



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA, EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO, EN EL HOSPITAL  
GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 Dr.  
GILBERTO FLORES IZQUIERDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL ”**

**TESIS**

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN  
LA ESPECIALIDAD DE:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A  
DRA. ROJAS SANCHEZ SARAI**

**ASESOR CLINICO  
DR. JESUS ANDRES GONZALEZ ZEPEDA**

**ASESOR METODOLOGICO.  
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA HGZ UMF No. 8 SAN ANGEL I.M.S.S.  
CD. DE MÉXICO, D. F. 2012.**

**No DE REGISTRO:**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

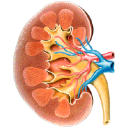


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, EN  
TRATAMIENTO SUSTITUTIVO, EN EL HOSPITAL  
GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No.8 Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**



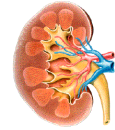
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL**  
**“ DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**COORDINACION DE INVESTIGACION Y EDUCACION MEDICA**

---

**DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO**  
**Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar**  
**No.8**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**Medico Familiar**  
**Encargado de la Coordinación de Enseñanza e Investigación en Salud**  
**HGZ/UMF No. 8**

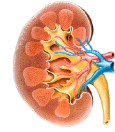


---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**Especialista en Medicina Familiar**  
**Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8**  
**Dr. Gilberto Flores Izquierdo**

---

**DR. JESUS ANDRES GONZALEZ ZEPEDA**  
**Especialista en Medicina Familiar.**  
**Profesor Adjunto de Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF**  
**No. 8**  
**Dr. Gilberto Flores Izquierdo**



## **AGRADECIMIENTOS**

### **DEDICATORIAS**

#### **A DIOS:**

Señor gracias por la bendición de darme la vida, de llevar a cabo este sueño por estar siempre a mi lado porque siempre estas sin importar las adversidades siempre he sentido tu amor , tu cariño y la gran bendición de tenerte en mi vida bendecido siempre sea tu nombre amen.



## INDICE

Resumen	7
Antecedentes	8
Planteamiento del problema	19
Justificación	20
Objetivos	21
Hipótesis	22
Materiales y métodos	23
Tipo de estudio	23
Diseño de la investigación	24
Población lugar y tiempo	25
Muestra	26
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	27
Variables	28
Diseño estadístico	34
Métodos de recolección de datos	35
Maniobras para evitar y controlar sesgos	36
Cronograma	37
Recursos materiales y humanos	38
Consideraciones éticas aplicables al estudio	39
Resultados	40
Conclusiones	77
Discusiones	75
Bibliografía	78
Anexos	80



## **RESUMEN**

**TITULO:** “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento sustitutivo, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar. Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social”

**AUTORES:** Dra. Rojas Sánchez Sarai, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto, Dr. Jesús Andrés González Zepeda, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo

**LUGAR:** Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Río Magdalena No. 289, Col. Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón, México, D. F.

**OBJETIVO:** Identificar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica portadores en tratamiento sustitutivo, del HGZ/UMF No. 8” Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

### **MATERIALY METODOS:**

El Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, No Comparativo, Descriptivo, Observacional. Criterios de inclusión: Pacientes con insuficiencia renal, sin distinción de sexo y edad en tratamiento sustitutivo diálisis peritoneal. Tamaño de la muestra: 227. Criterios de exclusión: Pacientes que no firme carta de consentimiento informado. - Variables dependientes: Nombre, edad, sexo, estado civil, años de evolución de la enfermedad. Variable independiente: Insuficiencia Renal crónica en tratamiento con sustitutivo. Medición de la calidad de vida mediante SF 36

### **RESULTADOS.**

Se estudio 227 pacientes, observando un predominio de sexo femenino 120(52.9%), sexo masculino 107(47.1%). La media de edad de 61 años, con un valor minio de 44 años y un valor máximo de 89 años, En ocupación desempleado 98(43.2%), empleados 72(31.7%), ama de casa 57(25.1%). En cuanto al estado civil 15 (6.6%) unión libre, 100 (44.1%) casados, 55(24.2%) viudos, 35(15.4%) divorciados, 22(9.7%) soltero. Se encontró 144(63.4%) mala calidad de vida, 83(36.6%) con buena calidad de vida

### **CONCLUSIONES**

Los pacientes con insuficiencia renal en tratamiento sustitutivo adscritos al HGZ/UMF no. 8, tienen mala calidad 63.4%.

**PALABRAS CLAVE.** Insuficiencia renal crónica, pacientes, calidad de vida





## **ANTECEDENTES**

La insuficiencia renal constituye un problema de salud cada vez más importante debido a la incidencia y prevalencia creciente en los últimos años. Numerosas son las causas y factores que influyen en el desarrollo y progresión de la enfermedad. El diagnóstico precoz y tratamiento son fundamentales para el pronóstico, y de ellos dependerá la necesidad futura de tratamiento <sup>(1)</sup> **VER ANEXO 1**

Factores de riesgo clásicos, como la hipertensión arterial, diabetes, enfermedad vascular, la dislipidemia, envejecimiento, han conseguido cambiar la visión epidemiológica de la Enfermedad renal crónica. Son elementos responsables de un incremento de la morbimortalidad cardiovascular <sup>(1)</sup>.

La enfermedad renal crónica ha adquirido las proporciones de una verdadera epidemia, ha aumentado más de tres veces en las últimas dos décadas, llegando a una incidencia de 334 pacientes por millón de habitantes, Dentro de las causas que llevan a la insuficiencia renal crónica, también en Estados Unidos, la diabetes tipo 2 ocupa el primer lugar dando cuenta de 40% de los pacientes que ingresan a tratamiento sustitutivo renal. <sup>(1-2)</sup>

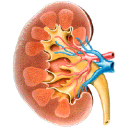
Los pacientes con IRC presentan un aumento de morbilidad y mortalidad, conociéndose que el envío tardío de estos pacientes al nefrólogo aumenta la morbilidad de los mismos. Además, se presume que se acompaña de una peor Calidad de Vida en estos paciente considerándose que la detección y el tratamiento precoz de la IRC, debe conducir a una mejor calidad de vida. <sup>(2)</sup>

## **DEFINICION**

La insuficiencia renal crónica se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado  $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ . También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario A la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas. <sup>(3-4)</sup>

La afectación o daño renal pueden determinarse por marcadores directos e indirectos, independientemente del factor causal precipitante Situación que se caracteriza por una disminución progresiva e irreversible del filtrado glomerular. Cuando es inferior a 25 mil min. Aparecen los síntomas. <sup>(3-4)</sup>

Actualmente, las principales causas son en primer lugar la diabetes y luego la hipertensión arterial, que en conjunto representan aproximadamente 60% de los pacientes en diálisis crónica. La evidencia del daño estructural potencialmente progresivo puede derivar de un estudio histológico o imagenológico, o de las alteraciones persistentes del examen de orina por un plazo superior a tres meses, particularmente la presencia de albuminuria. <sup>(4)</sup>



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

Calidad de vida

De acuerdo al KDIGO, una VFG inferior a 60 ml corresponde a una IRC, sin requerir evidencia adicional de daño renal estructural. <sup>(4)</sup>

Los criterios de definición son:

1. Daño renal por  $\geq 3$  meses, definido por anomalías estructurales o funcionales del riñón, con o sin disminución de la VFG, manifestado por:

- Anomalías anatómicas o histopatológicas, o Marcadores de daño renal, incluyendo anomalías sanguíneas o urinarias, o anomalías en exámenes imagenológicos.

2. VFG  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> por  $\geq 3$  meses, con o sin daño renal. <sup>(5)</sup>

## EPIDEMIOLOGIA

En lo que respecta al panorama epidemiológico mundial de la situación de la IRC, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que en el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas con diabetes las cuales si no reciben un cuidado estricto de su padecimiento serán las que estarán llenando las Unidades Nefrológicas, que en el momento actual ya están resultando insuficientes para la atención de los pacientes diabéticos con enfermedad renal. <sup>(6,7)</sup> **Ver anexo 1**

En nuestro país, el perfil epidemiológico actual presenta una dinámica no tan similar a la que se observa a nivel mundial ya que por un lado observamos la presencia de enfermedades infecciosas y por otro las enfermedades no infecciosas, constituyendo una situación polarizada en la presencia de enfermedades en México. La diabetes es la causa más común de insuficiencia renal y constituye más del 44 % de los casos nuevos. <sup>(6)</sup>

Hay situaciones de riesgo para padecer enfermedad renal crónica, esto dependerá de la edad de paciente, si posee enfermedades crónicas, antecedentes de infecciones de vías urinarias o sistémicas. <sup>(6)</sup> **VER ANEXO 2**

Un problema es el registro de la IRC, el cual aún no es confiable para determinar su epidemiología, por lo tanto su incidencia y prevalencia tienen tasas con amplias variaciones. Por otra parte, de acuerdo con las cifras reportadas por la Fundación Mexicana del Riñón existen actualmente en México 8.3 millones de personas con Insuficiencia Renal Leve, 102 mil personas con IRC y 37,642 personas con tratamiento continuo de diálisis. En otros países el promedio de enfermos renales oficialmente censados son el 0.1% de la población total. <sup>(7)</sup>

El género masculino es el más afectado con un porcentaje de 55%, situación más o menos similar a la observada en E.E.U.U. (53%), afectando más al grupo de edad de 45 a 65 años; la modalidad de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) es el tratamiento de reemplazo más común y la causa más frecuente de IRC es la diabetes mellitus. Se ha estimado que 55,000 pacientes reciben tratamiento renal sustitutivo con diálisis. <sup>(7)</sup> **VER ANEXO 4.**

Hay factores de riesgo para la enfermedad renal crónica los cuales se dividen en: susceptibilidad, los cuales aumentan el riesgo de desarrollarla enfermedad renal, factores iniciadores, estos están implicados en el inicio de la enfermedad renal, como es el caso de enfermedades autoinmunes, infecciones de vías urinarias, factores de progresión los cuales determinan la evolución, como es el caso de proteinuria persistente HTA mal controlada. Dislipidemia. <sup>(8)</sup>



## CLASIFICACION

La IRC es una enfermedad progresiva, que evoluciona en diferentes estadios en los que se van incrementando las manifestaciones clínicas. Dichos estadios se establecen basados en la función renal medida por el filtrado glomerular estimado<sup>(8)</sup>

La determinación de creatinina no es considerada como una buena medida de función renal, ya que no refleja el mismo grado de función en todos los pacientes<sup>(8)</sup>

La creatinina depende de la masa muscular, edad, sexo y secreción tubular entre otros factores. El riñón es capaz de perder hasta un 50% de su función sin reflejar un incremento en la creatinina sérica. La recogida de orina de 24 horas está sujeta, a su vez, a variaciones importantes y errores considerables. Por ello, en las diferentes guías se recomienda el cálculo estimado de la filtración glomerular, siendo recomendada la utilización de la fórmula de Cockcroft- Gault<sup>(9)</sup>

Fórmula de Cockcroft-Gault:

$$FG = (140 - \text{edad}) \times \text{peso (Kg)} / 72 \times \text{Creatinina sérica (mg/dl)}$$

o bien (si el resultado de la creatinina se expresa en UI):

$$FG = (140 - \text{edad}) \times \text{peso (Kg)} / 0,81 \times \text{Creatinina sérica } (\mu\text{mol/l})$$

En las mujeres multiplicar el resultado por 0,85

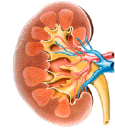
La clasificación de la IRC se basa en el grado de disminución de la función renal valorada por la Tasa de Filtración Glomerular, constituyendo el mejor método para medir la función renal. El valor normal en adultos jóvenes es de 120-130 ml /min/1.73 m<sup>2</sup>SC, el cual disminuye con la edad<sup>(9)</sup>

En el año 2002, la *National Kidney Foundation* estadounidense publicó a través del proyecto K/DOQI (*Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*) una serie de guías de práctica clínica sobre la evaluación, clasificación y estratificación de la ERC. Así se consiguió definir, clasificar en estadios y evaluar los métodos de estudio de esta patología con el fin de retrasar su aparición, prevenir complicaciones y establecer un adecuado manejo terapéutico<sup>(10)</sup>

Las guías KDIGO la severidad esta representado un esquema de etapas que se extiende desde el daño renal con función conservada ( fase 1) hasta el nivel de insuficiencia renal que requiere tratamiento de sustitución ( fase 5 )Se define IRC como la presencia de un daño renal estructura VFG normal o levemente reducido (VFG 60-90ml)independientemente de la etiología. La evidencia de daño estructura progresivo puede derivar de un estudio histopatológico o imagenológico, por un plazo de 3 meses o más. La determinación dela VFG no precisa de medición de velocidad de depuración de creatinina, por lo que se recomienda utilizar la fórmula de Cockcroft Gault o la Fórmula del MDRD<sup>(11)</sup>. **VER ANEXO 5**

Esta clasificación permite, a su vez, la detección de pacientes de riesgo para el desarrollo de la enfermedad

- A) *Estadios 1 y 2:* daño renal con: FG 90 ml/min/ 1,73 y FG 60-89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, respectivamente. En esta situación podemos encontrar: microalbuminuria/ proteinuria, alteración en el sedimento urinario y en las pruebas de imagen. Aproximadamente el 75% de los individuos mayores de 70 años se encuentran en este estadio. La función renal global es suficiente para mantener al paciente asintomático, debido a la función adaptativa de las nefronas. El correcto plan de actuación en ambos estadios radica en el diagnóstico precoz y en el inicio de medidas preventivas con el fin de evitar la progresión<sup>(11)</sup>
- B) *Estadio 3:* FG 30-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Hay aumento de urea y creatinina en sangre, alteraciones clínicas (hipertensión, anemia), alteraciones de laboratorio (hiperlipidemia,



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

## Calidad de vida

- hiperuricemia), alteraciones leves del metabolismo fosforo-cálcico y disminución de la capacidad de concentración urinaria (poliuria/ nicturia)<sup>(11-12)</sup>.
- C) *Estadio 4*: FG 15-29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Hay intensificación de alteraciones clínicas: anemia intensa refractaria, hipertensión acentuada, trastornos digestivos, circulatorios y neurológicos. Puede haber acidosis metabólica, alteraciones moderadas del metabolismo fosforo-cálcico y prurito. Se conserva, no obstante, la excreción adecuada de potasio. En dicho estadio además de la instauración de terapéutica específica se hace indispensable la valoración de la instauración de una preparación para el tratamiento renal sustitutivo.<sup>(11-12)</sup>
- D) *Estadio 5*: FG < 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Cursa con osteodistrofia renal y trastornos endocrinos y dermatológicos sobreañadidos a las alteraciones previas. Dicho estadio corresponde al síndrome urémico, en el que además de las medidas previas es obligada la valoración del inicio del tratamiento renal sustitutivo: diálisis —peritoneal/hemodiálisis— o trasplante renal.<sup>(12)</sup>

## ETIOPATOGENIA

El mecanismo de progresión de la enfermedad se observa al inicio hipertrofias de las nefronas 80%, ya que es un proceso adaptativo, posteriormente progresa con pérdida funcionalidad renal, es el resultado de los cambios hemodinámicos compensatorios a nivel glomerular fundamentalmente hipertensión e hiperfiltración glomerular en las nefronas. Hay pérdida progresiva de la filtración, Como toda respuesta adaptativa conlleva hipertensión e hiperfiltración glomerular, con paso de proteínas al espacio urinario con proteinuria, activación i del sistema renina angiotensina SRA, activación tubular con compromiso túbulo intersticial transdiferenciación de células epiteliales tubulares a miofibroblastos y finalmente fibrosis del parénquima renal y pérdida definitiva de la función.<sup>(13)</sup>

La pérdida de nefronas, independientemente de su etiología, provoca respuestas adaptativas en las nefronas remanentes que conllevan hipertensión e hiperfiltración glomerular, paso de proteínas al espacio urinario con proteinuria, activación intrarrenal del sistema renina angiotensina (SRA), activación tubular con compromiso túbulo-intersticial, transdiferenciación de células epiteliales tubulares a miofibroblastos y finalmente fibrosis del parénquima renal con pérdida definitiva de la función.<sup>(13)</sup>

La glomerulosclerosis puede evolucionar en etapas, con un daño e inflamación endotelial inicial, seguido de proliferación y activación mesangial, y una etapa final de esclerosis y fibrosis. En estas etapas patogénicas se ha observado una similitud con el daño aterosclerótico de grandes vasos. Por otra parte, la fibrosis túbulo-intersticial juega también un rol clave en la progresión de la ERC y es así como la severidad de los cambios túbulo-intersticiales se correlacionan mejor con la pérdida de función renal que la presencia de glomerulosclerosis los factores más importantes de daño túbulo- intersticial son la presencia y magnitud de la proteinuria y la activación del SRA.<sup>(13)</sup>

La proteinuria persistente influye en la progresión de las enfermedades glomerulares determinando una activación tubular de los factores de transcripción nuclear kappa B (NF-kB) y proteína activada 1 (AP-1), los que participan en la transcripción de genes pro inflamatorios (MCP-1, RANTES, osteopontina) y genes profibrogénicos (TGF-β, PDGF), conducentes a una reacción inflamatoria y fibrosis del intersticio. El infiltrado inflamatorio compuesto, fundamentalmente, de linfocitos CD4, CD8 y monocito/macrófagos CD68, puede, además, participar en la génesis de la hipertensión sal-sensible y en la retención hidrosalina.<sup>(13)</sup>



La generación de colágeno, elemento central en la fibrosis renal, deriva en un porcentaje importante de la transdiferenciación o cambio fenotípico de las células epiteliales tubulares en células mesenquimáticas miofibroblásticas, siendo el TGF- $\beta$  el principal inductor de esta transdiferenciación.<sup>(14)</sup>

La angiotensina II (Ag II) tiene un rol clave en la progresión de la enfermedad renal. Participa en los cambios hemodinámicos glomerulares y en los cambios de permeabilidad de la barrera de filtración glomerular, contribuyendo a incrementar la proteinuria<sup>15</sup>. Adicionalmente, la Ag II se ha involucrado directamente en la génesis del daño túbulo-intersticial y en la fibrosis<sup>16</sup>, comportándose como una genuina citoquina pro-fibrótica y pro-inflamatoria<sup>17</sup>. La activación intrarrenal del SRA parece desempeñar un rol fundamental en estos procesos y además la proteinuria *per se* puede activar la generación de Ag II intrarrenal, perpetuando dicha activación. También se ha observado que la Ag II puede inducir activación del factor de transcripción NF-kB en células tubulares renales y así participar como citoquina pro-inflamatoria.<sup>(14-15)</sup>

## ETIOLOGIA

Es conveniente distinguir entre aquellos procesos capaces de causar lesión renal con posterior evolución a IRC y los procesos que actúan independientemente de la enfermedad inicial y contribuyen a la progresión de la enfermedad.<sup>(15)</sup>

Las causas IRC son múltiples y se pueden clasificar en diferentes grupos. En el transcurso de tiempo la nefropatía diabética ha ido incrementando con el transcurso de tiempo.<sup>(15)</sup>

## CUADRO CLINICO

Las manifestaciones aparecen de forma progresiva. El aclaramiento de creatinina inferiores a 30 ml/min marca habitualmente la frontera en la que la IRC se hace sintomática.<sup>(16)</sup>

Los defectos de excreción conducen en a las alteraciones hidroelectrolíticas, retención de productos del catabolismo celular y su consiguiente desbalance ácido-base.<sup>(16)</sup>

Los defectos de la degradación de la insulina explican la reducción de los requerimientos de insulina o hipoglucemiantes que presentan los diabéticos cuando se instala el daño renal. Los defectos de degradación de parathormona (PTH) participan en los fenómenos osteodistróficos que caracterizan a la enfermedad.<sup>(16)</sup>

Los defectos de eritropoyetina conducen a la anemia, el déficit de vitamina D es uno de los factores participantes en la osteodistrofia. La liberación de renina activa el sistema renina angiotensina aldosterona, favoreciendo la retención hidrosalina, la vasoconstricción, hipertensión, etc.<sup>(16)</sup> VER

## ANEXO 7.

## EVALUACION DEL PACIENTE IRC.

1. Anamnesis y exploración física. Una adecuada anamnesis nos llevara a una posible etiología, ( evaluación, severidad, HTA, factores de riesgo cardiovasculares , signos y síntomas, antecedentes familiares, enfermedades concomitantes).<sup>(16)</sup>
2. Pruebas de función renal. El FGR nos permite clasificar la gravedad IRC y monitorizar su evolución a lo largo tiempo. Para medir la FGR Se utiliza el aclaramiento de creatinina<sup>(16)</sup>.
3. Hallazgo de laboratorio. Se pueden localizar en las diferentes fases de la IRC.<sup>(16)</sup>



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

Calidad de vida

4. Pruebas de imagen. La ecografía es un método sencillo, rápido e inocuo para estudio de enfermedades renales, permite visualizar el tamaño, posición, ecogenidad, simetría, asimetrías, malformaciones, signos de uropatía obstructiva y diferenciación cortico medular.<sup>(16)</sup>
5. Biopsia Renal. En IRC esta únicamente si solamente. Si su resultado pudiera influir en el tratamiento de la enfermedad o sospecha de alguna enfermedad sistémica como Lupus Eritematoso, mieloma múltiple o enfermedad glomerular progresiva.<sup>(16)</sup>

## **INTERVENCIONES PARA RETARDAR LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

Se ha relacionado entre la magnitud del control de la presión arterial y la velocidad de declinación de la función renal: a mejor control de la presión arterial, mejor es la preservación de la filtración glomerular. Es así como el tratamiento de la hipertensión sistémica fue la primera intervención que demostró reducir en forma significativa la velocidad de progresión de la ERC siendo aún el eje central de las estrategias de reno protección.<sup>(16)</sup>

La proteinuria es un predictor pronóstico renal fuerte e independiente ya que al reducir la proteinuria se observa una menor velocidad de declinación de la función renal. En el caso de la diabetes, la proteinuria en etapa de microalbuminuria (de 20-200 mg/min o 30-300 mg/ día) constituye el signo más precoz de aparición de la nefropatía diabética y de ahí la importancia de su Pesquisa de tal forma de intervenir precozmente sobre el daño renal en curso. Cuando aparece la macroalbuminuria (>200 mg/min o >300 mg/día) y se eleva la presión arterial, se produce el compromiso progresivo de la función renal.<sup>(16-17)</sup>

Así se ha instituido el concepto de renoprotección, siendo las principales medidas recomendadas el control farmacológico de la presión arterial y la reducción de la proteinuria. El bloqueo del SRA mediante inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) se ha demostrado útil en el control de la presión arterial y en la reducción de la proteinuria.<sup>(17)</sup>

## **RECOMENDACIONES**

- 1, El control de la hipertensión arterial debe ser estricto con valores menores a 130/80 mmHg. Si existe proteinuria los valores deben ser menores a 125/75 mmHg.<sup>(17)</sup>
2. La inhibición del SRA es otra intervención fundamental, especialmente en pacientes proteinuricos con el claro objetivo, además de controlar la presión arterial, de reducir la proteinuria a valores menores a 300 mg/día.<sup>(17)</sup>
3. Se sugieren que el tratamiento combinado con IECAs y ARAs estaría indicado cuando con monoterapia y un óptimo control de la hipertensión, el paciente persiste con proteinuria mayor de 1 gramo/día.<sup>(17)</sup>
4. Tratar la dislipidemia, alcanzando valores de LDL inferiores a 100 mg/dl (2,6 mmol/L) tanto para reducir el riesgo de progresión como el riesgo de eventos cardiovasculares.<sup>(17)</sup>
5. La reducción de la ingesta proteica a valores de 0,6 a 0,8 g/kg/día de proteínas de alto valor biológico es otra medida que puede ser útil.<sup>(17)</sup>
6. En el caso de la diabetes, el objetivo es la euglicemia, recomendándose valores de hemoglobina glicosilada normales (menores de 7%).<sup>(17)</sup>





7. Otras medidas que podrían ser de utilidad son el control del peso corporal, realizar ejercicio físico y reducir la ingesta de sal y alcohol.<sup>(17)</sup>

## TRATAMIENTO

1. Detección de factores de reagudización y causas tratables de IRC<sup>(18)</sup>

2. Prevenir o, en su caso, evitar la progresión de la insuficiencia renal:

— *Modificación de la dieta*: restricción proteica *moderada* (0,6-0,8 g/kg/día) en particularmente pacientes con FG < 20 ml/min, con estrecha monitorización de parámetros (asociación de dietas específicas, completas, hipoproteicas e hipercalóricasenriquecidas). La dieta debe contener unas Calorías aproximadas de 35-40 Kcal/kg/día.<sup>(18)</sup>

— *Control de la hipertensión arterial*: Evita la progresión hacia la IRC. El objetivo mantener una TA diastólica aproximada a 80 mmHg. Se recomienda la reducción de la sal. Alcohol y sobrepeso Los IECAs y probablemente los ARA II son considerados, desde el punto de vista farmacológico, Como de elección. Contraindicados los ahorradores de potasio.<sup>(18)</sup>

— *Control de la hiperlipidemia* la utilización de inhibidores de la HMG-CoA reductasa en hipercolesterolémicos y fibratos en hipertrigliceridémicos.<sup>(18)</sup>

— *Control de metabolismo calcio-fósforo*: se recomienda la restricción de la ingesta de P, En caso de ineficacia se recomiendan suplementos de Ca en forma de carbonato o acetato cálcico (2 a 6 g) cuando el FG < 40 ml/min. Metabolitos de la vit. D incluido el calcitriol 0,25-1,25 mcg/día, en caso de que persista la hipocalcemia o el hiperPTH secundario.<sup>(18)</sup>

— *Control de la hiperglucemia*: Contraindicados el uso de antidiabéticos orales (ADO) tipo sulfonilureas y biguanidas por el elevado riesgo de hipoglucemias severas y acidosis láctica.<sup>(18)</sup>

Se recomienda, a su vez, una dieta hiposódica para el control de la HTA.

