F. y colaboradores / Cuestionario de salud SF-36 / editorial nueva España / España abril 2006

19.- Irigoyen – Coria / Índice simplificado de pobreza / México D.F.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para participación en un estudio de investigación clínica.

Toluca México a, _____ del mes de _____ del año _____

Por medio de este conducto acepto participar en el proyecto de Investigación titulado "Percepción de la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica"

El Objetivo del estudio es identificar la percepción de calidad de vida de todos los pacientes portadores de insuficiencia renal y tratamiento, se me ha explicado que mi participación se maneja cien por ciento confidencial y lo único que se requiere es que conteste la respuesta más adecuada al cuestionario que se me aplicará.

NO EXISTIENDO NINGÚN RIESGO PARA MI INTEGRIDAD FISICA.

Así como comprometerse el investigador a responder cualquier pregunta, aclarar dudas que se planteen dentro de mi participación, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación,

POR LO CUAL DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE SOBRE LOS POSIBLES RIESGOS, INCONVENIENTES, BENEFICIOS, DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO QUE SON LOS SIGUIENTES: **NINGUNO.**

Nombre y firma del paciente _____

Edad _____

Sexo _____

Testigo

Investigador

Dr. Benjamín Martínez Alvarez

ANEXO 2

CUESTIONARIO.- para conocer la percepción de calidad de vida en paciente portadores de Insuficiencia renal en sus diferentes modalidades de tratamiento. Unidad de Medicina Familiar No.224 Zinacantepec México.

Fecha _____

Número Progresivo _____

Edad _____

Sexo _____

Tipo de tratamiento _____

Escolaridad _____

Instrucciones:

Marque con una "X" la respuesta que más se acerque a su realidad

Calidad de la percepción Función Física.				
		Si me limita mucho	Si me limita un poco	No me limita nada
1.-	Esfuerzos intensos como correr, levantar objetos pesados practicar deportes agitadores			
2.-	Esfuerzos moderados como mover una mesa, caminar mas de una hora			
3.-	Llevar o levantar las bolsas de compras			
4.-	Subir varios pisos por la escalera			
5.-	Subir un solo piso por la escalera			
6.-	Agacharse o arrodillarse			
7.-	Caminar un km. o Mas			
8.-	Caminar una manzana			
9.-	Bañarse o vestirse por si mismo			
10.-	Caminar varias manzanas			

+Calidad de la percepción psicológica					
		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo algunas veces
1.-	Tuvo que aumentar el tiempo dedicado a su trabajo o actividades cotidianas por algún problema emocional relacionado a su enfermedad				
2.-	Hizo menos de lo que hubiera querido ser por algún problema emocional relacionado a su enfermedad				
3.-	No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente, por algún problema emocional relacionado a su enfermedad				
4.-	¿Se ha sentido deprimido que nada le sube el animo?				
5.-	¿Se ha sentido desanimado y triste?				
6.-	¿Se ha sentido calmado y tranquilo?				

Percepción de la Función Social						
		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1.-	Durante las últimas cuatro semanas su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos u otras personas?					
2.-	Durante las ultimas cuatros semanas, con que frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales					

CRONOGRAMA DE GANT

No.	ACTIVIDAD	MES	MES	MES	MES	MES	MES
		MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
1	ELABORACION DE PROTOCOLO	X					
2	DETECCION DE FUENTES DE INFORMACION		X				
3	RECOPIACION DE FUENTES INFORMACION		X				
4	APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS			X			
5	ORGANIZACIÓN DE INFORMACION			X			
6	REDACCION DE CONCLUSIONES				X		
7	ENTREGA A COMISION REVISORA					X	
8	FECHA DE EXAMEN						X