— *Hiperpotasemia*: restricción de alimentos ricos en potasio (frutas, verduras, frutos secos).<sup>(18)</sup>

— *Acidosis metabólica*: debe controlarse con suplementos de bicarbonato sódico (2-6 g/día) para mantener niveles de bicarbonato en plasma en torno a 22 mEq/l. Se inicia tratamiento cuando el bicarbonato sérico es inferior a 18 mEq/l.<sup>(18)</sup>

— *Prurito*: se controlar el nivel de calcio y fósforo en sangre. Se puede paliar utilizar Antihistamínicos, poca respuesta.<sup>(18)</sup>

— *Hiperuricemia*: Se dará con alopurinol en caso de niveles > de 10 mg/dl o si hay gota<sup>(18)</sup>

— *Anemia*: Esta indicado el tratamiento con EPO en dosis de 25-100 U/kg subcutánea 3 veces en semana hasta alcanzar un hematocrito del 31-36.<sup>(18)</sup>

. — *Alteraciones de la hemostasia*: disfunción plaquetaria.<sup>(18)</sup>

— *Síntomas gastrointestinales*: traducen un estado de uremia avanzada, siendo un indicador de inicio de tratamiento dializante.<sup>(18)</sup>

— *Síntomas neuromusculares*: indican un estado de uremia terminal, constituyendo una de las Indicaciones para el inicio de diálisis.<sup>(18)</sup>

4. *Tratamiento sustitutivo renal*: basado en la diálisis, bajo cualquiera de sus modalidades, o en el Trasplante renal

a) *Diálisis*: se define como un tratamiento sustitutivo, que cumple como principal función de la depuración a nivel renal. La inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y sociales .Hay dos modalidades de diálisis: diálisis peritoneal y hemodiálisis.<sup>(18)</sup>

— *Diálisis peritoneal*: depuración a través de la membrana peritoneal natural. Se trata de un tratamiento domiciliario, realizado por el propio enfermo tras un período de adiestramiento.<sup>(18)</sup>



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

## Calidad de vida

- DPCA: diálisis peritoneal continua ambulatoria. Técnica manual, que utiliza una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal; transcurridas seis-ocho horas se drena impregnada de toxinas urémicas.<sup>(18)</sup>
  - DPA: diálisis peritoneal automatizada. Se utiliza una cicladora para la infusión dializante y posterior drenaje.<sup>(18)</sup>
- *Hemodiálisis*: tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter o fístula), con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez depurada, a través del acceso, al organismo.<sup>(18)</sup>
- b) *Trasplante renal*: constituye un tratamiento alternativo para la IRCT en adultos de edad avanzada.<sup>(18)</sup>

## CALIDAD DE VIDA EN INSUFICIENCIA RENAL

Para referirse a calidad de vida incluyen estado funcional, sentido de bienestar, satisfacción de vida, estado de salud, y aunque estado de salud no es sinónimo de calidad de vida, los dos se relacionan: la salud afectando la calidad de vida y viceversa. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una medida multidimensional que refleja el bienestar de un paciente, valorando dominio físico, mental y social.<sup>(19)</sup>

La CVRS es una interpretación subjetiva del paciente sobre su satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su dinámica de vida y de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento. Se pueden diferenciar dos dimensiones importantes en la CVRS: 1) la funcional, que incluye las actividades diarias, como el cuidado de uno mismo (bañarse, vestirse, comer, etc.), los trabajos remunerados o no (la actividad ocupacional, las labores de la casa, etc.) y las relaciones sociales con la familia o los amigos; y 2) la dimensión subjetiva, que es el sentimiento de “cómo se encuentra uno mismo”, es decir, si la persona se siente feliz o triste, si se encuentra apagado o con mucha energía, tanto si está con dolor o sin él. La dimensión funcional es una variable relativamente objetiva que la podemos medir y comparar con otros datos, mientras que los sentimientos son más subjetivos, en la medida en que responden a las percepciones íntimas del individuo.<sup>(19-20)</sup>

En los años 80 el término *calidad de vida* se adoptó como un concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida (Jiménez, 1998).<sup>(19-20)</sup>

A partir de la década de los 80, el concepto fue aplicado en el mundo de las enfermedades incapacitantes, dado que captaba una visión nueva y cambiante sobre las personas con discapacidad (Schwartzmann, 2003). En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre diversas opciones, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas y aspiraciones y a tener mayor participación en las decisiones que las afectan (Gómez y Sabej citando a Schalok, 2000).<sup>(21)</sup>

Los avances tecnológicos experimentados en las últimas décadas han llevado a un considerable aumento de herramientas biotecnológicas en salud, en contraste con el lento desarrollo de herramientas vinculadas a los factores o aspectos sociales y humanos involucrados (Velarde y Ávila, 2002). Esto lleva a que se produzca un desequilibrio en la atención de salud, con un





*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

Calidad de vida

acentuado énfasis en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y una insuficiente consideración de las consecuencias psicosociales de sus problemas (Rebollo y col., 2000).<sup>(21-22)</sup>

La aplicación de la tecnología previene la muerte prematura, como ocurre con las enfermedades crónicas terminales, pero a su vez sobreviene una serie de problemas que se refieren a las consecuencias de vivir con ellas. Las enfermedades cardíacas y renales reflejan plenamente los problemas de costo y efectos sobre la C. de V. de los pacientes portadores de estas patologías (Lawrence y Gaus, citado por Croog y Levine, 1989).<sup>(23)</sup>

La rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (Iborra y col., 1998). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su C. de V. en general (Zanoguera y col., 1998).<sup>(24)</sup>

Esto se demuestra en que la supervivencia es mayor en sujetos con mayor calidad de vida (Schwartzmann 2003). De este último punto nace un nuevo término en base a la relación salud calidad de vida, HRQOL (health related quality of life), término que es usado en la mayoría de los artículos publicados para referirse a calidad de vida y salud (Mingardi y cols. 1999). HRQOL representa el bienestar tanto físico, mental como social de la persona que son influenciados por su experiencia, creencias, expectativas y percepciones.<sup>(25)</sup>

#### **INSTRUMENTO PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA. CUESTIONARIO SF-36**

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el estudio de los resultados médicos (Medical Outcomes Study) (MOS) creado por Ware y Sherbourne en 1992. Detecta tanto estados positivos como negativos de salud, analizando la salud física y mental. Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, función social, rol emocional, salud mental y vitalidad. (Araya y Yáñez, 2006).<sup>(25)</sup>

Para medir la variable principal “Calidad de Vida” se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 que fue desarrollado por Ware (1993), adaptado y validado en España por Alonso y col. (1995), para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El cuestionario final cubre 8 dimensiones del estado de salud; contiene 36 ítems que cubren dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional (Schwartzmann y col., 1999).<sup>(25)</sup>

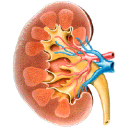
#### **Definición de las dimensiones**

**1. Función física:** Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 puntos).<sup>(26)</sup>

**2. Rol físico:** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor al deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades. (4 puntos).<sup>(26)</sup>

**3. Dolor corporal:** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como dentro de la casa. (4 puntos).<sup>(26)</sup>

**4. Salud General:** Valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud a futuro y la resistencia a enfermar. (20 puntos)



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

## Calidad de vida

**5. Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. (20 puntos).<sup>(26)</sup>

**6. Función Social:** Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. (8 puntos).<sup>(26)</sup>

**7. Rol Emocional:** Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias. (3 puntos).<sup>(26)</sup>

**8. Salud mental:** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general (25 puntos)<sup>(26)</sup>

Total puntuación: 100

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar ya que de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que invade la calidad de vida del paciente y de la familia siendo esta última quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente, durante y después de que llegue el final del enfermo.<sup>(27)</sup>

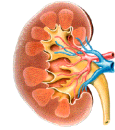
La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de remplazo renal; se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, además de esto, las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar afectan notablemente al paciente disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis.<sup>(27)</sup>

Luego entonces, resulta necesario para la planeación de las intervenciones conocer cuáles son las necesidades que la familia requiere en ese momento y que cambios se propician a partir de que hay una alteración en la vida cotidiana a la que se está acostumbrado a llevar, éstos pueden ir desde la economía familiar hasta generar algunos trastornos o frustraciones en los miembros de la familia que pueden llegar a complicar o a desintegrar la misma, de tal manera que la propuesta se pueda generar en base a las necesidades reales y permita resolver los problemas emocionales que se generan a partir de la enfermedad.<sup>(27)</sup>

Lo que se pretende es intervenir en la dinámica familiar para que ésta maximice y/o conserve una salud integral, de tal manera que beneficie tanto al paciente como a todos los miembros de ésta y estén preparados para afrontar el curso o en su caso el final que desencadene esta enfermedad.<sup>(27)</sup>

La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de remplazo renal; se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, además de esto, la , dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar afectan notablemente al paciente disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis.<sup>(27)</sup>

En pacientes con enfermedades crónicas, los avances terapéuticos actuales se dirigen no tanto a conseguir un aumento de su supervivencia como a ayudarles a vivir lo mejor posible con su enfermedad, o lo que es lo mismo, a mejorar la calidad de su supervivencia.<sup>(27)</sup>



La rehabilitación de los pacientes en diálisis, en el sentido de restaurar una calidad de vida óptima, debe ser un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal. Sin embargo, muchos clínicos parecen estar más interesados en medir y controlar adecuadamente los parámetros fisiológicos y bioquímicos que en los aspectos subjetivos del paciente. Las medidas fisiológicas suministran información a los clínicos, pero tienen un interés limitado para los pacientes y a menudo se correlacionan pobremente con su bienestar y su capacidad funcional<sup>(27)</sup>

Las características de la insuficiencia renal y el tratamiento, causa incertidumbre en el paciente y su familia, por la dependencia hacia el medicamento y la diálisis, las limitaciones en la dieta, los cambios en la familia, físicos, laborales, por lo que aparecen trastornos emocionales en los pacientes con esta condición (Álvarez).que ven afectada su calidad de vida relacionada con la salud, ya que se ve afectado su rol, social, físico, emocional, así como su percepción social.<sup>(28)</sup>

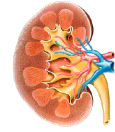
Las áreas más afectadas de estos pacientes son: la salud, familia, pareja, económica, trabajo (Kimel 2001), al estudiar estos pacientes, la dimensión física es la que suele verse más afectada y genera mayor insatisfacción en los pacientes con Insuficiencia Renal, esto puede deberse al síndrome urémico.<sup>(28)</sup>

El orden sociodemográfico ha demostrado una relación con la calidad de vida, sin embargo, algunos estudios confirman, la percepción de calidad de vida disminuye con la edad, con respecto a la población general que son dializados., ya que al ser jóvenes son más activos laboralmente. Se observa mayor depresión en las mujeres, por lo cual percibirán menor calidad de vida relacionada con la salud, al igual que los viudos, solteros y divorciados (Arenas Cols 2004).<sup>(28)</sup>

Otras reacciones de los pacientes en tratamiento sustitutivo como es en el caso de la diálisis que afecta la calidad de vida son la ira y la hostilidad, así como la dependencia emocional y psicológica derivada de la dependencia al tratamiento ( Hers-Rifkin y Stoner 2005). Estos pacientes presentan varias limitaciones y exigencias sobre el mismo, ocasionando cambios en la familia, roles sociales, alteraciones en la respuesta sexual en la pareja, además de tener problemas económico, ya que no pueden realizar actividades laborales por las condiciones de salud.<sup>(28)</sup>

La escasa adhesión al tratamiento en uno de los principales problemas en los pacientes con insuficiencia renal, se llega a observar que un 45% no tienen apego a tratamiento. Ya que consiste en un cambio de vida, se someten a tratamiento altamente demandantes y un régimen complejo desde restricción de la dieta y el consumo de líquidos, ingesta de medicamento, sesiones de diálisis (Sharp E tal .)<sup>(28)</sup>

Uno de los principales factores en la evaluación de pacientes con IRT es la depresión, cuya alta incidencia está bien documentada, e involucrada con el deterioro de la calidad de vida de los pacientes dializados. Estudios recientes han mostrado que la prevalencia de depresión en quienes inician tratamiento con diálisis oscila entre 40 y 45%; sin embargo, la depresión en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria no se ha estudiado a detalle. La depresión puede afectar las funciones inmunológica y nutricional, así como el cumplimiento del programa de diálisis, influyendo en los resultados del tratamiento. La depresión puede ser también un factor independiente en la supervivencia de los pacientes.<sup>(29)</sup>



**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cual es la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 San Ángel?



### **JUSTIFICACION:**

La insuficiencia renal es una enfermedad que implica la pérdida gradual y progresiva de la capacidad renal, para eliminar los productos de desechos y mantener equilibrio en el organismo. Observándose diferentes impactos en la salud física y en la Calidad de Vida, en su diferentes roles social, físico, cognitivo, alterando su percepción de la salud.

Identificar los factores que se ven implicado en la calidad de vida de estos pacientes, así como identificar los factores de riesgo, para llevar un control adecuado, mediante el planteamiento de estrategias.

Al tener mejor calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal se disminuyen los índices de hospitalización y mejor respuesta al tratamiento medico establecido por el equipo multidisciplinario.

La especialidad de Medicina Familiar, nos permite la atención primaria de los pacientes con enfermedad crónica degenerativos, en la cual podemos orientar al paciente y a la familia. . De aquí se deriva su transcendencia ya que podemos realizar diferentes estrategias medico preventivas para evitar futuras complicaciones lo cual repercutirá en la salud y calidad de vida de estos paciente



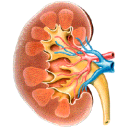
## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

Identificar la Calidad de Vida en pacientes con de insuficiencia renal, tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No, 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, del Instituto Mexicano del seguro social

### **ESPECIFICO**

- ⇒ Conocer la calidad de vida en pacientes de insuficiencia renal crónica
- ⇒ Conocer apego terapéutico en pacientes con tratamiento sustitutivo.
- ⇒ Establecer control de la enfermedad en los pacientes con insuficiencia renal.



**HIPOTESIS:**

HIPOTESIS ALTERNA:

Los Pacientes con Insuficiencia Renal en tratamiento sustitutivo, tienen mala calidad de vida, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8

HIPOTESIS NULA:

Los Pacientes con Insuficiencia Renal en tratamiento sustitutivo, no tienen mala calidad de vida, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8



## MATERIALES Y METODOS

### TIPO DE ESTUDIO:

Prospectivo, Transversal, No Comparativo, Descriptivo, Observacional.

↳ Tipo de estudio según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: *PROSPECTIVO*

↳ Tipo de estudio según el número de una variable o el periodo y secuencia del estudio: *TRANSVERSAL*

↳ Tipo de estudio según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: *NO COMPARATIVO*

↳ Tipo de estudio según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: *DESCRIPTIVO*

↳ Tipo de estudio sin inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: *OBSERVACIONAL*

### DISEÑO DE ESTUDIO.

Se incluyeron a pacientes que asistieron a la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF NO. 8 “Gilberto Flores Izquierdo” durante los meses de enero-diciembre del 2011, que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en este protocolo

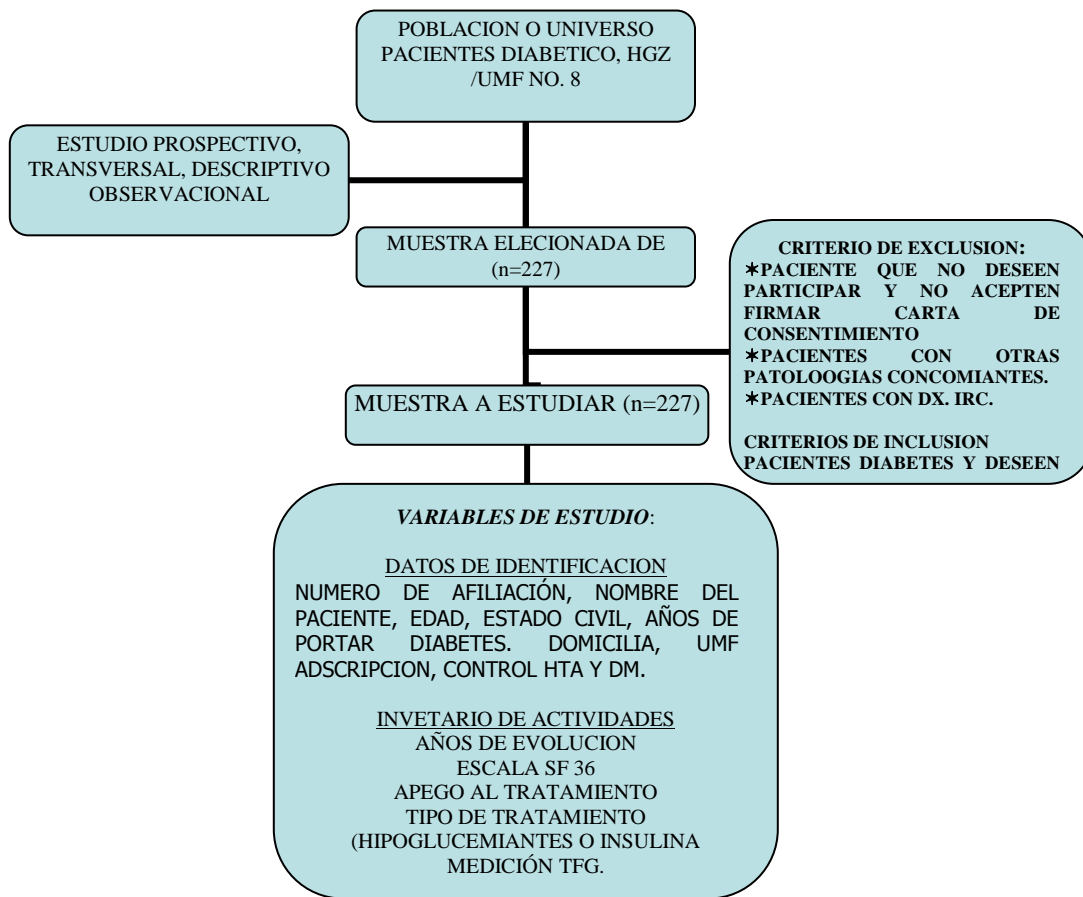
Previo conocimiento informado, se les aplico el cuestionario SF 36, desarrollado para medir calidad de vida,

Se obtuvieron cuestionarios de acuerdo a la muestra total calculada con un intervalo de confianza 99% para posteriormente ser analizados estadísticamente mediante el programa SPSS versión 20.





### DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



Elaboro. Dra. Sarai Rojas Sánchez



### **POBLACIÓN (UNIVERSO)**

Se realizo en siguiente estudio en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social, En el Distrito Federal, En población urbana, que acudieron a consulta externa de medicina familiar, con tratamiento sustitutivo, entre de 44 a los 89 años.

El total de pacientes con Insuficiencia Renal en el estudio son: 227

### **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:**

El protocolo de investigación se llevara acabo en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la Colonia Atizapán, San Ángel, delegación: en el Distrito Federal,

La aplicación del instrumento de evaluación se realizara de enero a diciembre 2011.



### **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

El tipo de la muestra fue probabilística con una selección aleatoria simple.

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requirió de 227 pacientes con un intervalo de confianza 90% con una proporción del 0.30 con una amplitud de intervalo de confianza 0.10.

### **DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

N= Número total de individuos requeridos.

Z= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P= Proporción esperada.

(1-P)= Nivel de confianza.

W= Amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4Z^2 P(1-P)}{W}$$



## **CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACIÓN.**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Masculino o femenino entre 44 a 89 años
- Acepten participar en el estudio (firma de consentimiento informado)
- Paciente sin alteraciones neurológica, demencia. Urémico.
- Paciente que sepa leer y escribir
- Paciente con Insuficiencia renal secundaria a Nefropatía diabética o hipertensiva.
- Pacientes con diagnostico de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento DPCA.
- Pacientes que acudan a la Consulta Externa de Medicina Familiar
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que reciben tratamiento sustitutivo renal

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no deseen participar.
- Pacientes que no firmen la Carta de Consentimiento Informado.
- Pacientes que cuenten con enfermedad maligna de tipo hematológico, cardiovascular, renal, hepático, gastrointestinal, endocrino o neurológico.
- Pacientes insuficiencia renal crónica secundaria a otras patologías.
- Pacientes en tratamiento sustitutivo hemodiálisis
- Pacientes con una discapacidad ( visual o auditiva)
- Pacientes que no se realicen los estudios de laboratorio
- Paciente visto en servicio de urgencias.

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Paciente que no cumpla con criterios diagnósticos de insuficiencia renal,
- Paciente que no deseen participar.
- Pacientes que no tenga laboratorios
- Pacientes que no concluyan el test
- Paciente el cual tenga alteración en el estado neurológico.
- Pacientes que no cuente con tratamiento sustitutivo renal



## **VARIABLES**

### *DATOS DE IDENTIFICACION.*

- 1) Nombre del paciente.
- 2) Sexo
- 3) Edad
- 4) Domicilio.
- 5) UMF de adscripción
- 6) Estado Civil
- 7) Religión

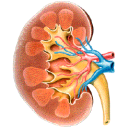
### *INVENTARIO DE ACTIVIDADES.*

- 1) Interrogar al paciente si es diabético o no, Hipertensión o no. Si tiene tratamiento sustitutivo.
- 2) Interrogar al paciente si desea participar
- 3) Interrogar al paciente cuantos años en portador de DM o HTA.
- 4) Medición. presión, glucosa, IMC
- 5) Años de evolución HTA o DM
- 6) Años de IRC
- 7) Interrogar característica de tratamiento (Adecuado apego o no), tipo de tratamiento



### **DEFICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.**

- 1) **SEXO.** Es el género de un individuo ( masculino o femenino)
- 2) **EDAD.** Número de años cumplidos ( en este protocolo 30-70 años)
- 3) **ESTADO CIVIL** situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- 4) **DIABETES.** Es el déficit en la secreción de insulina, ya sea absoluta o relativa, la hiperglucemia es la principal característica, alteraciones en el metabolismo de las proteínas, lípidos y carbohidratos.
- 5) **INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.** Es la disminución de la función renal, expresada por una tasa de TFG  $< 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \text{ SC}$  ó como la presencia de daño renal durante más de 3 meses.
- 6) **CALIDAD DE VIDA.** estado funcional, sentido de bienestar, satisfacción de vida, estado de salud.
- 7) **GLUCOSA.** Metabolismo de los carbohidratos.
- 8) **CREATININA.** es un compuesto orgánico generado a partir de la degradación de la creatina- Es un producto de desecho del metabolismo normal de los músculos que usualmente es producida por el cuerpo en una tasa muy constante (dependiendo de la masa de los músculos), y normalmente filtrada por los riñones y excretada en la orina. La medición de la creatinina es la manera más simple de monitorizar la correcta función de los riñones.
- 9) **UREA:** Es un compuesto químico cristalino e incoloro, de fórmula  $\text{CO}(\text{NH}_2)_2$ . Es el principal producto terminal del metabolismo de proteínas La orina humana contiene unos 20g por litro, y un adulto elimina de 25 a 39g diariamente.
- 10) **ALBUMINA.** Es una principales proteínas de desecho 40 %.
- 11) **PROTEINURIA.** Es un marcador clásico de daño renal establecido, normalmente se excreta pequeñas cantidades habitualmente menos 100mg/dl.
- 12) **PRESION ARTERIAL.** es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias.
- 13) **FILTRACION GLOMERULAR.** es el volumen de fluido filtrado por unidad de tiempo desde los capilares glomerulares renales hacia el interior de la cápsula de Bowman. este índice es usualmente empleado para medir la función renal a nivel de glomérulo. se mide en mililitros por minuto (ml/min)



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

## Calidad de vida

- 14) APEGO AL TRATAMIENTO. Es cuando un paciente lleva adecuadamente la administración en dosis y horarios su medicamento.
- 15) Función física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.
- 16) Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor al deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.
- 17) Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como dentro de la casa.
- 18) Salud General: Valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud a futuro y la resistencia a enfermar. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- 19) Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- 20) Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.
- 21) Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar.



**DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES (CARACTERISTICAS GENERALES)**

<i>NOMBRE DE LA VARIABLE</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>ESCALA DE MEDICION</i>	<i>VALORES DE LA VARIABLES</i>
NOMBRE DEL TRABAJADOR	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1. MASCULINO 2. FEMENINO
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1. CASADOS 2. SOLTERO 3. UNION LIBRE 4. VIUDOS
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1. DESEMPLEADO 2. EMPLEADO 3. AMA DE CASA
DIABETES	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
GLUCOSA	CUANTITATIVA	CONTINUA	1. 70-140 mg/dl 2. 141-350 mg/dl
PRESION ARTERIAL	CUANTITATIVA	CONTINUA	1.< 120/80 2.130/90
IMC	CUANTITATIVA	CONTINUA	1. NORMAL 2. SOBREPESO 3. OBESIDAD GRADO I 4. OBESIDAD GRADO
APEGO AL TRATAMIENTO	CUALITATIVO	NOMINAL	1. ADECUADO 2. NO ADECUADO.





*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

Calidad de vida

CALIDAD DE VIDA	CUANTITATIVO	NOMINAL	1. Calidad de Vida 2. Mala calidad de vida
NAUSEAS	CUALITATIVO	NOMINAL	1. Leve 2. Moderado 3. Severo
ASTENIA	CUALITATIVO	NOMINAL	1. Leve 2. Moderado 3. Severo
DOLOR	CUALITATIVO	NOMINAL	1. Leve 2. Moderado 3. Severo



**TABLA DE VALORES SEGÚN LA INFLUENCIA QUE SE ASIGNE**

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO.
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	CALIDAD DE VIDA

**ELABORO. Dra. Sarai Rojas Sánchez. Protocolo de investigación**



### **DISEÑO ESTADISTICO:**

El análisis estadístico se llevo a cabo a través del programa SPSS 20 (Statistical Product and Service Solutions) de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizo medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, frecuencia, porcentaje, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, porcentajes y frecuencia. El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de su prevalencia 34%.

Este análisis se llevo a cabo de enero –diciembre 2011, en consulta externa de medicina familiar. Se utilizara una Cédula Básica (Anexo 7), hoja de consentimiento informado (Anexo 8)

Se realizo un vaciado de la información para clasificarla, posteriormente se analizara y describirán los resultados, para este procedimiento se llevara a cabo del programa SPSS 20 de Windows, para el análisis de medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%.



## **INSTRUMENTO DE RECOLECCION**

El instrumento que se utilizó para evaluar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal en pacientes en tratamiento sustitutivo, en un cuestionario que consta de varias preguntas.

- \* Nombre del paciente.
- \* No. Afiliación.
- \* Sexo
- \* Edad.
- \* Ocupación
- \* Edo civil
- \* Apego adecuado (si o no)
- \* Años portador DM o HTA
- \* Años de portador IRC con tratamiento sustitutivo
- \* Sintomatología más frecuente
- \* SF 36

Las acciones realizadas en los pacientes de la presente investigación fueron:

- 1) Captar al paciente con Insuficiencia renal en la consulta externa de medicina familiar.
- 2) Realizar entrevista clínica a cada uno de los pacientes realizadas por el investigador, el cual realizará test.
- 3) Una vez captada la información se procederá a vaciarla en una hoja de recolección de datos

## **MÉTODO DE COLECCIÓN DE DATOS:**

Se estudió a la población previamente seleccionada en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar, con diagnóstico de Insuficiencia Renal en tratamiento sustitutivo que acuda a la Consulta Externa de Medicina Familiar. Con los criterios de inclusión y exclusión Previamente ya mencionados.

La medición de las variables se realizará a través de una entrevista clínica directa de manera personal en el cual se obtendrán los datos de la ficha de identificación y se captará de los laboratorios realizados en el paciente, así como el apego terapéutico que tenga dicho paciente

El Test será suspendido después de dicho lapso de tiempo (20-30 min) o si alguno de los participantes tuviese alguna discapacidad (visual o auditiva) que le impida contestarlo. Toda esta información se obtendrá en un plazo máximo de un año.

Se realizará una hoja de recolección de datos que tendrá por objetivo vaciar la información obtenida en la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF no. 8. IMSS.



### **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.**

Se aplicara una entrevista clínica, la cual será directa de manera personal al paciente. La cual se realizara en la conducta externa de medicina familiar. El aplicador deberá realizar una invitación verbal para la participación en el estudio y explicará ampliamente el objetivo y la manera de la realización de éste. Se procederá a la firma del Consentimiento Informado si el paciente y su acompañante desean participar. Todas las encuestas serán realizadas por un solo aplicador entrenado para s realización.

Realizar una explicación entendible y corta, posteriormente resolver dudas que tenga el paciente, Se aplicara Consentimiento Informado si el paciente desea participar en este.

El Test deberá esta redactado adecuadamente, por lo cual se deberá analizar cada pregunta. Dichas preguntas tendrán opciones, sin poder dejar preguntas sin respuestas.

Si el aplicador del Test sospecha que el nivel de lectura en inadecuado, deberá trabajar la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea en voz alta y seleccione en voz alta alguna de las opciones.

Si alguno de los pacientes o sus acompañantes son incapaces de leer la pregunta debe suspenderse la prueba. El Test será aplicado en un tiempo máximo de una 30 min y al finalizar dicho plazo se suspenderá la prueba.

Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. Ante esto el aplicador invitará al participante a dejar la pregunta sin respuesta o a elegir una opción si la oración es aplicable en su caso, pero antes de dejarla en blanco podrá intentar dar una respuesta.

El examinador no deberá discutir ninguna pregunta con el paciente, sin proponerle una probable pregunta.

Solo podrá contestar el Test el paciente y no familiares o acompañantes. Se recabaran en el Test laboratorios de 2 meses de antigüedad máximo para este protocolo de estudio



**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO**  
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

**TITULO DEL PROYECTO:**  
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO, EN EL**  
**HGZ UMF NO. 8**  
**HGZ/UMF No. 8 Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO, IMSS**  
**2010**

FECHA	MAR 2010	ABR 2010	MAY 2010	JUN 2010	JUL 2010	AGO 2010	SEP 2010	OCT 2010	NOV 2010	DIC 2010	ENE 2011	FEB 2011
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS				X								
HIPOTESIS					X							
PROPOSITOS					X							
DISEÑO METODOLOGICO					X	X						
ANALISIS ESTADISTICO						X						
CONSIDERACIONES ETICAS							X	X				
RECURSOS							X					
BIBLIOGRAFIA							X	X				
ASPECTOS GENERALES							X	X	X			
ACEPTACION									X	X	X	X

**2011-2012**

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
RECOLECCION DE DATOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
ANALISIS DE DATOS								X	X			
DESCRIPCION DE DATOS									X	X		
DISCUSIÓN DE DATOS									X	X		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X	X	
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X



## RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Los recursos utilizados en este protocolo de estudio se mencionan en los siguientes apartados.

### RECURSOS HUMANOS

INVESTIGADOR	1
ASESOR CLINICO	1
ASESOR METODOLOGICO	1
ASISTENTE MEDICA	1
ENFERMERA	1
ENCUESTADOR	1
TECNICOS LABORATORIOS	1
QUIMICOS BIOLOGOS	1
PACIENTES	227

ELABORÓ: Dr. Sarai Rojas Sánchez. Protocolo de Investigación

### RECURSOS MATERIALES

HOJAS BLANCAS	1
PLUMAS	1
CINTA METRICA	1
BASCULA	1
BAUMANOMETRO	1
ESTETOSCOPIO	1
COMPUTADORA	1
CALCULADORA	1
IMPRESORA	1
AUTOMATIZADOR CLINICO WENER LAB METROLAD 2300 (PROCECAR MUESTRAS)	1
REACTIVOS, CALIBRADOR Y PRECISADO PARA MEDICIÓN GLUCISA, UREA Y CREATININA	1
JERINGA.	227
TUBOS DE ENSAYO	227

ELABORÓ: Dr. Sarai Rojas Sánchez. Protocolo de Investigación

### RECURSOS FISICOS

FINANCIAMIENTO

DRA. Rojas Sánchez Sarai.



### **CONSIDERACIONES ETICAS:**

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México. Se integró la carta de Consentimiento Informado del presente protocolo de investigación en base a lo anterior (ver Anexo)

La aplicación de los instrumentos de recolección de los datos del protocolo se realizó previamente con el consentimiento informado, el cual es por escrito de las personas entrevistadas, de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de acuerdo al título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también a la declaración de Helsinki de 1975, promulgada por la Asociación Médica Mundial y al código de Núremberg que recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos, publicado el 20 agosto de 1947

El “ Consentimiento informado por escrito” fue firmado y autorizado por cada uno de los participante de presente protocolo de investigación , previo a la realización de acciones y a la aplicación del instrumento de evaluación de frecuencia de insuficiencia renal crónica en portadores de diabetes( ver anexo)





## **RESULTADOS**

Se estudió a 227 pacientes portadores de insuficiencia renal crónica del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, observándose un predominio sexo femenino 120(52.9%), sexo masculino 107( 47.1%). (Ver Anexo cuadro 1)

La media de edad 62 años, valor mínimo de 44 años y valor máximo de 89 años, desviación estándar de 6.706 años

Se observo por grupo de edad: 112(49.3%) de 44-61 años, 115( 50.7%) 62-86 años.

En cuanto al estado civil se analizo: 22( 9.7%) soltero, 100( 44.1%) casados, 55( 24.2%) viudos, 15( 6.6%) unión libre, 25( 15.4%) divorciados (Ver anexo cuadro 2)

En tanto a la escolaridad se observo 72(31.7%) saben leer y escribir, 91( 40.1 %) con Primaria, 49( 21.6 %) secundaria, 10( 4.4 %) bachillerato, 5( 2.2%) licenciatura, 4(1.5%) (Ver anexo cuadro 3)

Se analizo en cuanto a religión: 176( 77.6%) con religión, 51( 22.4%) sin religión. (Ver anexo cuadro 4)

En ocupación se observo 98( 43.25%) desempleados, 72( 31.7%) empleados, 57( 25.1% ) ama de casa. (Ver anexo cuadro 5)

Se observo con respecto al tiempo de diagnostico se encontró 196 (86.3%) 1 a 4 años y 31 (13.7%) 5 a 8 años. (Ver anexo cuadro 6)

En tanto al tratamiento: 42( 18.5%) Farmacológico, 66( 29.5 %) diálisis peritoneal ,119(52.2%) farmacológico y diálisis peritoneal. (Ver anexo cuadro 7)

Se observo en los pacientes apego al tratamiento: 151( 66.5%) con adecuado apego, 76( 33.5%) sin apego adecuado al tratamiento. (Ver anexo cuadro 8)

En cuanto a los controles glucémicos: 23( 10.1%) 70 a 140mg/dl, es decir un adecuado control, 204( 89.9%) 140 a 350mg/dl, con mal control (Ver anexo cuadro 9)

Con respecto a los años de evolución de hipertensión o diabetes: 111( 48.9%) de 4-15 años de evolución, 116(51.1%) de 16-36 años de evolución. (Ver anexo cuadro 10)

Se analizó con respecto al IMC. 52( 22.9%) normal, 114( 20.2%) sobrepeso, 21( 22.5%) Obesidad I, 10( 4.4%) con obesidad. (Ver anexo cuadro 11)

Se observo en paciente con disnea: 70( 30.8%) leve, 104( 45.8%) moderada, 53( 23.3%) severa, en tanto, nauseas, 58( 25.6%) Leve, 103( 45.4%), 66( 29.1%). Con lo que respecto al dolor: 34( 15.0%) leve, 66( 29.1%) moderado, 127( 55.9%), Astenia 53( 23.3%) leve, 98( 42.3%) moderada, 76( 33.5%) severa. (Ver anexo cuadro 12-15)



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

## Calidad de vida

Se evaluó la calidad de vida mediante SF-36: 144( 63.4%) mala calidad de vida, 83( 36.6%) buena calidad de vida. (Ver anexo cuadro 16)

Se observo con respecto a la calidad de vida: sexo masculino 50(22%) mala calidad de vida, 57( 25.1%) buena calidad de vida, en cuanto sexo femenino 94( 41.4%) con mala calidad, 26( 11.5%) con buena calidad de vida. (Ver anexo cuadro 17)

Se analizo con respecto a los años de tratamiento con diálisis lo siguiente: 1-4 años de tratamiento 120( 52.9%) mala calidad de vida, 76( 33.5%) buena calidad de vida. Con lo que respecta de 5- 8 años de tratamiento 24(10.6%) mala calidad de vida , 7( 3.1%) buena calidad de vida. (Ver anexo cuadro 18)

Se observo con respecto al tratamiento recibido: Farmacológico 20( 8.8%) con mala calidad de vida , 22( 9.7%) buena calidad de vida , tratamiento diálisis 47( 20.7% ) con mala calidad de vida, 19( 8.4%) buena calidad de vida. Tratamiento combinado 77( 33.9%) con mala calidad de vida, 42( 22.9%) buena calidad de vida. (Ver anexo cuadro 19)

Se encontró con lo que respecta a nivel glucémico: 70-140 mg/dl 10(4.4%) mala calidad de vida, 13( 5.7%) con buena calidad de vida, De 140-350mg/dl 134( 59.0%) con mala calidad de vida, 70( 30.8%) buena calidad de vida (Ver anexo cuadro 20)

Con respecto a los años de evolución de Diabetes e Hipertensión se observo: 4-15 años 58( 25.6%) mala calidad, 53( 23.3%) buena calidad. De 16-36 años de evolución 86( 37.9%) con mala calidad, 30( 13.2%) buena calidad. (Ver anexo cuadro 21)

En cuanto a las edades en que se presentó la IRC: 44-61 años, 66( 29.1%) mala calidad, 46( 20.3%) con buena calidad. De 62- 89 años 78( 34.4%) con mala calidad, 37( 16.3%) con buena calidad (Ver anexo cuadro 22)

Se encontró en relación al IMC: Normal 28( 12.3%) mala calidad , 24( 10.6%) buena calidad. Sobrepeso 72( 31.7%) mala calidad, 42( 18.5%) buena calidad. Obesidad I 37( 16.3%) mala calidad, 14( 6.2%) buena calidad, Obesidad II 7( 3.1%) con buena calidad, 3( 1.3%) mala calidad (Ver anexo cuadro 23)

Se analizo en cuanto a distribución de la Disnea los siguiente: Leve 47( 20.7%) con mala calidad, 23(10.1%) buena calidad , Moderada 67( 29.5%) mala calidad, 37( 16.3%) buena calidad, Severa 30( 13.2%) mala calidad , 23( 10.1%) con buena calidad. (Ver anexo cuadro 24)

Se observo con respecto al grado de Nauseas lo siguiente: Leve 39( 17.2%) mala calidad, 19( 8.4%) buena calidad. Moderada 67( 29.5%) mala calidad, 36( 15.9%) buena calidad. Severo 38( 16.7%) mala calidad, 28( 12.3%) buena calidad. (Ver anexo cuadro 25)

Con lo respecta al dolor se encontró lo siguiente: Leve 24( 10.6%) mala calidad, 10( 4.4%) buena calidad. Moderado 38( 16.7%) mala calidad, 28( 12.3%) buena calidad. Severo 82( 36.1%) mala calidad, 45( 19.8%) buena calidad. (Ver anexo cuadro 26)

En cuanto a la sintomatología de astenia/ adinamia se observo: Leve 38( 16.7%) mala calidad 15( 6.6%) buena calidad, Moderada 52( 22.9%) mala calidad, 46( 10.3%) buena calidad, Severo 54( 23.8%) mala calidad, 22( 9.7%) buena calidad(Ver anexo cuadro 27)

Se observo en cuanto a la religión: Con religión 108( 47.6%) Mala calidad, 68( 30%) buena calidad, Sin religión 36( 15.9%) mala calidad, 15( 6.6%) buena calidad. (Ver anexo cuadro 28)



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

### Calidad de vida

Con respecto a la escolaridad se observó: Saben leer y escribir 43( 18.9%) mala calidad, 29( 12.8%) buena calidad. Primaria 55(24.2%) mala calidad, 36( 15.9%) buena calidad. Secundaria 35(15.4%) mala calidad, 14( 6.2%) buena calidad, Preparatoria 9( 4%) mala calidad., 1( 0.4%) buena calidad. Licenciatura 2( 0.9%) mala calidad, 3( 1.3%) buena calidad. (Ver anexo cuadro 29)

Se analizó con respecto al apego al tratamiento: Con apego 85( 37.4%) mala calidad, 66( 29.1%) buena calidad. Sin apego al tratamiento 59( 26%) mala calidad, 17( 7.5%) buena calidad. (Ver anexo cuadro 30)

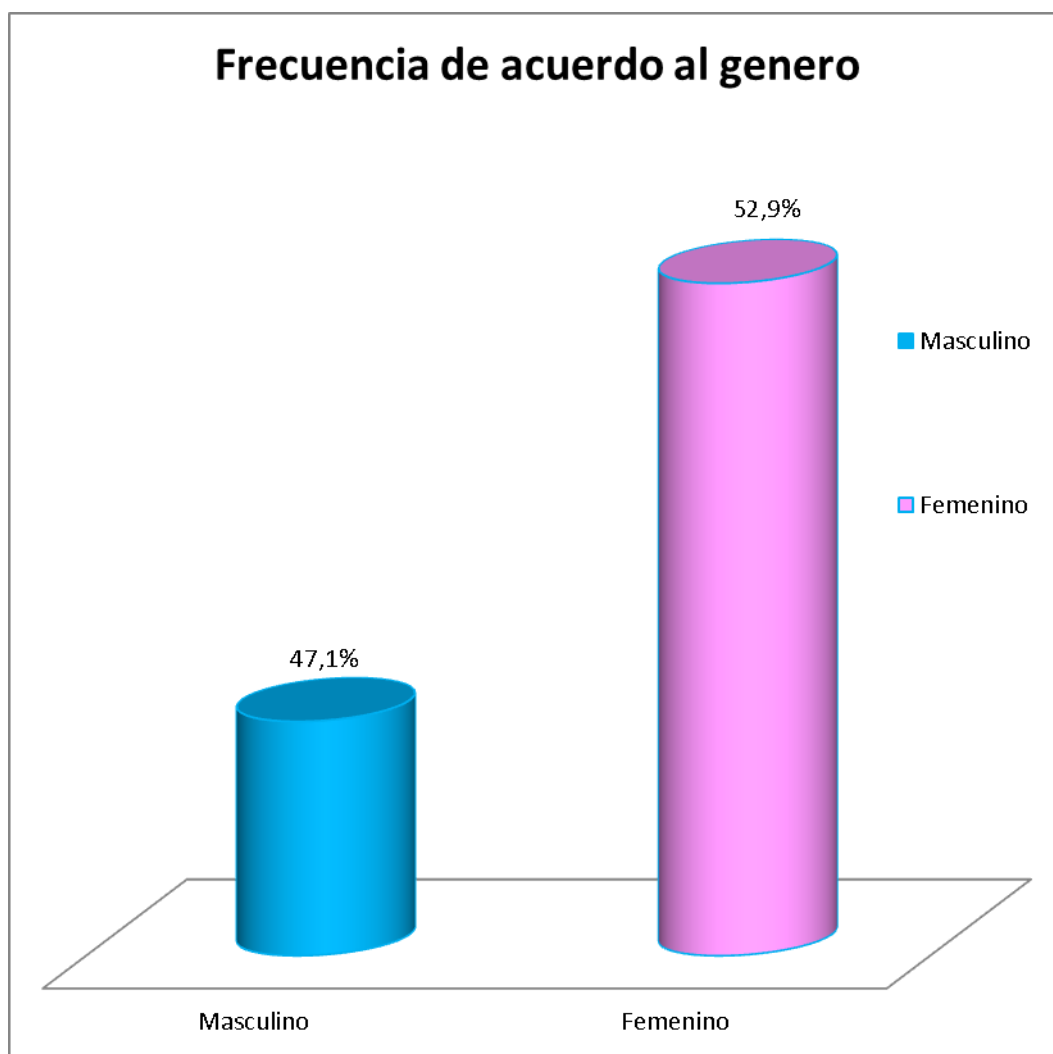
Se observó en tanto a la ocupación de paciente: Desempleado 59( 26%) con mala calidad, 39( 17.2%) buena calidad, Empleado 43( 18.9%) mala calidad, 29( 12.8%) buena calidad. Ama de casa 42( 18.5%) mala calidad 15( 6.6%) buena calidad. (Ver anexo cuadro 31)

En tanto al estado civil se encontró: Unión libre 11( 4.8%) mala calidad, 4( 1.8%) buena calidad, Casado 59( 26%) mala calidad , 41( 18.1%) buena calidad. Viudo 41( 18,1%) mala calidad, Divorciado 20(8.8%) mala calidad, 15(6.6%) buena calidad, Soltero 13( 5.7%) mala calidad, 9( 4%) buena calidad. (Ver anexo cuadro 32)



### FRECUENCIA DE ACUERDO AL GÉNERO

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	107	47.1%
Femenino	120	52.9%
Total	127	100%

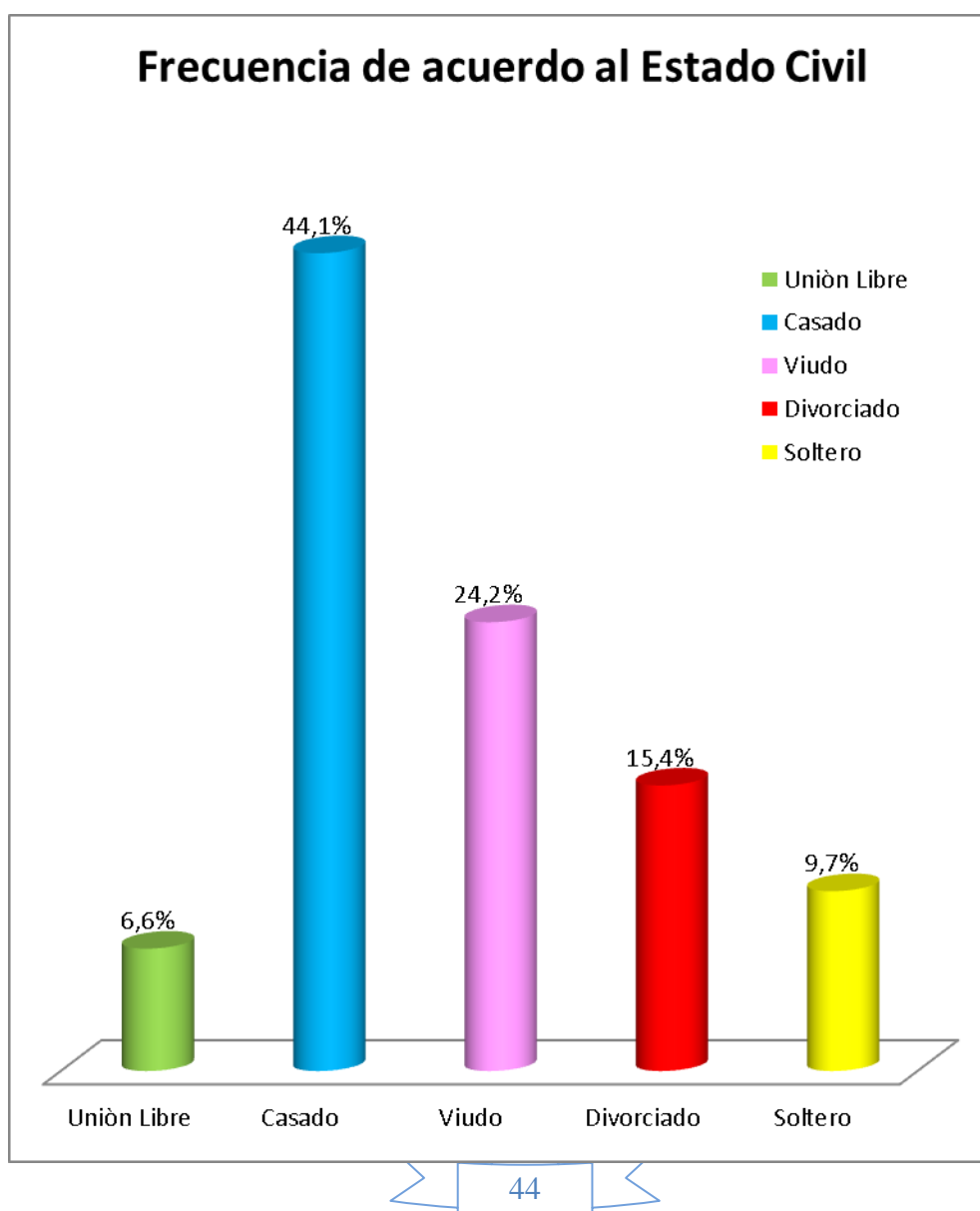


Cuadro. 1 Frecuencia de acuerdo al género



### FRECUENCIA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	22	9.7%
Unión Libre	15	6.6%
Casado	100	44.1%
Viudo	55	24.2%
Divorciado	35	15.4%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

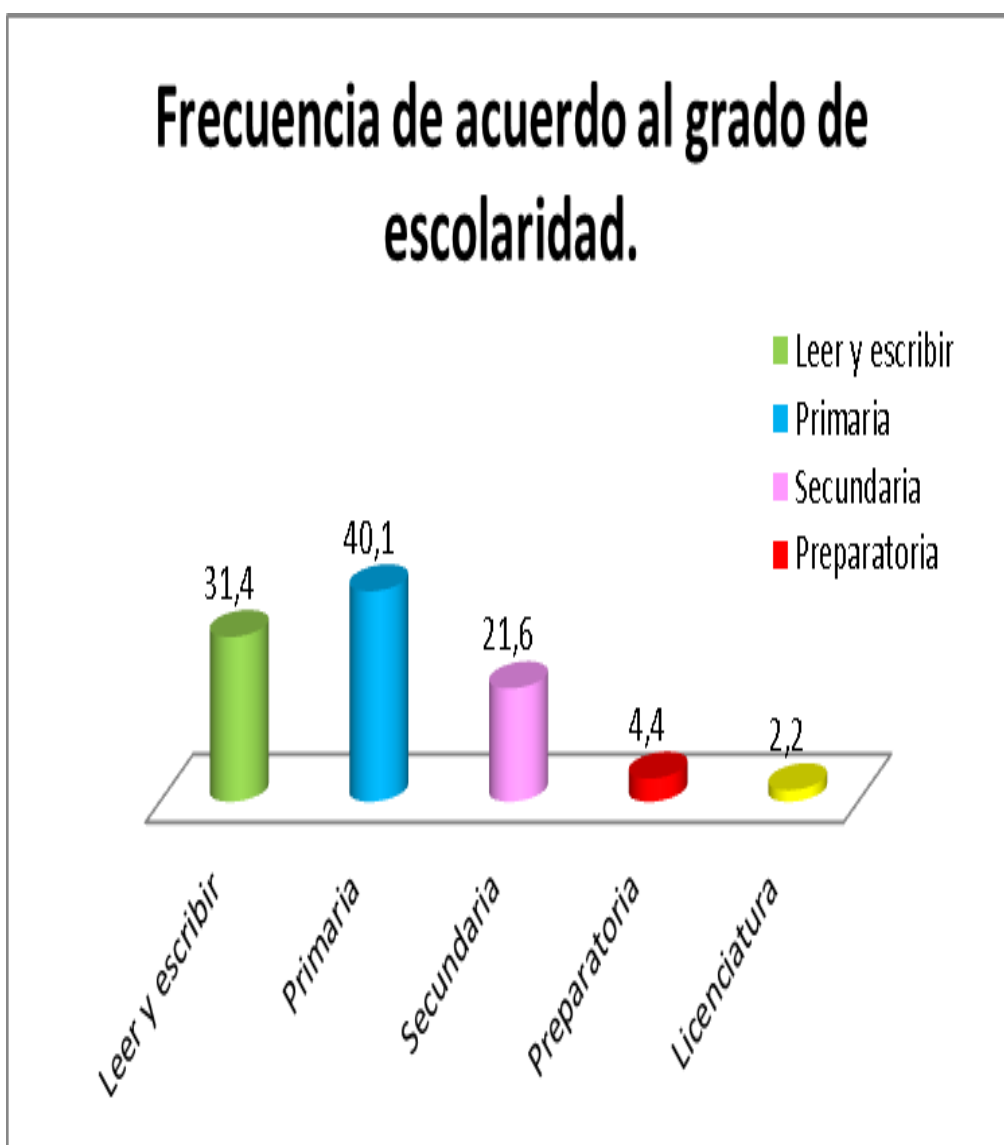




Cuadro. 2 Frecuencia de acuerdo al estado civil

**FRECUENCIA DE ACUERDO AL GRADO DE ESCOLARIDAD**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Leer y escribir	72	31.7%
Primaria	91	40.1%
Secundaria	49	21.6%
Bachillerato	10	4.3%
Licenciatura	5	2.2%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

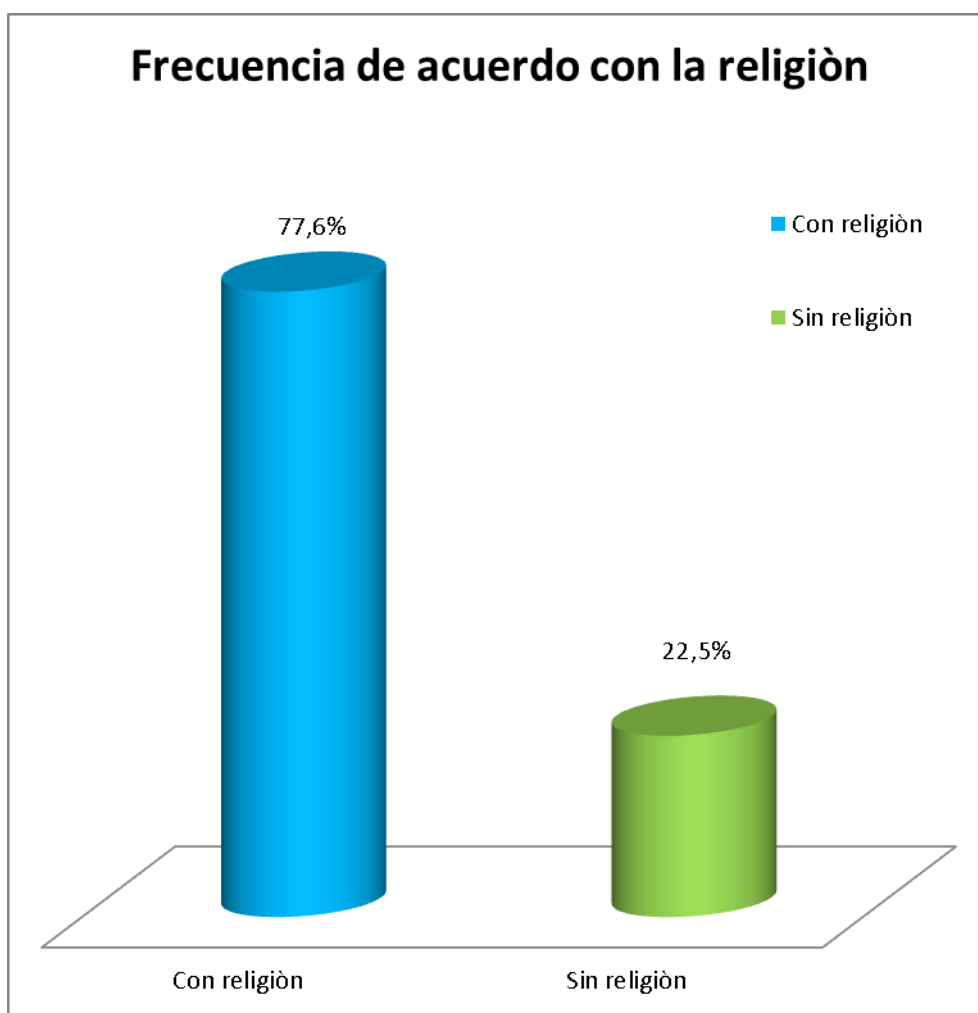


Cuadro 3. Frecuencia de acuerdo al grado de escolaridad



### FRECUENCIA DE ACUERDO A LA RELIGIÓN

RELIGION	Frecuencia	Porcentaje
Con religión	176	77.6%
Sin religión	51	22.5%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

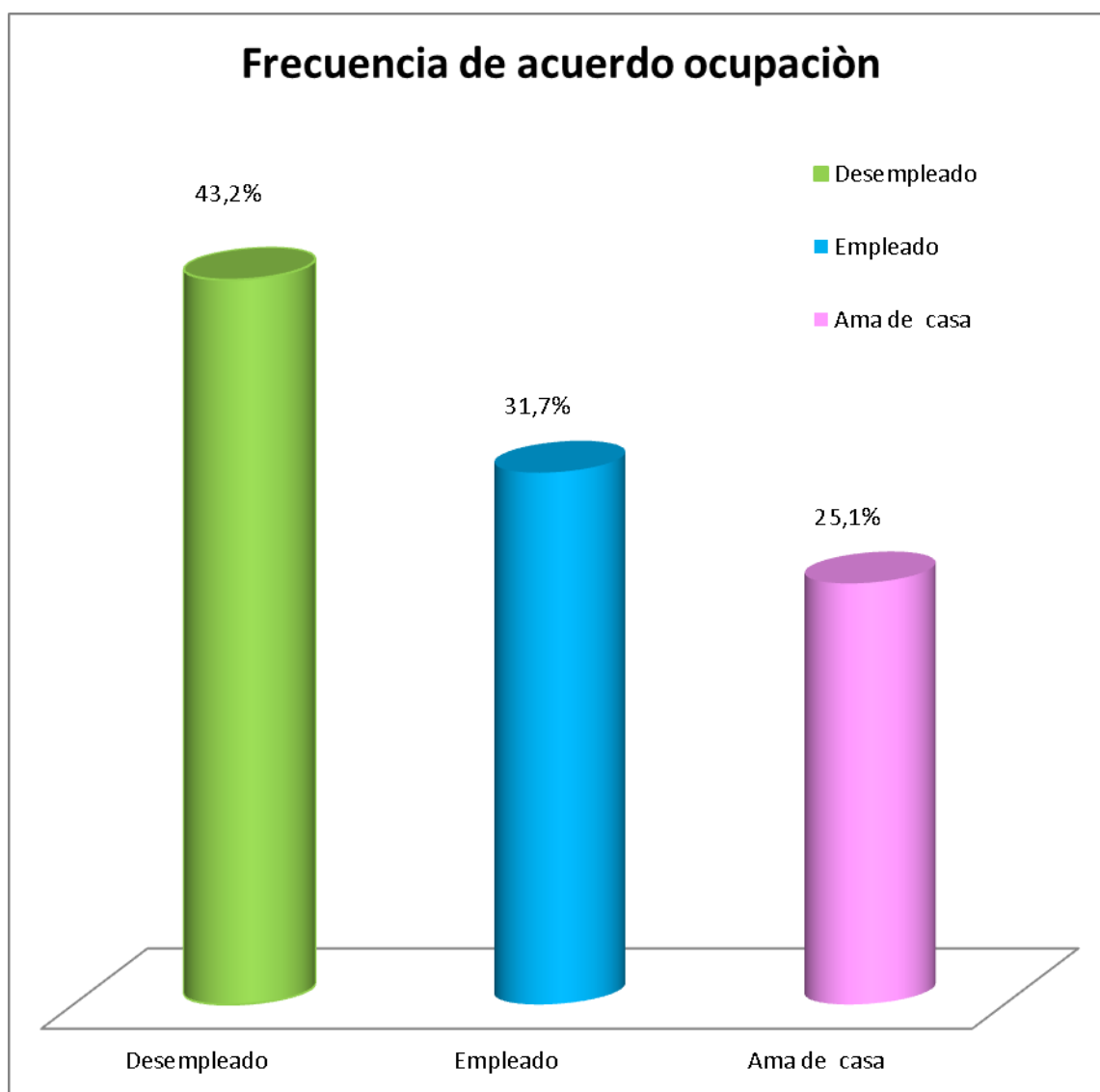


Cuadro 4. Frecuencia de acuerdo a la religión



### FRECUENCIA DE ACUERDO OCUPACION

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	98	43.2%
Empleado	72	31.7%
Ama de casa	57	25.1%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>



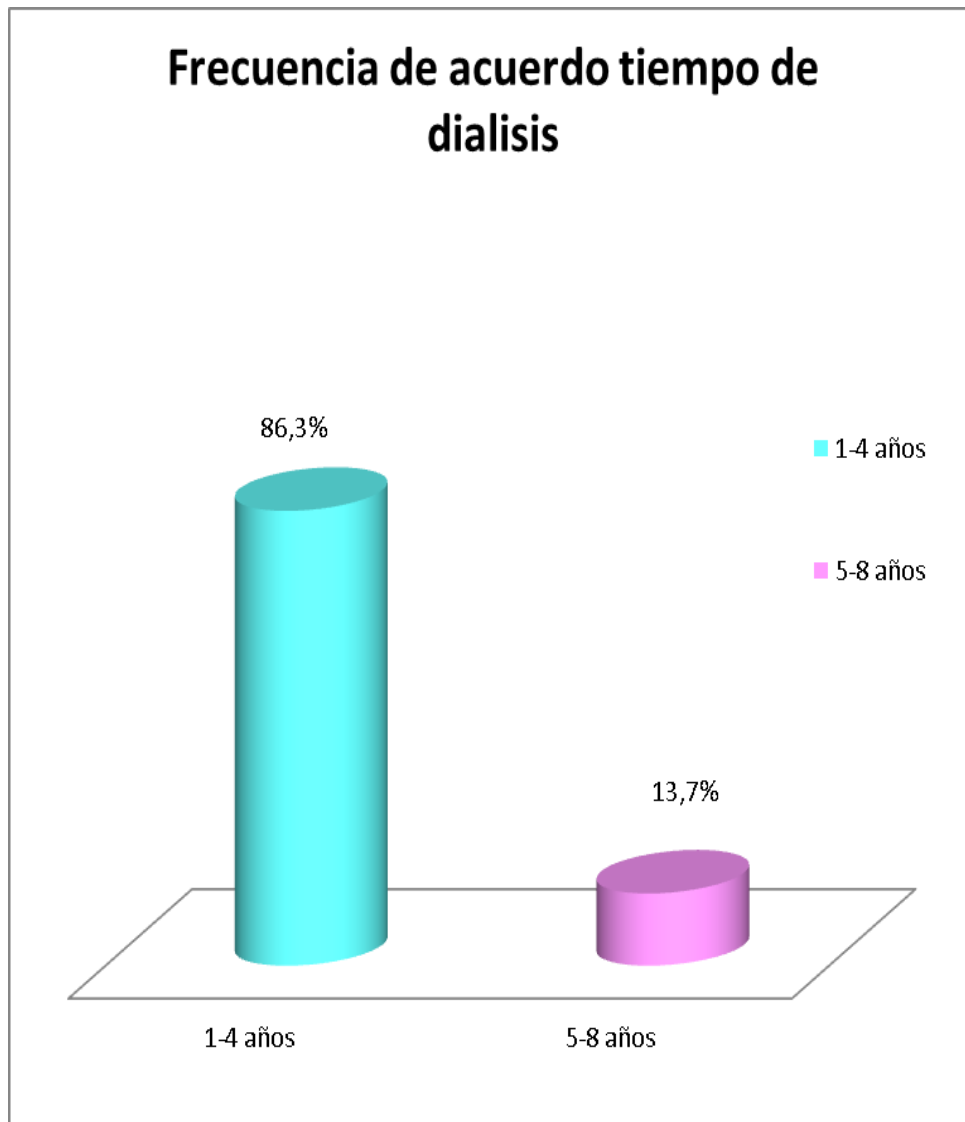
Cuadro 5 . Frecuencia de acuerdo ocupación





### FRECUENCIA DE ACUERDO AL TIEMPO TRATAMIENTO DIALISIS

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
1-4 años	196	86.3%
5-8 años	31	13.7%
Total	227	100

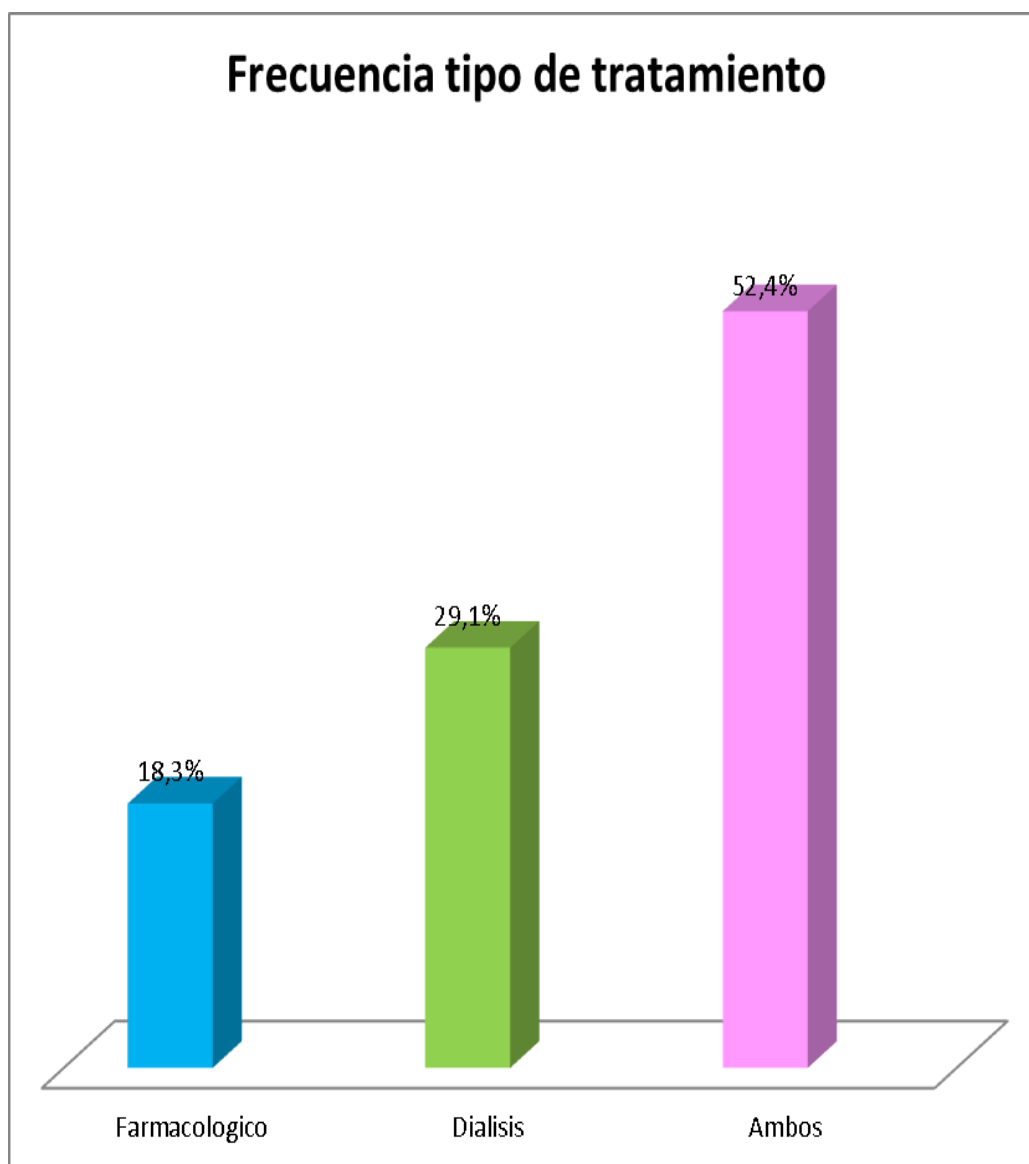


Cuadro. 6 Frecuencia de acuerdo al Tiempo Tratamiento con diálisis



### FRECUENCIA DE ACUERDO AL TIPO DE TRATAMIENTO

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Farmacológico	42	18.5%
Ambos	119	52.4%
Diálisis	66	29.1%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

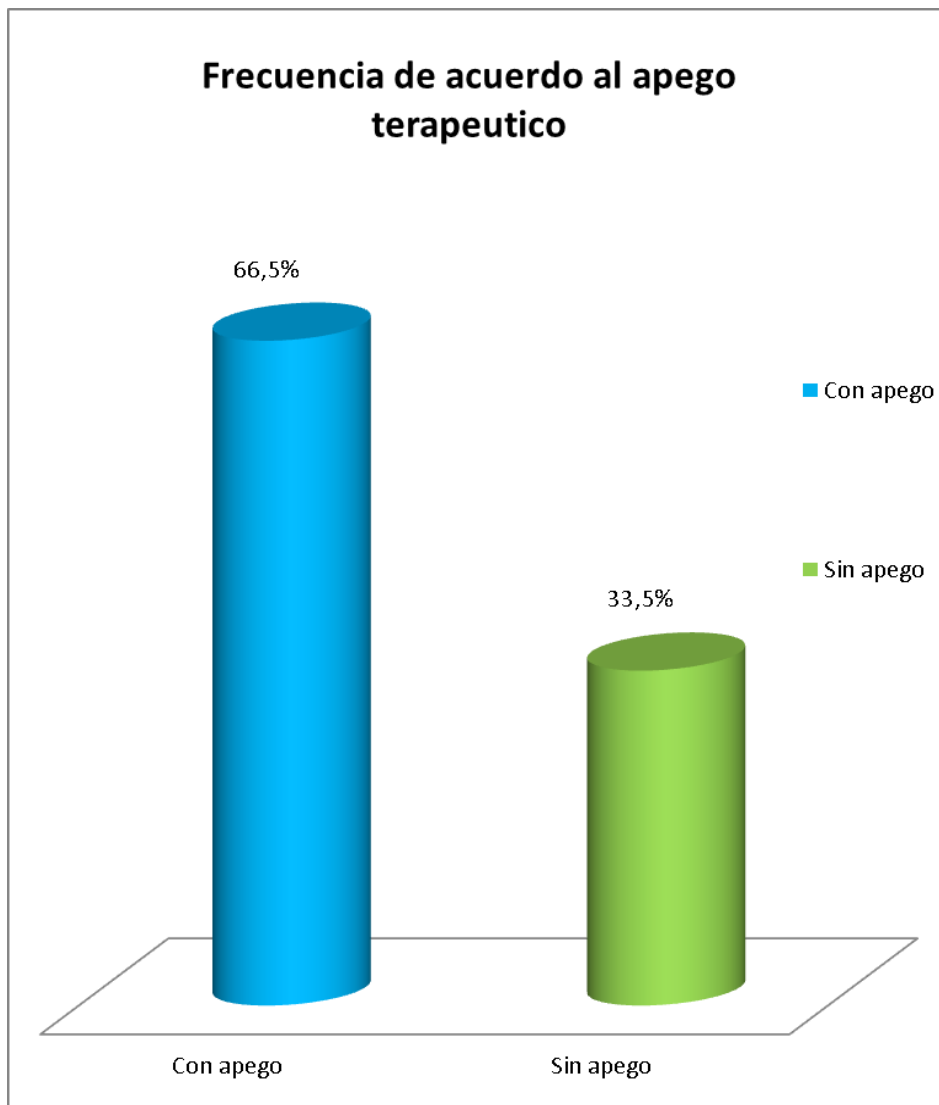




Cuadro. 7 Frecuencia de acuerdo al Tipo de tratamiento.

### FRECUENCIA DE ACUERDO AL APEGO TERAPEUTICO

Apego al tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Con apego	151	66.5%
Sin apego	76	33,5%
Total	227	100

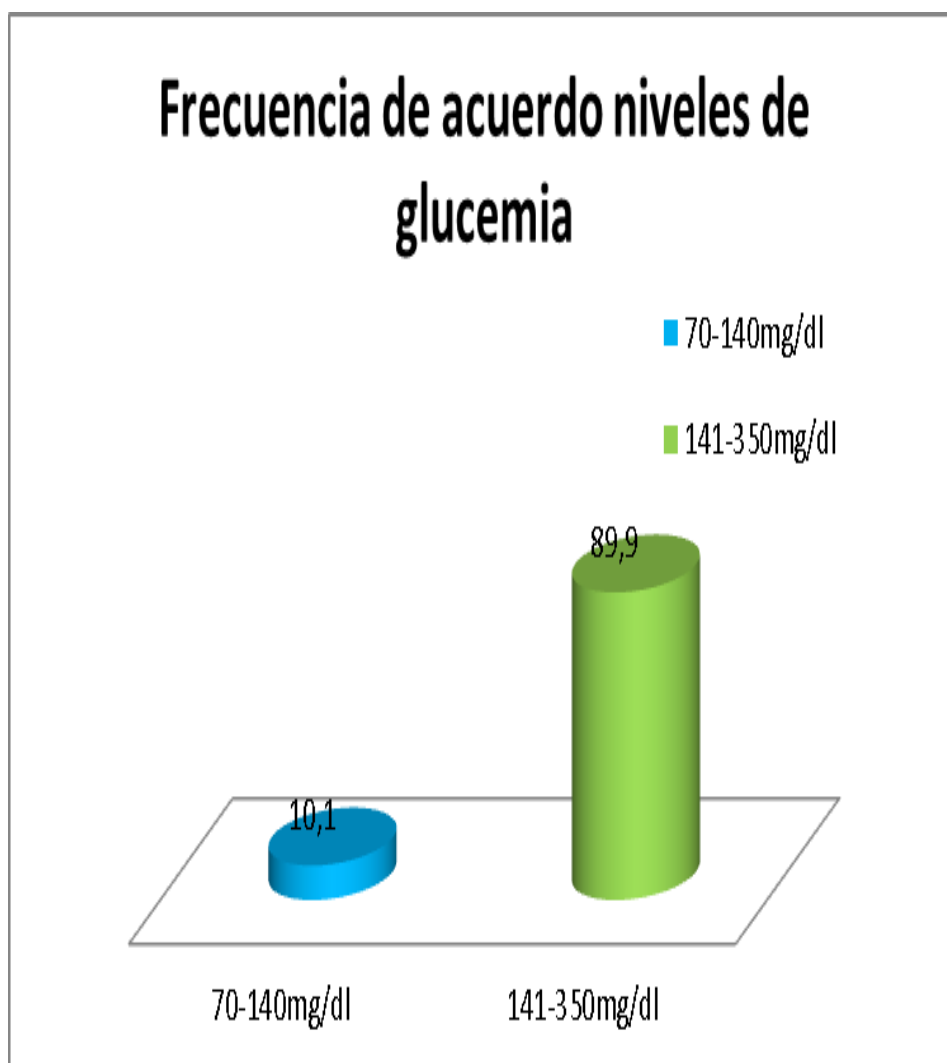


Cuadro 8. Frecuencia de acuerdo al apego terapéutico



### FRECUENCIA DE ACUERDO A LOS NIVELES DE GLUCEMIA

Nivel glucémico	Frecuencia	Porcentaje
70-140mg/dl	23	10.1%
141-350mg/dl	204	89.9%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

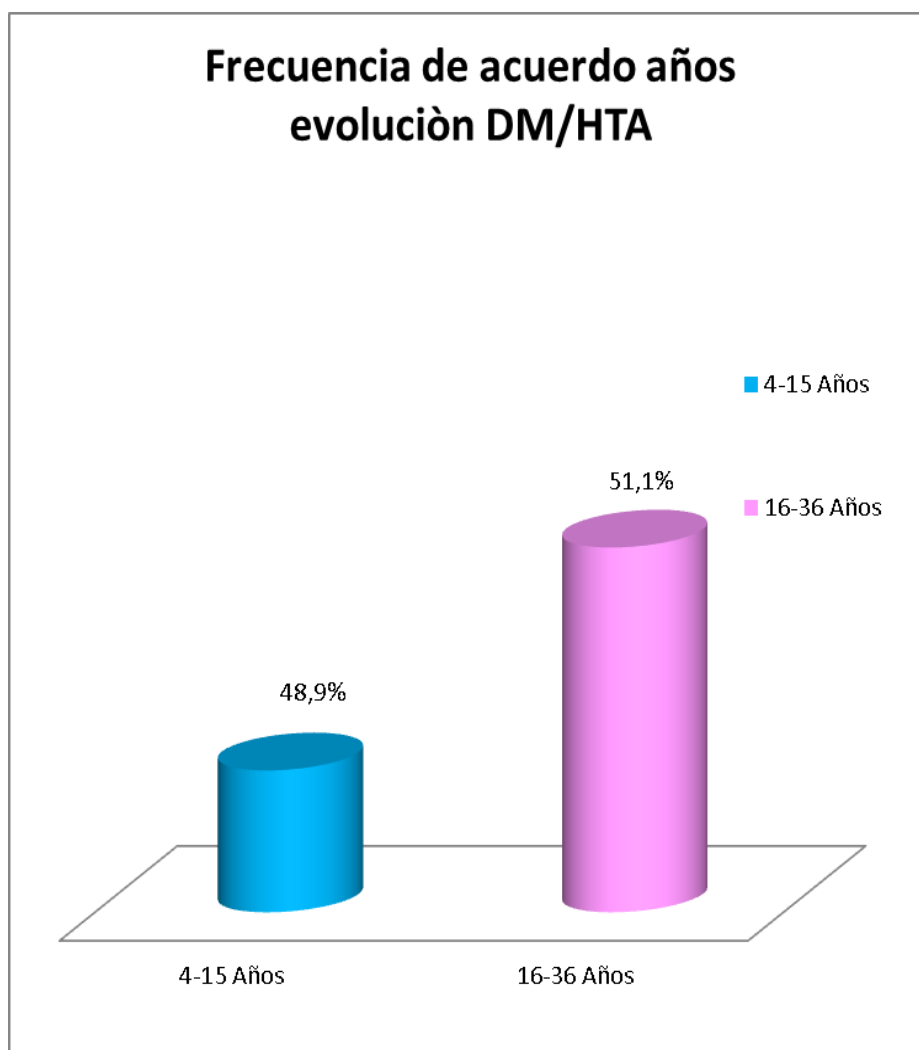


Cuadro. 9 Frecuencia de acuerdo a los niveles glucémicos



### FRECUENCIA DE ACUERDO A LOS AÑOS DE EVOLUCIÓN DM/HTA

Años de Evolución	Frecuencia	Porcentaje
4-15 años	111	48.9%
16-36 años	116	51.1%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

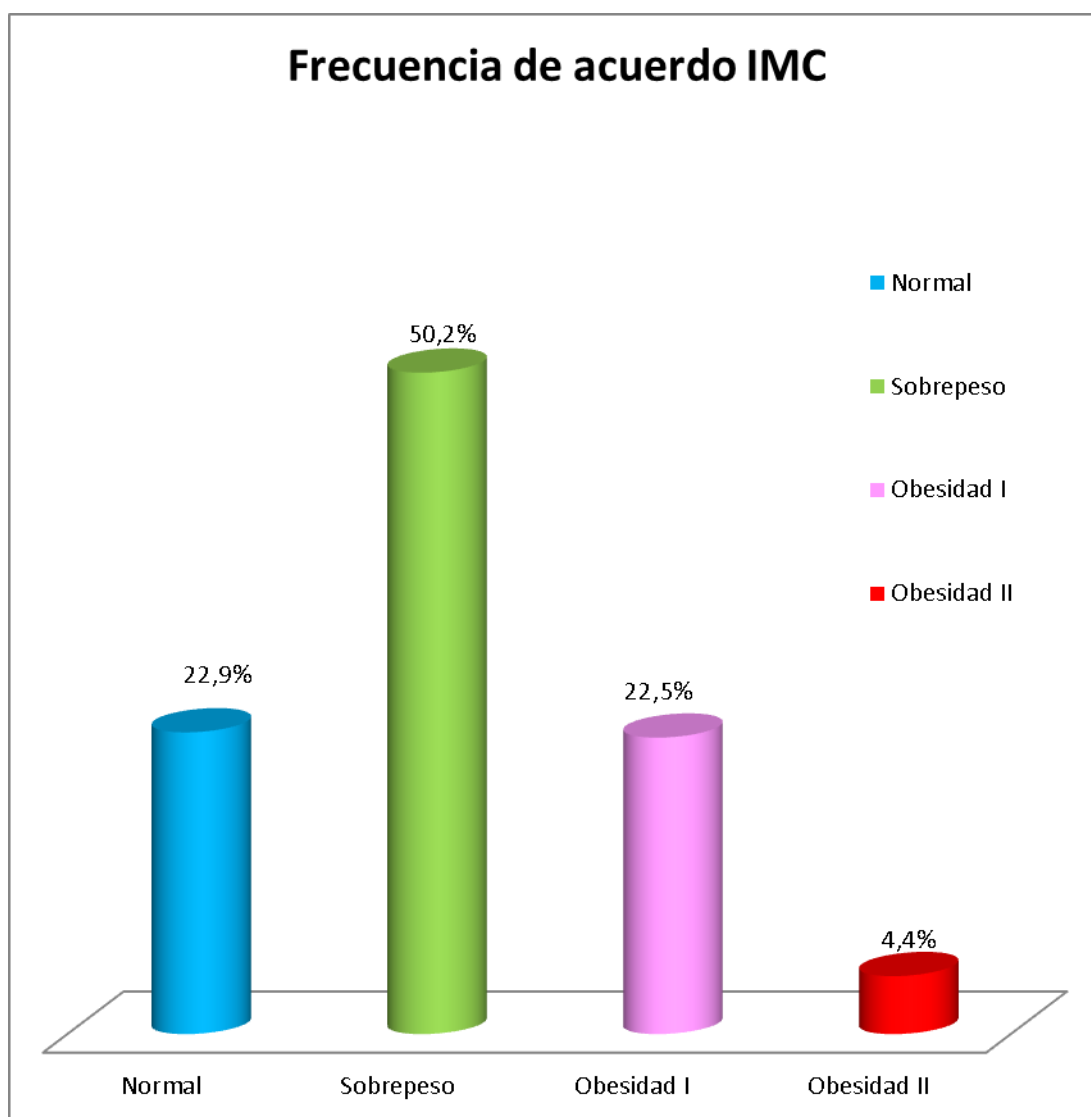


Cuadro 10 .Frecuencia de acuerdo a los años de DM/HTA



**FRECUENCIA DE ACUERDO AL INDICE DE MASA CORPORAL .**

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Normal	52	22.9%
Sobrepeso	114	50.2%
Obesidad I	21	22.5%
Obesidad II	10	4.4%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

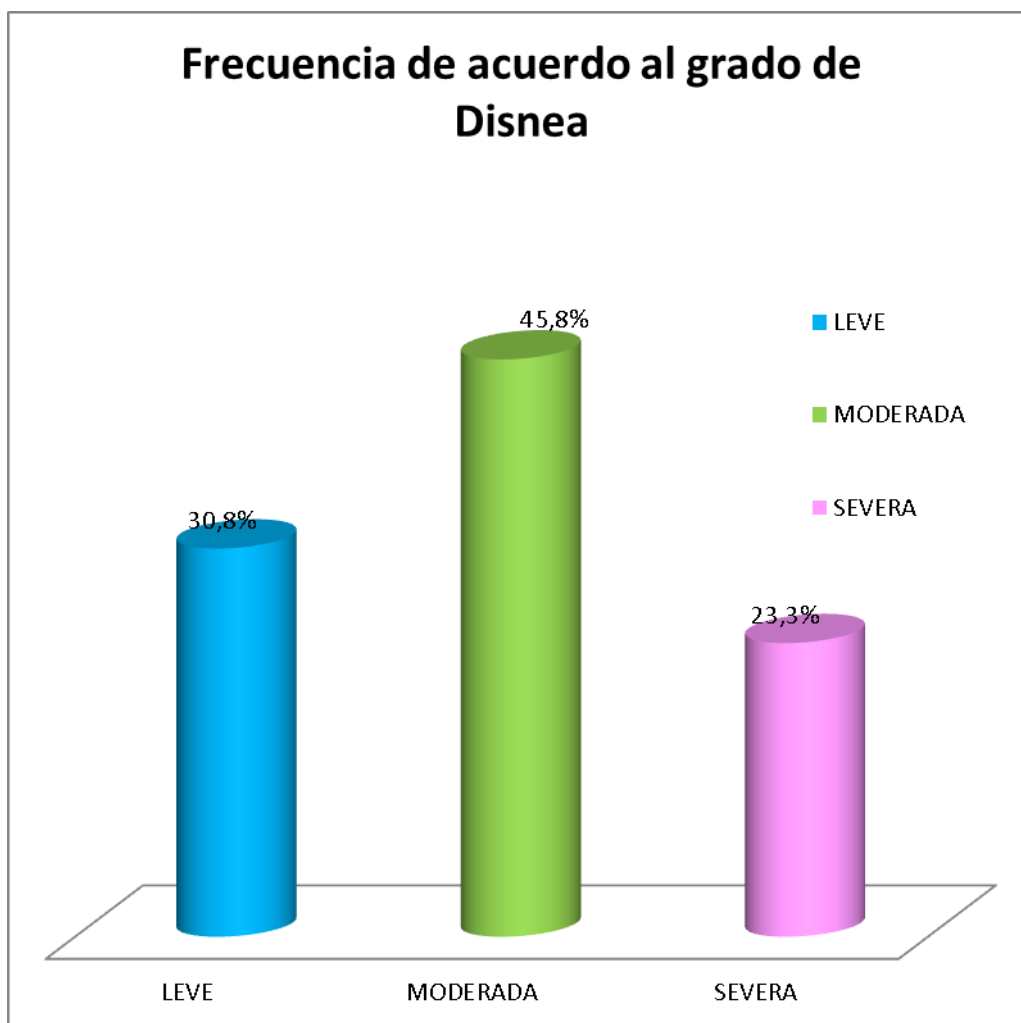


Cuadro 11. Frecuencia de acuerdo al Índice de Masa Corporal



**FRECUENCIA DE ACUERDO AL GRADO DE DISNEA**

Grado de Disnea	Frecuencia	Porcentaje
Leve	70	30,8%
Moderado	104	45,8%
Severo	53	23,3%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

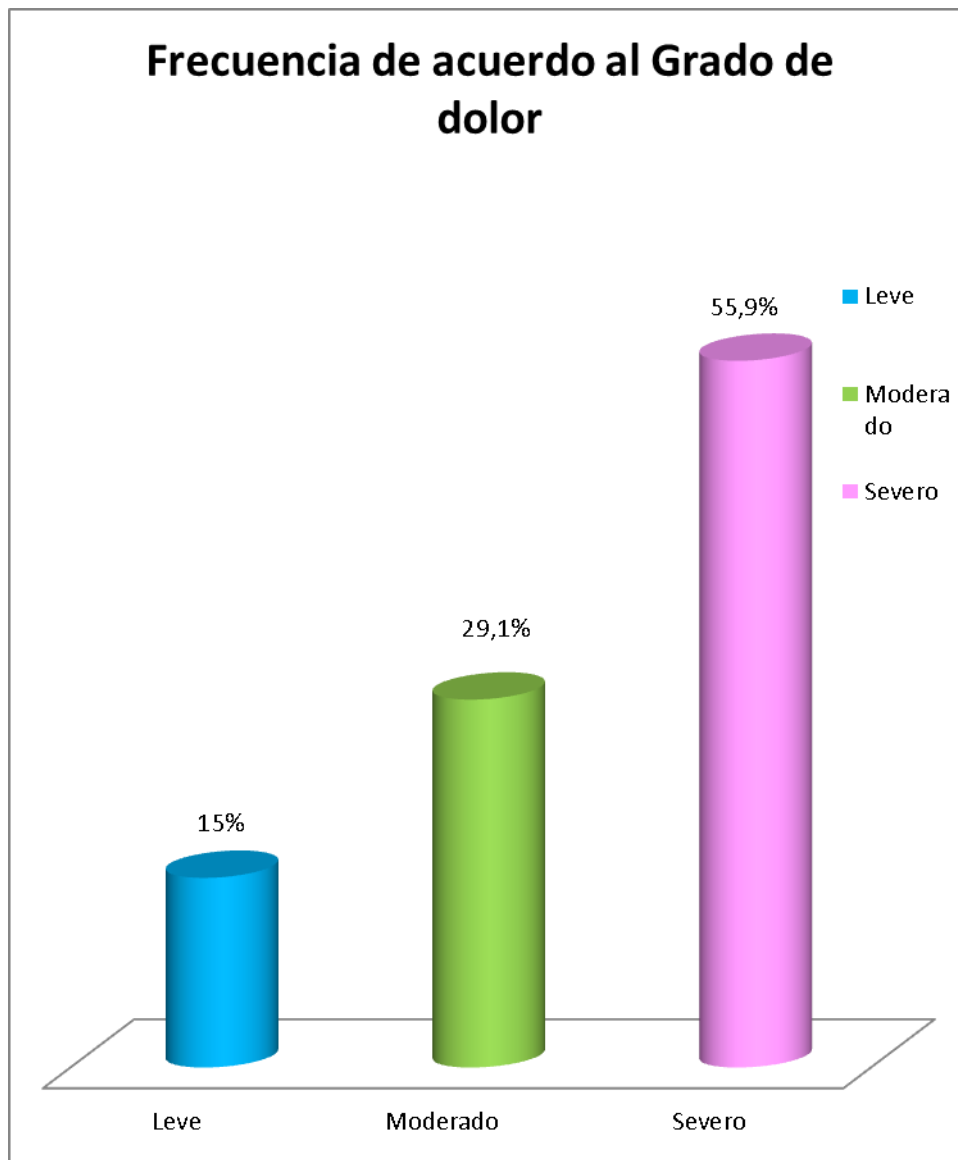


**Cuadro 12. Frecuencia de acuerdo al grado de Disnea**



### FRECUENCIA DE ACUERDO AL GRADO DE DOLOR

GRADO DOLOR	Frecuencia	Porcentaje
Leve	34	15%
Moderado	66	29.1%
Severo	127	55.9%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>



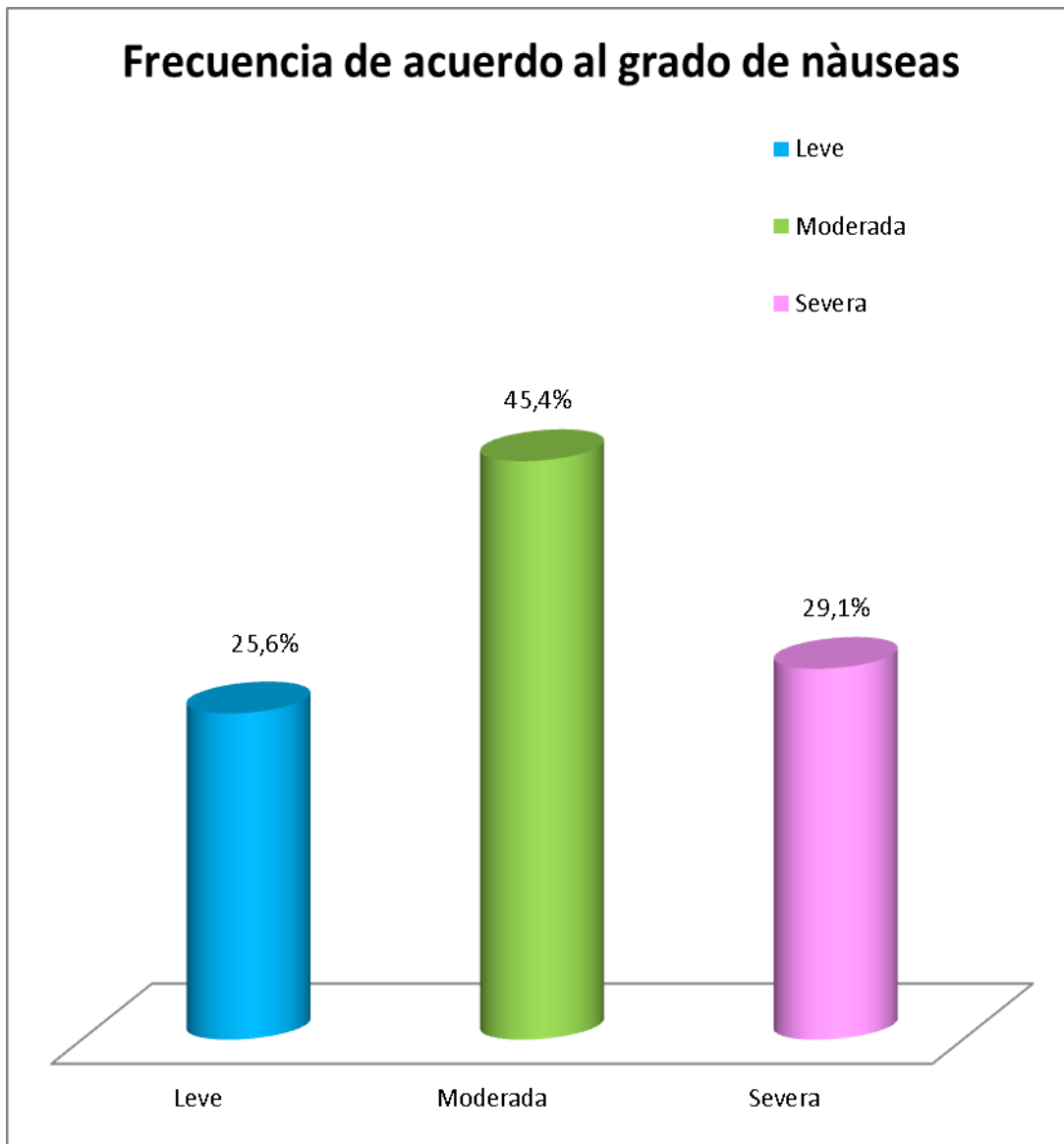
Cuadro 13. Frecuencia de acuerdo al grado de dolor





### FRECUENCIA DE ACUERDO AL GRADO DE NAUSEAS

Grado de Nauseas	Frecuencia	Porcentaje
Leve	58	25.6%
Moderado	103	45.4%
Severo	66	29.1%
Total	227	100

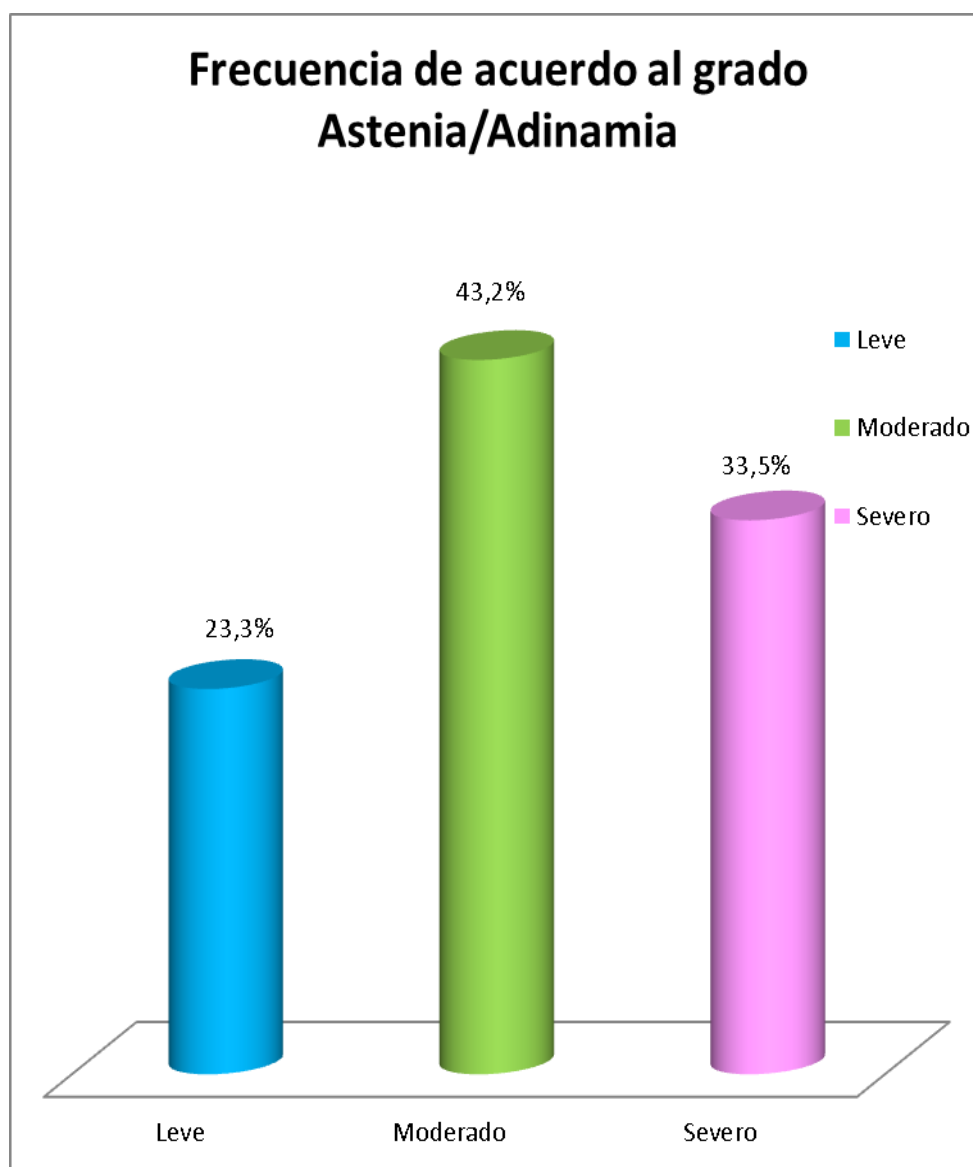


Cuadro 14. Frecuencia de acuerdo al Nauseas



### FRECUENCIA DE ACUERDO ASTENIA/ ADINAMIA

Grado de astenia/ Adinamia	Frecuencia	Porcentaje
Leve	53	23.3%
Moderado	98	43.2%
Severo	76	33.5%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

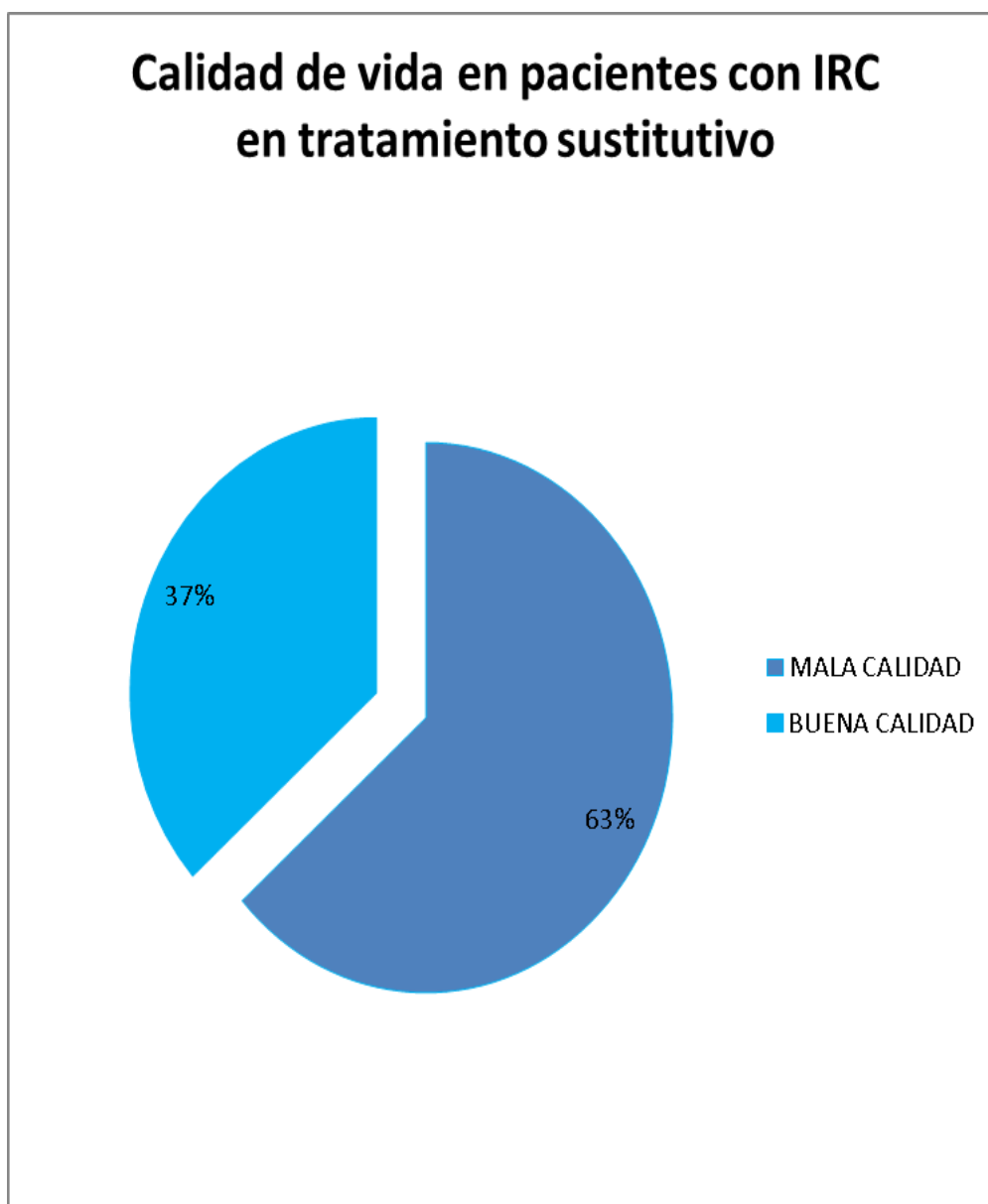


Cuadro 15. Frecuencia de acuerdo al grado astenia/ adinamia



### FRECUENCIA DE CALIDAD DE VIDA

CALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena Calidad	83	36.6%
Mala Calidad	144	63.4%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

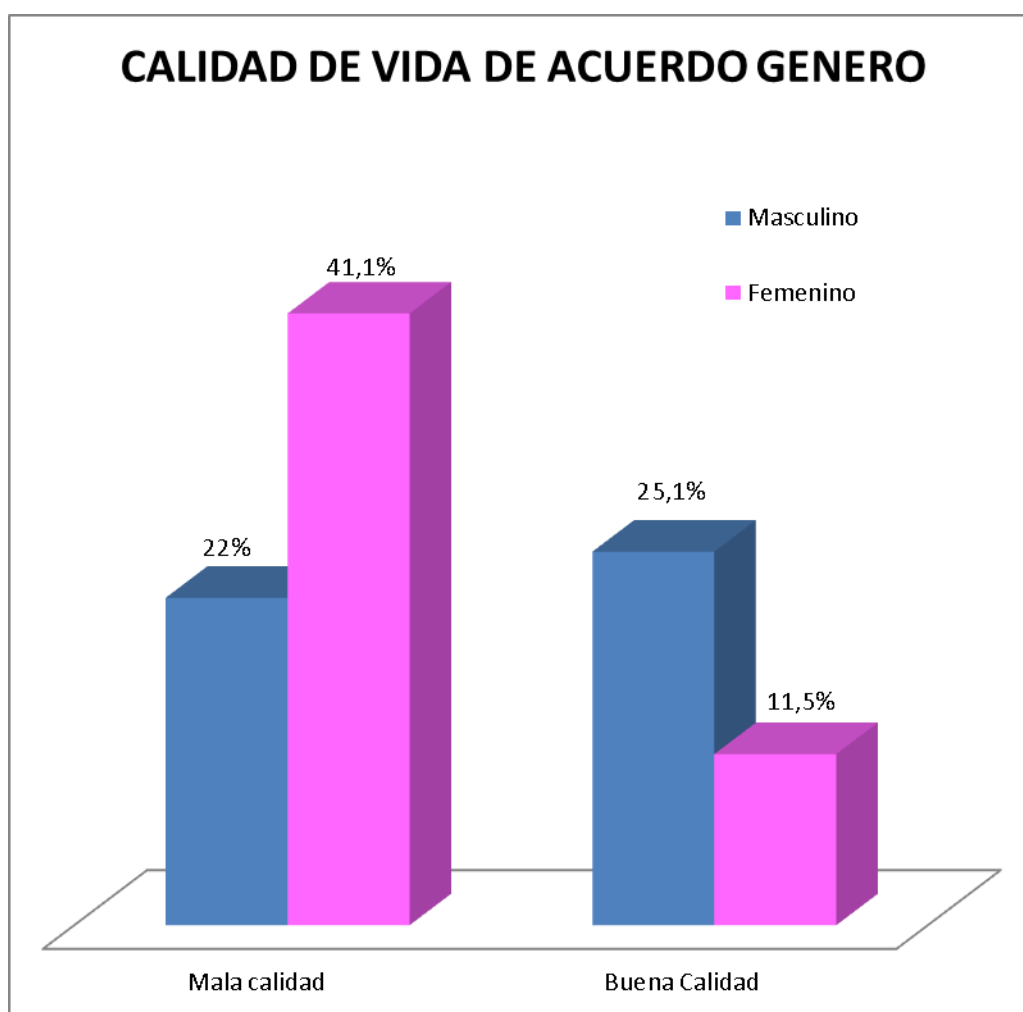


**Cuadro 16. Frecuencia de calidad de vida en pacientes IRC en tratamiento sustitutivo.**



**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO SEXO.**

Género	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Femenino	94	41.4	26	11.5	120	52.9
Masculino	50	22	57	25.1	107	47.1
Total	148	63.4	83	36.6	227	100

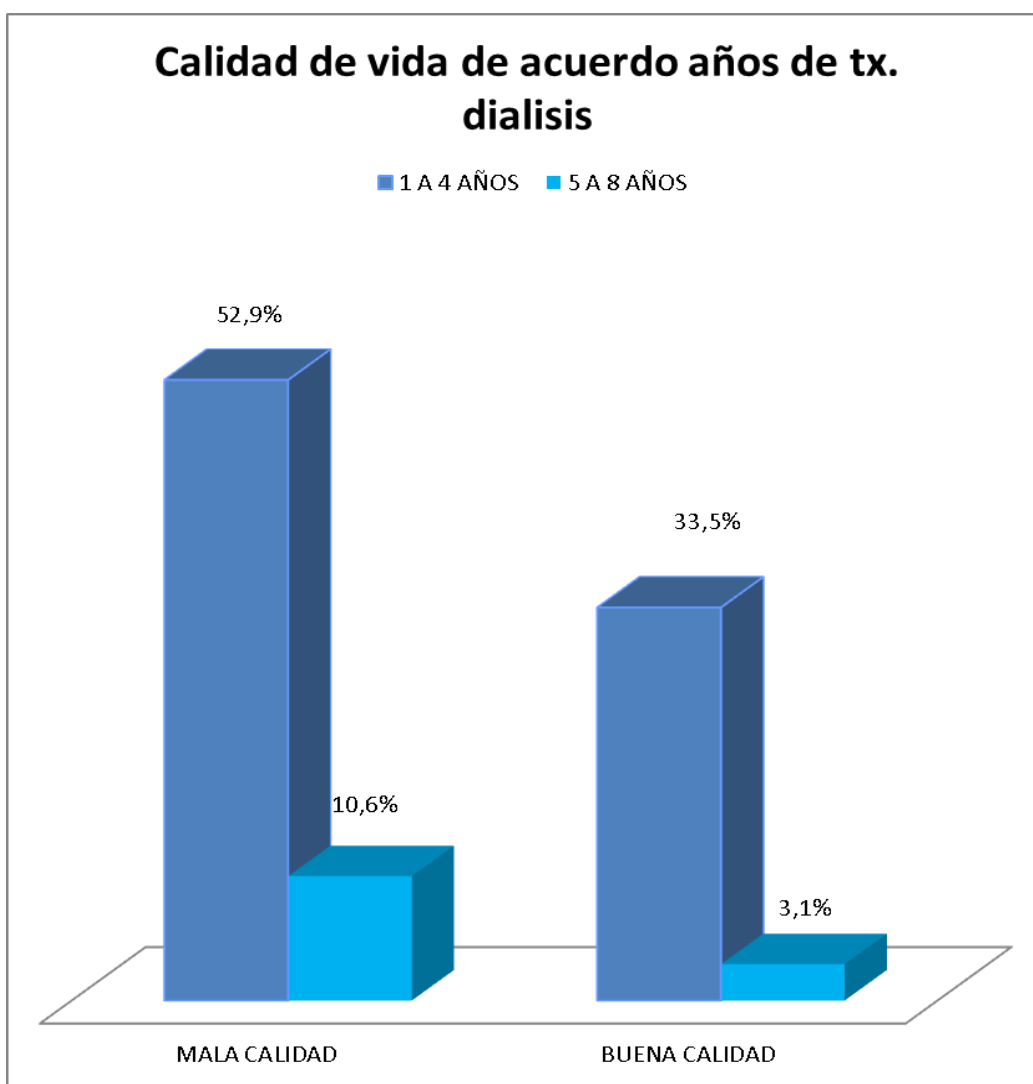


**Cuadro 17. Calidad de vida de acuerdo genero**



**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO AÑOS DE DIALISIS.**

Años	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
1-4 años	120	52.9	76	33.5	196	86.3
5-8 años	29	10.6	7	3.1	31	13.7
Total	149	63.5	83	38.6	227	100



**Cuadro 18. Calidad de vida de acuerdo a los años con diálisis**

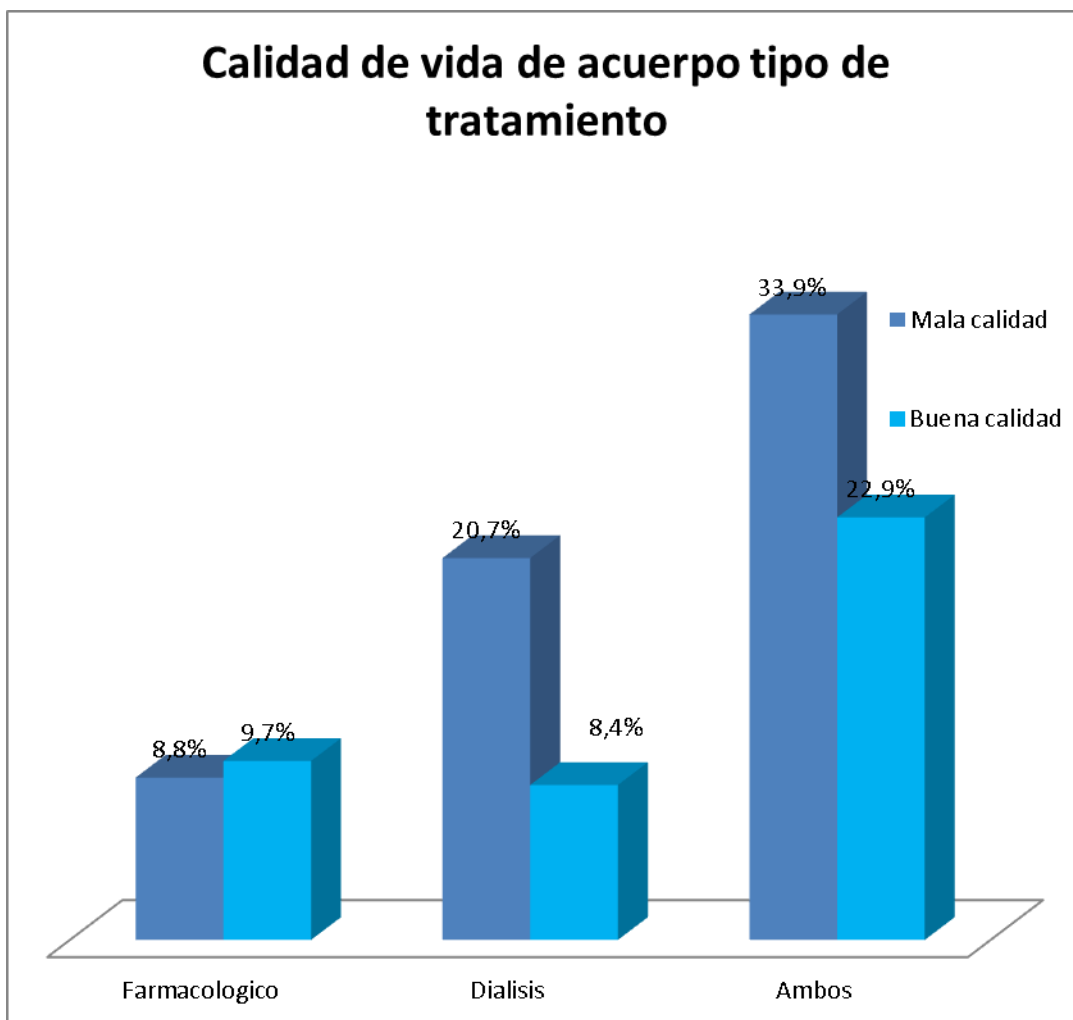


*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

Calidad de vida

**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO TIPO DE TRATAMIENTO**

Tratamiento	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Farmacológico	20	8.8	22	9.7	42	18.5
Diálisis	47	20.7	19	8.4	66	29.1
Ambos	77	33.9	42	22.9	119	52.4
Total	144	63.9	83	41	227	100

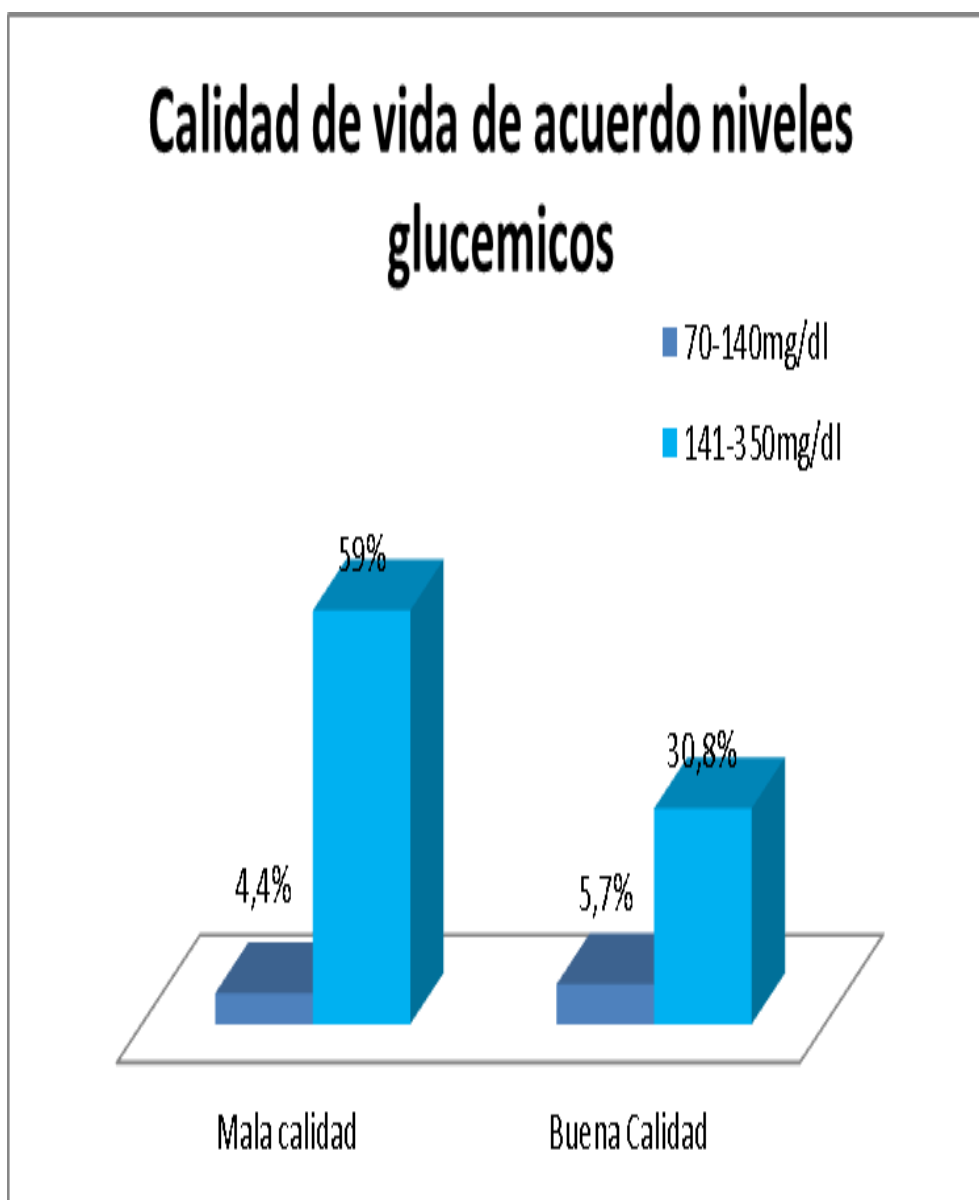


**Cuadro 19. Calidad de vida de acuerdo al tratamiento recibido.**

**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO CONTROL GLUCEMICO**



Niveles Glucemia	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
70-140mg/dl	10	4.4	13	5.7	23	10.1
1041-350mg/dl	134	59.0	70	30.8	204	89.9
Total	144	63.4	83	36.5	227	100

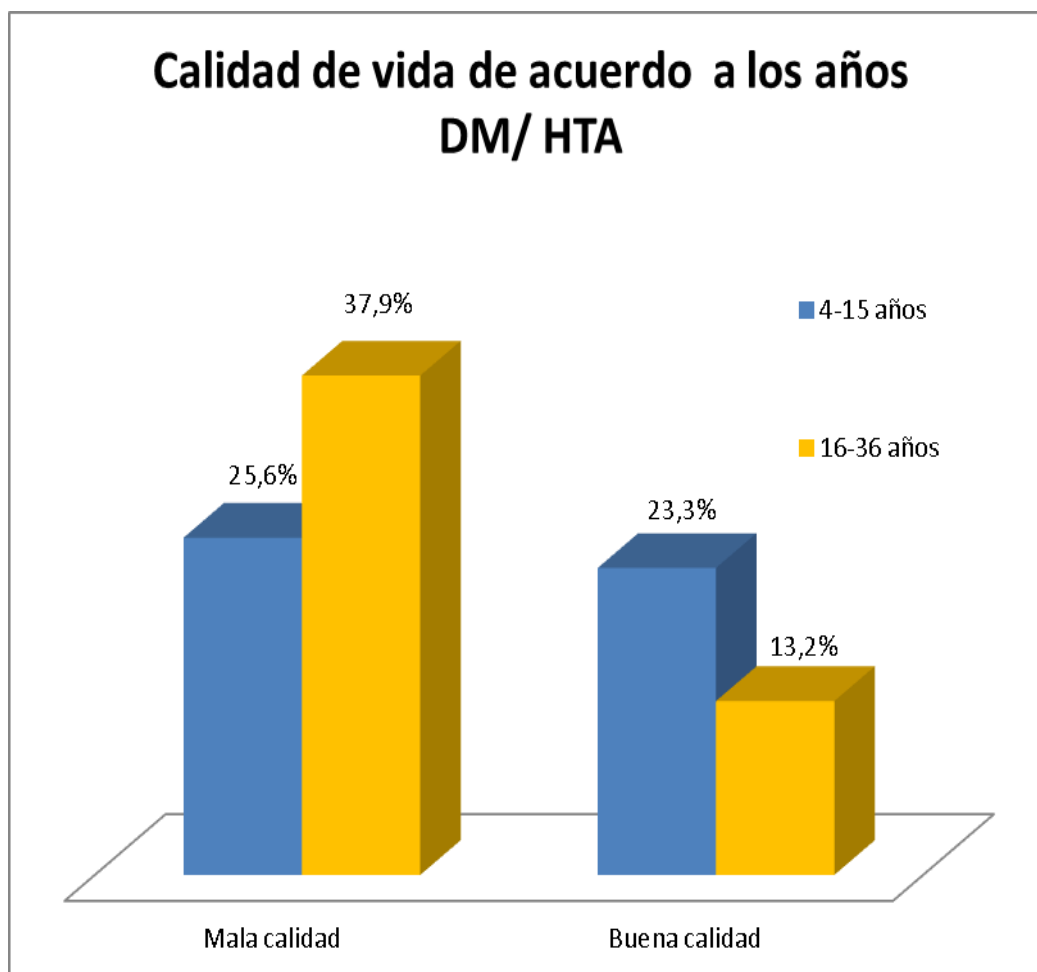


**Cuadro 20. Calidad de vida de acuerdo niveles de glucosa**



**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO AÑOS EVOLUCION**

Años de HTA/ DM	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
4-15 años	58	25.6	53	23.3	111	48.9
16-36 años	86	37.9	30	13.2	116	51.1
Total	144	63.5	83	36.5	227	100



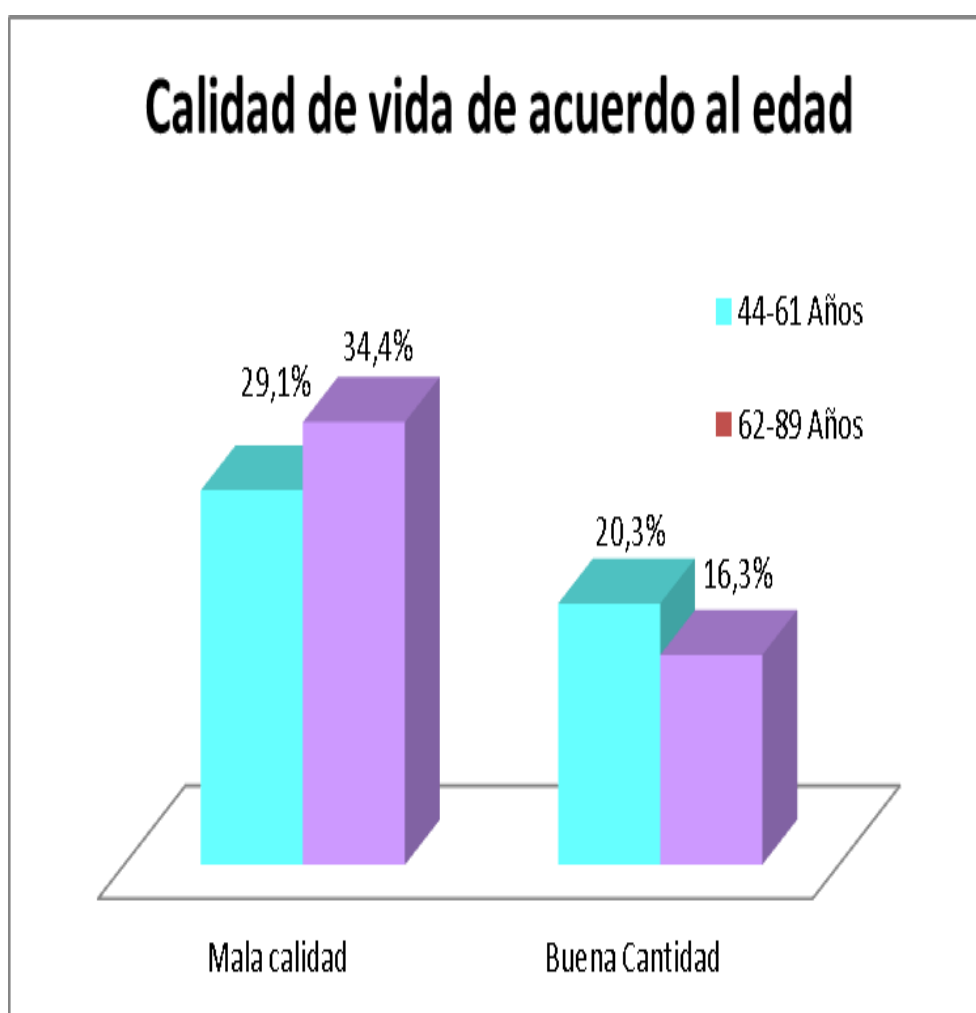
**Cuadro 21. Calidad de vida de acuerdo a los años de Evolución DM/HTA**





**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A LA EDAD**

EDAD	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
44-61 años	66	29	46	20.3	112	49.3
62-89 años	78	34.4	37	16.3	115	50.7
Total	144	63.4	83	36.6	227	100

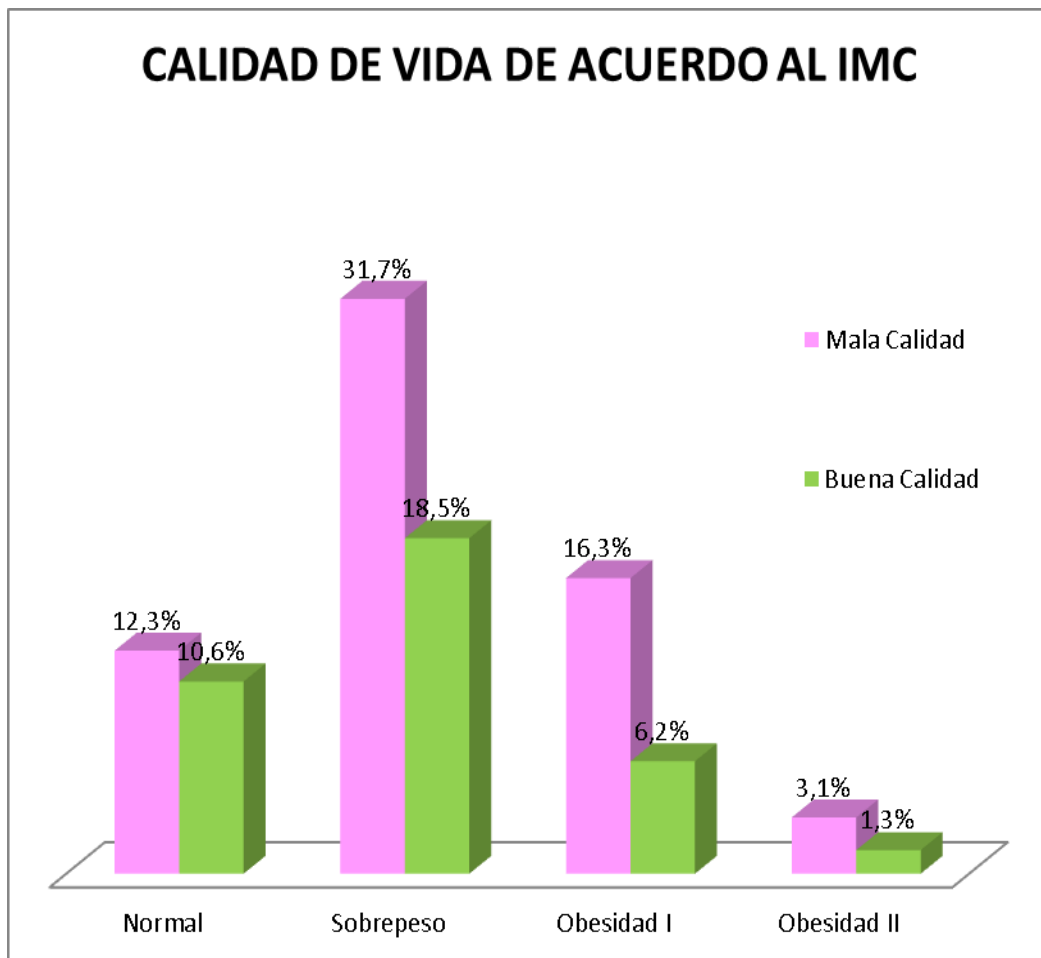


**Cuadro 22. Calidad de vida de acuerdo a las edades de los paciente**



**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO IMC**

IMC	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Normal	28	12.3	24	10.6	52	22.9
Sobrepeso	72	31.7	42	18.5	114	50.2
Obesidad I	37	16.3	14	6.2	21	22.5
Obesidad II	7	3.1	3	1.3	10	4.4
Total	144	63.4	83	36.6	227	100

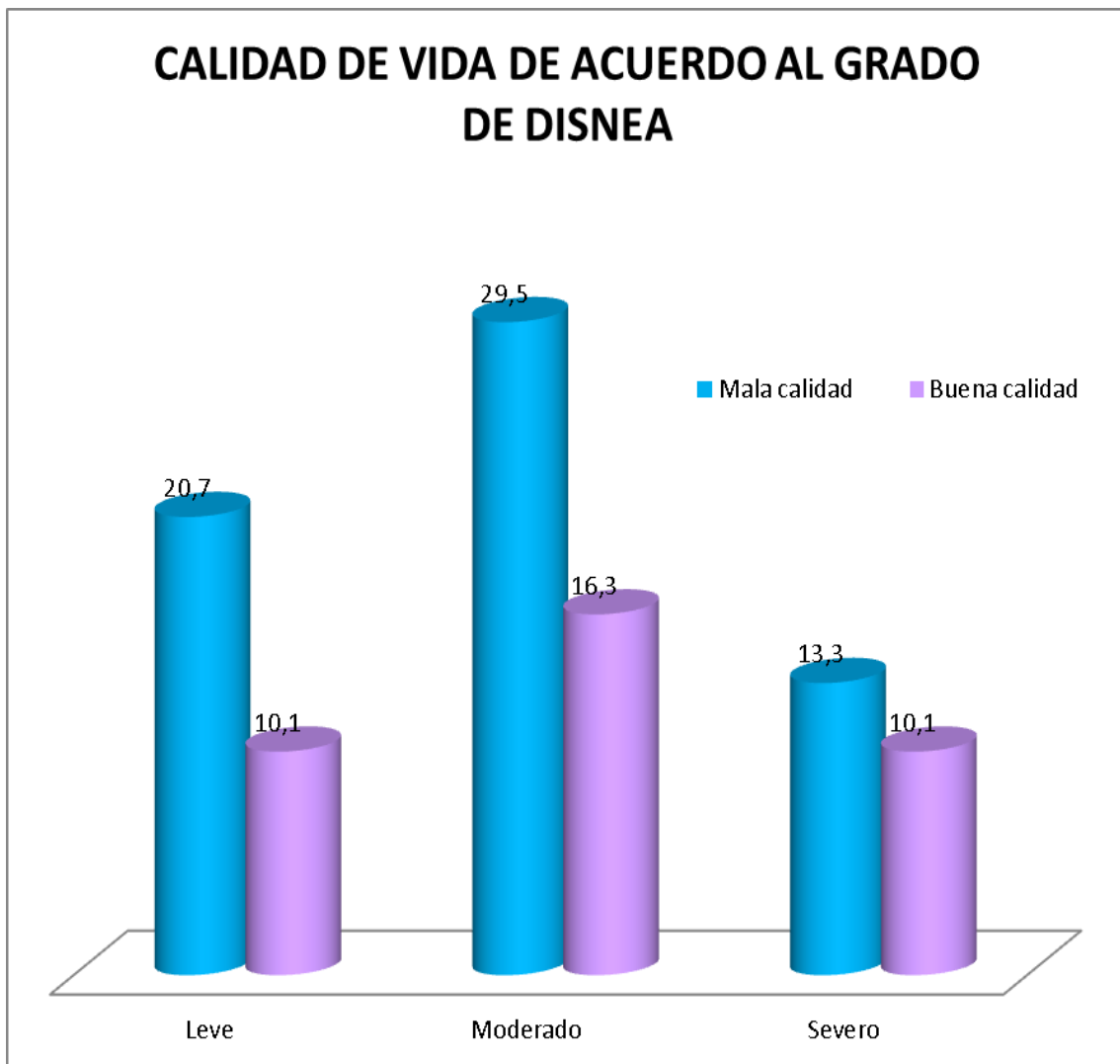


**Cuadro 23. Calidad de vida de Acuerdo IMC**



**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO GRADO DE DISNEA**

GRADO	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Leve	47	20.7	23	10.1	70	30.8
Moderado	67	29.5	37	16.3	104	45.8
Severo	30	13.3	23	10.1	53	23.4
Total	144	63.5	83	36.5	227	100

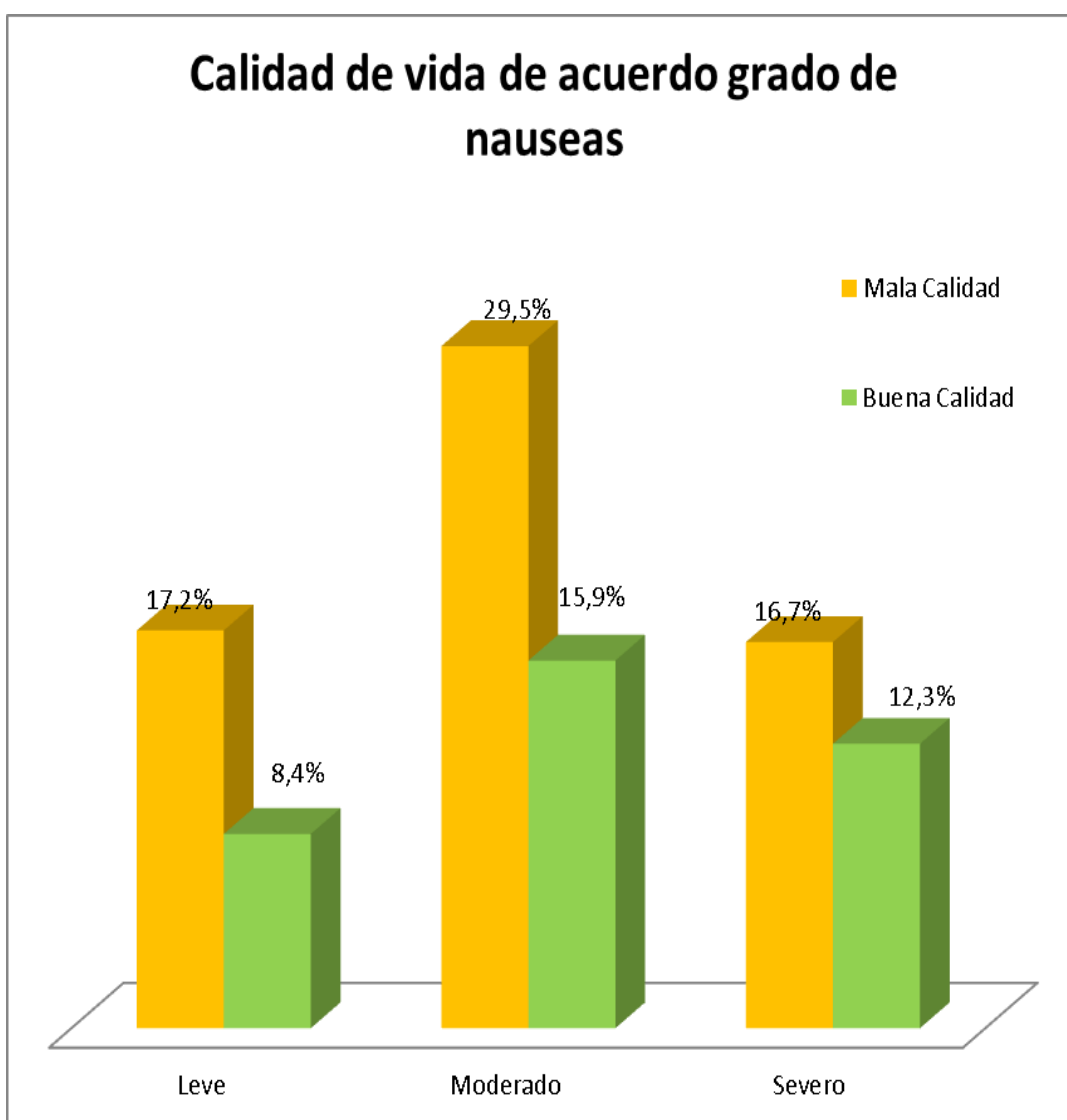


**Cuadro 24. Calidad de vida de acuerdo al grado de disnea**



**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO GRADO NAUSEAS**

GRADO NAUSEAS	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Leve	39	17.2	19	8.4	58	25.6
Moderado	67	29.5	36	15.9	103	45.4
Severo	38	16.7	27	12.3	66	29.0
Total	144	63.4	83	36.6	227	100

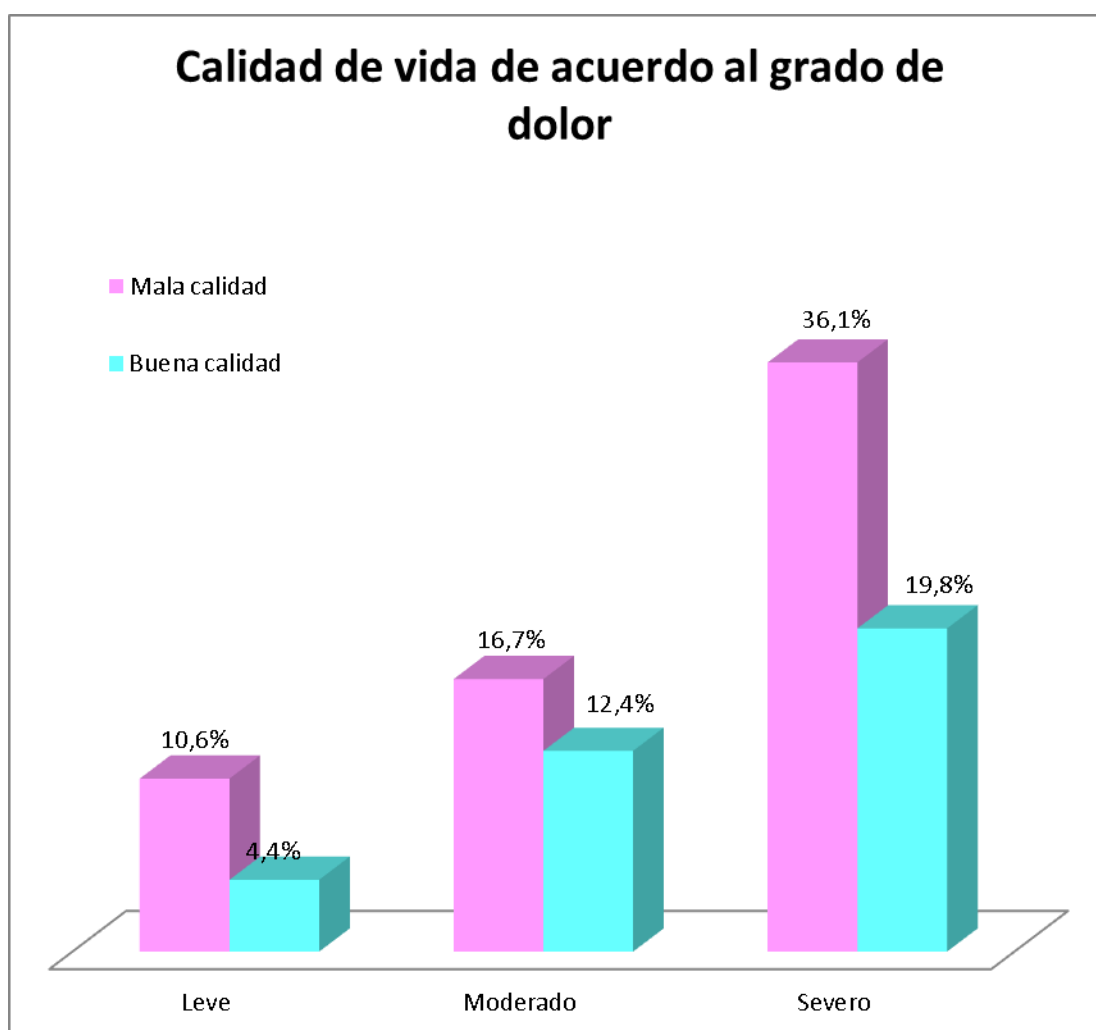


**Cuadro 25. Calidad de vida de acuerdo a las nauseas**



**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO SEVERIDAD DEL DOLOR.**

Género	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Leve	24	10.6	10	4.4	34	15
Moderado	38	16.7	28	12.4	66	29.1
Severo	82	36.1	45	19.8	127	55.9
Total	144	63.4	83	36.5	227	100

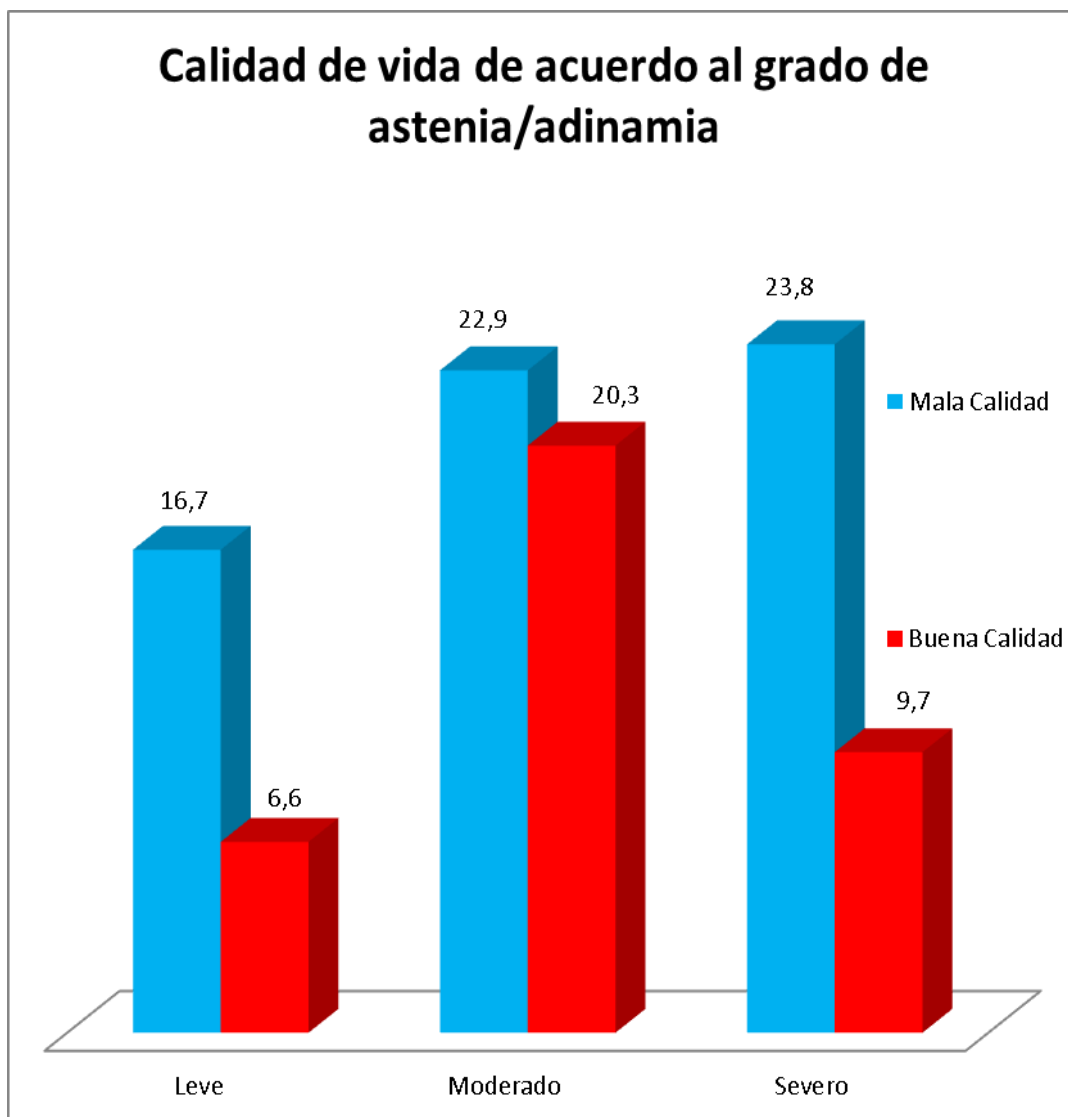


**Cuadro 26. Calidad de vida de acuerdo al grado de dolor**



**CALIDAD DE VIDA DE ASTENIA/ADINAMIA**

Astenia/ Adinamia	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Leve	38	16.7	15	6.6	53	23.3
Moderado	52	22.9	46	20.3	98	43.2
Severo	54	23.8	22	9.7	76	33.5
Total	144	63.4	83	36.6	227	100

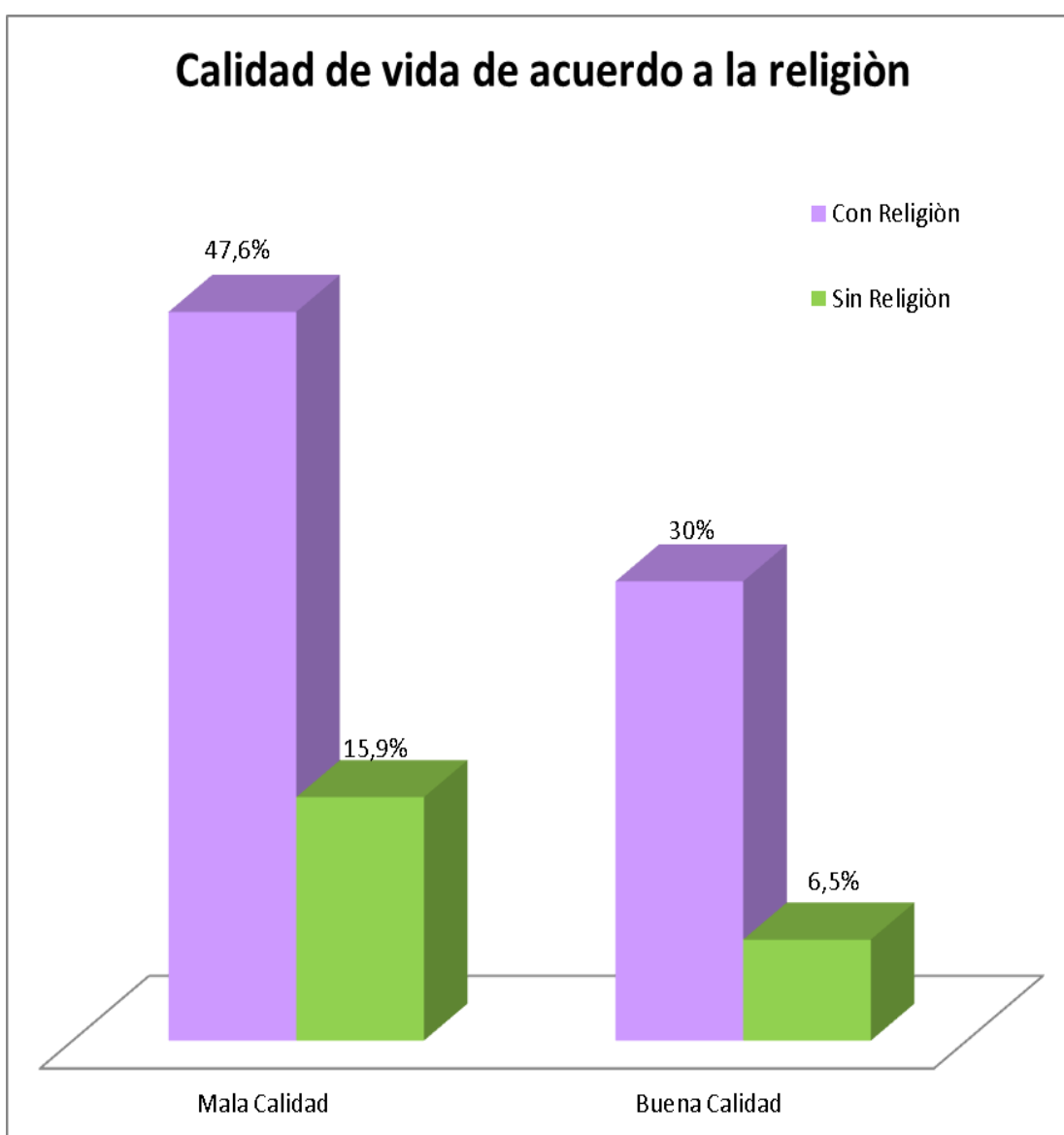


**Cuadro 27 . Calidad de vida de acuerdo al grado de astenia/adinamia**



**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO RELIGION**

RELIGION	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Con Religión	108	47.6	68	30	176	77.6
Sin Religión	36	15.9	15	6.5	51	22.5
Total	144	63.5	83	36.5	227	100

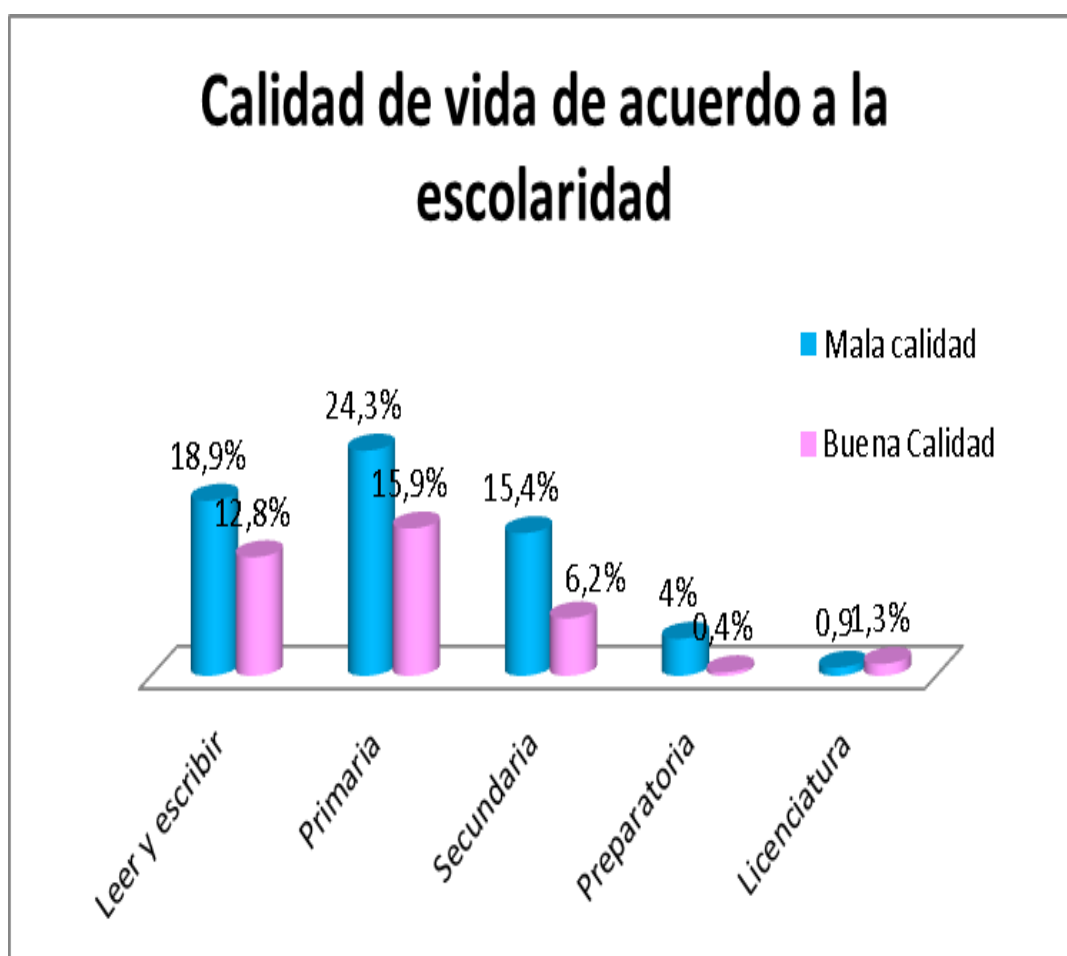


**Cuadro 28 . Calidad de vida de acuerdo a la religión**



**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO GRADO DE ESCOLARIDAD**

Escolaridad	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Leer y escribir	43	18.9	29	12.8	72	31.7
Primaria	55	24.2	36	15.9	91	40.1
Secundaria	35	15.4	14	6.2	49	21.6
Preparatoria	9	4	1	0.4	10	4.4
Licenciatura	2	0.9	3	1.3	5	2.2
Total	145	63.4	82	36.6	227	100



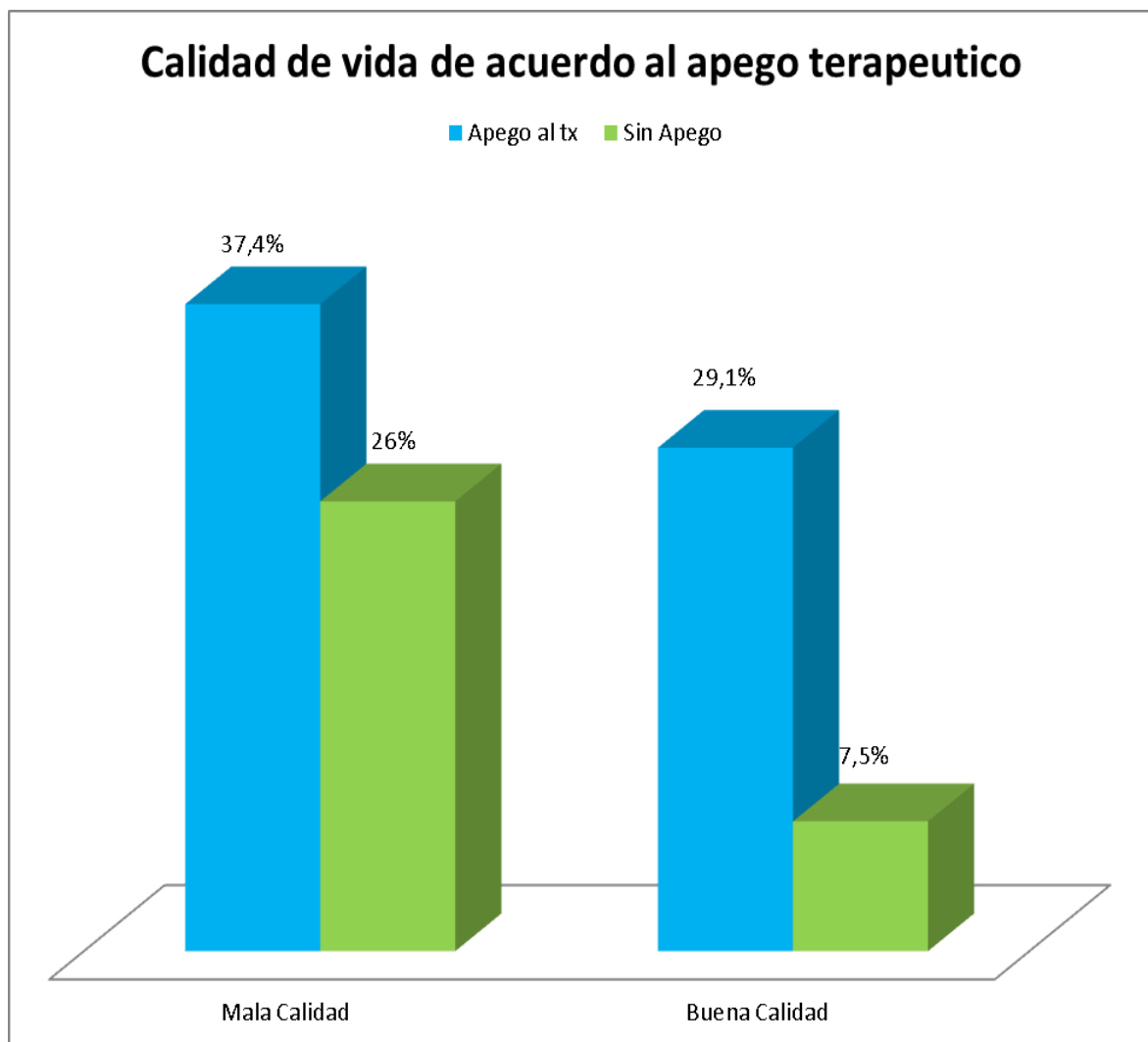
**Cuadro 29. Calidad de vida de acuerdo a la escolaridad**





**CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO APEGO TERAPEUTICO.**

Apego Terapéutico	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Con apego tx.	85	37.4	66	29.1	151	66.5
Sin apego tx.	59	26	17	7.5	76	33.5
Total	144	63.4	83	36.6	127	100

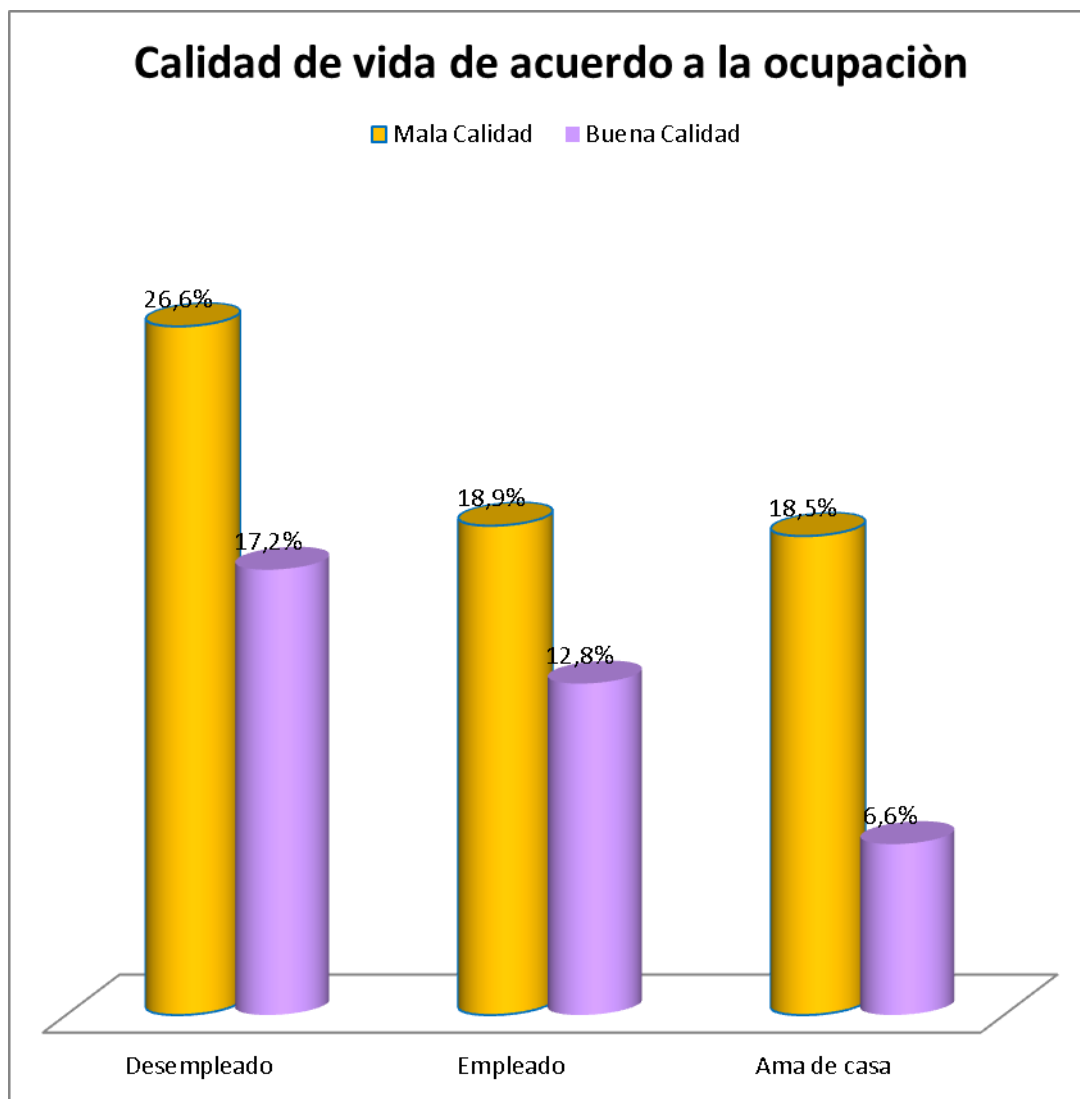


**Cuadro 30. Calidad de vida de acuerdo al apego terapéutico**



**CALIDAD DE VIDA DE OCUPACION.**

Ocupación	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Desempleado	59	26.0	39	17.2	98	43.2
Empleado	43	18.9	29	12.8	72	31.7
Ama casa	42	18.5	15	6.6	57	25.1
Total	144	63.4	83	36.6	227	100

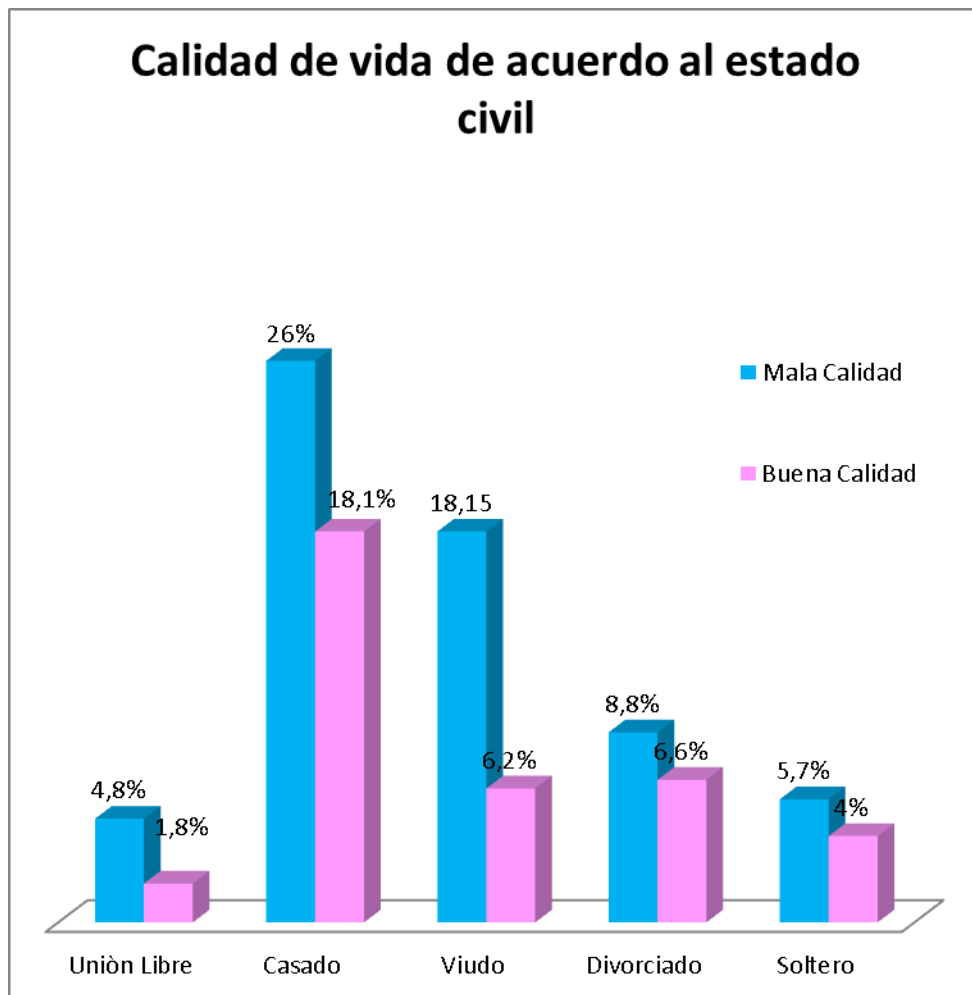


**Cuadro 31. Calidad de vida de acuerdo a la ocupación**



**CALIDAD DE VIDA DE ESTADO CIVIL**

Estado Civil	Mala calidad		Buena calidad		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Unión Libre	11	4.8	4	1.8	15	6.6
Casado	59	26.0	41	18.1	100	44.1
Viudo	41	18.1	14	6.2	55	24.2
Divorciado	20	8,8	15	6.6	35	15.4
Soltero	13	5.7	9	4.0	22	9.7
Total	144	63.4	83	36.6	227	100



**Cuadro 32. Calidad de vida de acuerdo al estado civil**



## **DISCUSIÓN.**

La calidad de vida se considera como un constructo, basado en la percepción de la persona, del impacto que tiene la enfermedad o tratamiento en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Es el espacio entre la expectativa y la experiencia de salud que vive el paciente, manifestado en la valoración que asigna a su bienestar físico, emocional, funcional, social y espiritual, luego del diagnóstico y el tratamiento. Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), en tratamiento sustitutivo mejora la supervivencia, pero no necesariamente lo que la persona considera calidad de vida. En varios estudios realizados se observa que la calidad de vida disminuye, como se observó en este estudio en el cual la población estudiada de HGZ /UMF No. 8 el 63.3% percibía mala calidad, lo cual se demuestra que estos pacientes a pesar del tratamiento sustitutivo renal presentan una mala calidad de vida.

La Insuficiencia Renal tiene factores que incrementa su severidad, suele asociarse a la presencia de otros trastornos (Córdoba 2007), los tratamientos son invasivos y altamente exigentes, por lo cual muchos pacientes no pueden realizar otras actividades para mejorar la calidad de vida. Como fue en el caso observado que los pacientes con diálisis percibe 20.7% mala calidad en comparación tratamiento farmacológico en un 8.8%, esto puede deberse a menos invasión

Con lo que respecta al sexo, Vásquez et al (2004) sostiene que no existe diferencia significativa entre la percepción de calidad entre los hombres y las mujeres. En este estudio se observó que el 52.9% son mujeres y que de estas el mayor proporción presenta mala calidad de vida en un 41.4%, a comparación de los hombres que son 47.1% y de esto el 22% presenta mala calidad, esto puede deberse a los roles y la dependencia que tiene.

A nivel familiar las relaciones de pareja parecen tener una incidencia importante en la percepción de calidad de vida en el paciente. Arenas Et al (2004) hallaron en sus estudios que las personas viudas, divorciadas y solteras, muestran más baja percepción de la calidad de vida con respecto a que presentan menos apoyo que las personas que son casadas y en unión libre. En relación al estado civil es importante, las redes sociales, en varios artículos se ha mencionado la familia como una red de apoyo, constituyendo el pilar fundamental en el paciente con Insuficiencia Renal para un apego adecuado, ya que los pacientes al contar con estos se sienten protegidos y acompañados observando una mejor respuesta al tratamiento, En este estudio se observó el 51% estaban casados o en unión libre, el 24% están viudos y un 15.4% divorciados. A pesar de esto se encontró que el 30.8% de los que poseían familia tienen mala calidad de vida en comparación con los que perciben una buena calidad de vida son 19.9% esto puede deberse a otros factores que podían ser estudiado ya que podían ser por crisis dentro de la pareja al adaptarse y cambiar los roles, además como se menciona puede ser debido a la cantidad de tiempo que el paciente debe intervenir en el tratamiento y por el cambios de roles que debe presentar.

De manera Similar los pacientes que se encuentran laboralmente inactivos muestra diferente percepción de la calidad de vida, esto puede deberse a sentir menos autonomía y aumentar su dependencia hacia la familia. En este estudio se observó que el 31.7% se encuentra laborando pero a pesar de esto el 18.9% percibe mala calidad y el 12.8% como buena calidad. Se observa similitud en los resultados mencionados por (Painter y cols. 2000), mencionando que los pacientes con actividad laboral un 25% percibe buena calidad de vida

En lo que refiere a las manifestaciones clínicas, como es el dolor se observó mayor afectación en la calidad de vida en un 63.4%, en comparación de los estudios realizados por Sanz Et al (2006), menciona que los pacientes en su estudio presenta 80% esto puede deberse, puede



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

## Calidad de vida

deberse al grupo de población estudiada, además de presentar variabilidad entre el sexo, años de evolución, tratamiento recibido.

Con lo que respecta a los años de diálisis se observó que los pacientes que poseían menos años de tratamiento con diálisis en un rango de 1 a 4 años, presentaba un 52.9% mala calidad y los que presentaba un rango 5-8 años presentaban un 10.6%. Lo cual difiere de los estudios realizados por Sanz Et al (2006), en donde reportaban mejor calidad de vida en los pacientes de recién inicio del tratamiento en un 70% percibían mala calidad, esto puede deberse a que los pacientes pueden percibir diferente la enfermedad, así como las técnicas invasivas que se van realizando al transcurso de la enfermedad.

En cuanto a los niveles de glucosa se observó el mal control de los pacientes, en este caso niveles por mayor de 102 a 350 mg/dl, reportaban un 59% de mala calidad de vida, esto suele deberse al mal control de la enfermedad del paciente, así aumentando la sintomatología y complicaciones.

A pesar del tratamiento que recibieron los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de este hospital se observó 20.7% en tratamiento sustitutivo con diálisis percibe mala calidad de vida, en comparación con los que reciben solamente tratamiento farmacológico 8.8% esto puede deberse al nivel más invasivo del tratamiento y las repercusiones a nivel individual, social de dependencia.

Entre más años de evolución de diagnóstico de diabetes o hipertensivo se observó que el 37.9% percibe mala calidad de vida, esto se debe a las complicaciones que se observa al paso de tiempo como es el caso de la insuficiencia renal en fases terminales, como lo mencionan diferentes artículos de nefrología

En cuanto a este estudio se observó que los pacientes entre mayor índice de masa corporal tenían tendencia a mayor calidad de vida como es el caso de los pacientes con sobrepeso 31.7%, obesidad I 16.3%, esto puede deberse al mal control metabólico que conlleva los grados de sobrepeso y obesidad

Observándose en este estudio sintomatología en pacientes con insuficiencia renal entre mayor grado de dicha sintomatología, como es el caso de náuseas, dolor, astenia y adinamia, se observó una inadecuada calidad de vida, como es el caso de dolor, entre más severidad del mismo, se observa mala calidad de vida en 36.1%, a comparación de los que presentaron leve con un 10.6% de mala calidad.

Se esperaba que de acuerdo con un apego terapéutico adecuado, va mejorando las condiciones de vida del paciente y de su familia, observándose mejor calidad de vida 37.4% en comparación con mal apego con una mala calidad de vida 29.1%. El mal apego puede deberse a la falta de nivel educativo (Vegros Gawton et al 2007), un 58.5% con nivel escolar bajo presenta baja calidad de vida en comparación, con el mismo grupo que presenta buena calidad 23.38%

Se esperaba que los pacientes con religión, los cuales era una red de apoyo presentaran una mejor calidad de vida pero fue lo contrario un 47.6% presenta mala calidad de vida en comparación con 15.8% con buena calidad de vida con religión, esto puede deberse a que los pacientes no lo consideran como una red de apoyo.

CONCLUSIONES.



Se llegó a la conclusión en este estudio que los pacientes en tratamiento sustitutivo presentan mala calidad de vida en un 63.4%, como se esperaba, observándose en el sexo femenino el más afectado en la calidad en un 41.4%, en relación a los hombres en un 22%, esto puede explicarse desde varios aspectos; emocionales, físicos, psicológicos, los cuales se podría investigar en un futuro su relación con la calidad de vida.

En relación al rango de edades en que se presentó el estudio, se observó que el sector más afectado es de 62 a 89 años, encontrando una mala calidad en un 34.4%, con respecto al rango de 44 a 61 años con 29.1%, ya que puede deberse a los años de evolución de la enfermedad y las complicaciones que se dan.

Como se observó en los años de evolución de hipertensión y diabetes los pacientes que presentaban entre 16 a 36 años de evolución presentaron un 37.9% mala calidad y entre menos años de evolución percibían como mala calidad un 25.6%.

Pacientes con tratamiento farmacológico un 18.5%, diálisis un 30.7%, ambos 33.9%, los cuales, de los cuales un 63.4% mala calidad de vida. Observándose mala calidad de vida en los pacientes con diálisis en un 20.7%

En estos pacientes se observó que entre más aumentaba la sintomatología física: disnea, náuseas, dolor, astenia y adinamia, percibían mala calidad de vida, pero debemos tomar en cuenta otros factores como es el caso de ansiedad, depresión, ante una enfermedad la cual no se cura, sino se controla, por lo que debemos de observar al paciente como un ser integral, así como sus relaciones familiares, para conocer las redes de apoyo del paciente, permitiendo un adecuado manejo del paciente y así evitar las posibles complicaciones, por lo que sería importante en futuros estudios estudiar las redes de apoyo de estos pacientes, así como otras patologías relacionadas.

Observándose un 59% mala calidad de vida en pacientes con mal control glucémico y un 4.4% con mala calidad a pesar del control, que tenían los pacientes



1. Rodríguez-Ábrego G, Rodríguez-Ábrego I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev. Med IMSS* 2004; 42(2):97-102.
2. Kurokawa K, Nangaku M, Saito A, et al. Current issues and future perspectives of chronic renal failure. *J Am Soc Nephrol* 2002; 13: 53-56.
3. Lassnigg A, Schmidlin D, Mouhieddine M, et al. Minimal changes of serum creatinina predict prognosis in patients after cardiothoracic surgery: a prospective cohort study. *J Am Soc Nephrol* 2004;15:1597-1605
4. Levey AS, Eckardt K-U, Tsukamoto Y et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving (KDIGO). *Kidney Int* 2005; 67: 2089-2100.
5. Thakar CV, Arrigain S, Worley S, et al. A clinical score to predict acute renal failure after cardiac surgery. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:162-168.
6. Levey AS, Atkins R, Coresh J et al. Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives. A position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney Int* 2007; 72: 247-259.
7. Soriano CS. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo para enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2004; 24(Suplemento 6): 27-34
8. Amato D, Álvarez AC, Castañeda LR, Rodríguez E, Ávila DM, Arreola F et al. Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. *Kidney Int* 2005; 68(Suppl 97)
9. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002; 39:S1-S266.
10. Parfrey PS, Griffiths SM, Barrett BJ, et al. Contrast material-induced renal failure in patients with diabetes mellitus, renal insufficiency, or both. A prospective controlled study. *N Engl J Med* 2008;320:143-149.
11. Browner WS, Li J, Mangano DT. In-hospital and long-term mortality in male veterans following no cardiac surgery. *JAMA* 1992; 268:228-232.
12. American Society of Nephrology Renal Research Report. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:1886-1903.
13. Wijeyesundera DN, Karkouti K, Dupuis JY, et al. Derivation and validation of a simplified predictive index for renal replacement therapy after cardiac surgery. *JAMA* 2007;297:1801-1809
14. Uchino S, Doig GS, Bellomo R, et al. Diuretics and mortality in acute renal failure. *Crit Care Med* 2004;32:1669-77.
15. KES P, Ratkovic Gusic. The role of arterial hypertension in progression of renal failure. *Kidney Int* 2006; 156-167.
16. PETERSON JC, ADLER S, BURKART JM, GREENE T, HEBERT LA, HUNSIKER LG ET AL. Blood pressure control, proteinuria, and the progression of renal disease: the Modification of Diet in Renal Disease Study. *Ann Intern Med* 1995; 123: 754-62
17. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (2): 105-109
18. Chertow GM, Burdick E, Honour M, et al. Acute kidney injury, mortality, length of stay, and costs in hospitalized patients. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:3365-3370
19. Alonso J. y L. Priet-. Versión española del SF-36, Cuestionario de Salud, un instrumento para la medida de resultados clínicos. *Med. Clin. Barcelona.* 104:771-776
20. Álvarez, U. de F.; Vicente, E. y Badía X. . La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. *Revista de Nefrología,* Vol. 15, Nº 6. 572- 580 pp.



21. Bravo, M. y Falache, S. Un concepto de Calidad de Vida. Una revisión de su alcance y contenido. *Revista Geográfica Venezolana*, Vol. 34. 275- 295 pp.
22. Croog, S. y Levine, S. (1989). *Quality of Life and Health Care Interventions* H. Freeman y Sol Levine (eds.). *Handbook of Medical Sociology* (2a ed.) New Jersey Prentice Hall (236-261 pp.
23. Cardona D, Agudelo HB. Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín. *Rev Sal Púb* 2007; 9(4): 541-54.
24. Esquivel MCG, Prieto FJG, López RJ, Ortega CR, Martínez MJA, Velazco RVM. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Med Int Méx* 2009; 25(6): 443-49.
25. Lavados, J. (1983). Desarrollo biológico y calidad de vida. *Revista C.P.U. (Corporación de Promoción Universitaria)* Vol. 35. 65-83 pp
26. Velarde, E. Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (4), 349-361.
27. Sprangers MA, Aaronson NK. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *J Clin Epidemiol*. 1992;45:743—60.
28. Arriaga A, Vallejo RM, Esteban I, La Torre S, Gómez VC, Cabellejo A et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* [serial en línea]. Feb 2008 [citado 17 feb 2009]; 15 (2): 83-93.
29. Esquivel MCG, Prieto FJG, López RJ, Ortega CR, Martínez MJA, Velazco RVM. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Med Int Méx* 2009; 25(6): 443-49.





# ANEXOS



ANEXO.9

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Dra. Sarai Rojas Sánchez

Calidad de vida

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 GILBERTO FLORES  
IZQUIERDO

México D.F A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Para la participación en el proyecto:

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO , EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**”

El objetivo de este estudio es observar la frecuencia de insuficiencia renal crónica en pacientes portadores de diabetes que acuden a consulta externa de Medicina Familiar.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista y someterme a acciones para medición de glucosa, creatinina, medición de peso, talla, presión.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

“calidad de vida en pacientes con *insuficiencia renal en tratamiento sustitutivo*”

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara acabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

SR(A) \_\_\_\_\_.

Nombre y firma del paciente

Dra. Sarai Rojas Sánchez

Nombre, firma del investigador responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

## ANEXO 8

DATOS A RECOLECTAR PREVIAMENTE PARA EVALUAR:

“*Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento*”



Dra. Sarai Rojas Sánchez

Calidad de vida

sustitutivo ,Hospital General No. 8 Unidad de Medicina familiar.

NUMERO DE FOLIO: \_\_\_\_\_  
TURNO DEL PACIENTE: 1( ) MATUTINO 2( ) VESPERTINO

NUMERO DE FILIACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

SEXO: 1( ) MASCULINO 2( ) FEMENINO

OCUPACION: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: 1( ) SOLTERO 2( ) CASADO 3( ) VIUDO 4( ) DIVORCIADO  
4( ) OTROS ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

AÑOS COMO PORTADOR

DE DIABETES O HTA: \_\_\_\_\_ AÑOS

TIEMPO CON IRC. : \_\_\_\_\_ AÑOS

ADECUADO APEGO TERAPEUTICO

- A) SI
- B) NO.

EXPLORACION FISICA;

- A) TA; \_\_\_\_\_ MMHG
- B) GLUCOSA
- C) IMC

NIVEL SEVERIDAD DE;

- 1. Nauseas: Leve ( ) Moderado ( ) Severo( )
- 2. Dolor: Leve ( ) Moderado ( ) Severo( )
- 3. Disnea: Leve ( ) Moderado ( ) Severo( )
- 4. Astenia : Leve ( ) Moderado ( ) Severo( )

Lea cada una de las preguntas y anote una sola respuesta

**1. En general, usted diría que su salud es:**

1  Excelente 2  Muy buena 3  Buena 4  Regular 5  Mala

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1  Sí 2  No

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

1  Sí 2  No

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

1  Sí 2  No

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

1  Sí 2  No

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

1  Sí 2  No

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

1  Sí 2  No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

Calidad de vida

tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí 2  No

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

1  Nada 2  Un poco 3  Regular 4  Bastante 5  Mucho

A:\SF-36 Spain.doc Página 7 de 11

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

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

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

1  Nada 2  Un poco 3  Regular 4  Bastante 5  Mucho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA

CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

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



*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

### Calidad de vida

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar. 1  Totalmente cierta 2  Bastante cierta 3  No lo sé

4  Bastante falsa 5  Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

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



## ANEXO 7

HEMATOLOGIA Y METABOLISMO	PRODUCTO DEL METABOLISMO PROTEICO.	IONES	ANALISIS DE ORINA.
Anemia normocítica. normocromica	Aumento de creatinina cuando función renal disminuye el 50%	Potasio normal hasta fases avanzadas del IRC.	Poliuria oliguria según etiología
Déficit de eritropoyetina	Creatinina y urea relacionada con la dieta, metabolismo proteico y diuresis.	Hipocalcemia o normocalcemia	Isostenuria( baja densidad de orina)
Déficit de hierro.		Hiperfosforemia	Proteinuria variable
Alteraciones lipídica.		Hipomagnesemia	Sedimento variable
Intolerancia glucosa			



ANEXO 8

<b>ETIOLOGIA</b>	<b>PORCENTAJE.</b>
Diabetes	21
Vascular	16
Glomerular	14
Túbulo Intersticial	11
Poliquístico Renal	7
Sistémico	5
Hereditario.	2





ANEXO 6.

**CIRCUNSTANCIAS CLINICAS EN LAS CUALES TFG DEBE ESTIMAR  
MEDIANTE DEPURACION DE CREATININA**

**Extremos de la edad.**

**Embarazo**

**Desnutrición u obesidad**

**Enfermedad Musculoesqueletica**

**Paraplejia o cuadriplejia**

**Dieta vegetariana**



### ANEXO 5. CLASIFICACION DE IRC KDIGO

ESTADIO	DESCRIPCION	TFC(ML/MIN/1,73M <sup>2</sup> )	TRATAMIENTO
1	Daño renal con TFGe normal o elevada	>90	T
2	Daño renal con disminución leve de la TFGe	60-89	T
3	Disminución moderada de la TFGe	30-59	T
4	Disminución grave de la TFGe	15-29	T
5	Falla Renal	<15 o diálisis	D

TFGe: Tasa de filtración glomerular estimada mediante la fórmula de MDRD

T= Transplante renal

D= Tratamiento dialítico.

KDIGO: Kindney Disease Improving Global Outeome.



ANEXO 4 Comparación de la distribución de la IRC en sus diferentes estrados entre la población mexicana americana

ESTADIO	DCR( $\text{Ml/min/1.173m}^2$ )	México % KDOQI	
1	>90	62.5	64.30
2	60-89	19	31.20
3	30-59	8.10	4.20
4	15-29	0.30	0.20
5	<15	0.10	0.20

<b>DC: Depuración de creatinina</b>	SC: Superficie Corporal	KDOQUI.Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives.	A: % de la población americana de acuerdo a los caculos hechos por la KDOQUI
-------------------------------------	-------------------------	---	--



### ANEXO 3.

#### DIAGNOSTICO DAÑO RENAL

	<b>SITUACIONES CONSIDERADAS COMO DAÑO RENAL PARA DIAGNOSTICO IRC</b>
<b>DAÑO RENAL DIAGNOSTICO DIRECTO</b>	Alteraciones histológicas en la biopsia renal
<b>DAÑO RENAL DIAGNOSTICO INDIRECTO</b>	Albuminuria o proteinuria elevada Alteraciones en el sedimentos urinario Alteraciones en las pruebas de imagen
<b>. Para que un marcador de daño renal establezca el dx, de enfermedad renal crónica anomalía persistente x 3 meses.</b>	



## ANEXO. 2

### TIPOS DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA

<b>FACTORES DE SUSCEPTIBILIDAD</b>	<b>Factores que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica</b>	<b>Edad &gt; 60 años Historia Familiar de enfermedad renal Masa renal disminuida Bajo peso al nacer Raza afroamericana Diabetes Hipertensión arterial</b>
<b>FACTORES INICIADORES</b>	<b>Factores implicados en el inicio del daño renal</b>	<b>Enfermedades autoinmunes Infecciones urinarios Fármacos nefrotóxicos Diabetes Hipertensión</b>
<b>FACTORES DE PROGRESION</b>	<b>Factores que determinan la progresión de la enfermedad renal</b>	<b>Proteinuria persistente HTA Mal controlada Diabetes con mal control Tabaco Dislipidemia Anemia Enfermedad cardiovascular asociada</b>



## ANEXO 1.

### FACTORES DE RIESGO PARA IRC

Historia familiar de enfermedades renal
Hipertensión arterial
DM
Enfermedad autoinmune
Edad avanzada
Episodios previos de falla renal aguda
Evidencia de daño renal actual con IFG normal ó aumentado
Glomeruloesclerosis
Nefritis membranosa
LES
Granulomatosis de wegener
Riñón poliquístico
Uropatía obstructiva
Anomalías congénitas de tracto urinario
Nefropatía por medicamentos
Mieloma múltiple

*Dra. Sarai Rojas Sánchez*

Calidad de vida

