



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33  
"EL ROSARIO"



---

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN  
TRATAMIENTO CON DIALISIS PERITOENAL ADSCRITOS A LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33 EL ROSARIO.**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MA. ELENA FLORES NAVA  
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE  
LA U.M.F.33



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AUTORIZACIONES**

---

**DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA**  
**FAMILIAR**  
**COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE**  
**LA U.M.F. 33**

---

**DRA. MONICA SANCHEZ CORONA**  
**PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA**  
**FAMILIAR DE LA U.M.F. 33**

## **ASESOR DE TESIS**

---

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE  
LA U.M.F. 33

## **AUTOR DE TESIS**

---

DRA. MA ELENA FLORES NAVA  
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO  
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"

## AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar agradezco a Dios por darme la vida , por permitirme cumplir una meta mas de mi vida, por haberme dado salud, fortaleza y por haber puesto en mi camino a todos aquellos seres que estuvieron conmigo y me brindaron su apoyo para lograr este cometido.

A **mis padres** porque gran parte de lo que soy se los debo a ellos, ya que gracias a su apoyo y consejo he llegado a realizar esta meta la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir; sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo, quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ellos.

A **mi esposo** por brindarme su cariño, comprensión, y paciencia durante todo este trayecto; a **mi hijo**, porque su presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que me ha impulsado para lograr esta meta y a ambos por el tiempo robado ya que gran parte de éste pude habérselos dedicado a ellos.

A **mis amigos y compañeros** de la residencia, porque gracias a su apoyo y amistad ha sido menos difícil enfrentar los problemas que se presentaron a lo largo del camino, porque compartimos momentos de felicidad, de enojo y de tristeza, pero nunca decaímos, agradeciendo en especial a Aideé, Claris, Joka, Pao, Carly, Sandra, Carlos, Erik, Romell y Víctor, porque son parte de lo mejor que me ha dejado la residencia.

A la **Dra. Mónica Enríquez Neri** por ser una magnífica docente y por haberme guiado y apoyado en la realización esta especialidad así como de esta Tesis.

A **Instituto Mexicano del Seguro Social**, por haberme brindado un lugar para realizar mi especialidad y poder aprender de las personas que laboran en él.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, la máxima casa de estudios la cual me abrió sus puertas para poder realizar en ella gran parte de mi formación académica.

## INDICE

RESUMEN	6
MARCO TEORICO	7
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS	17
TABLAS Y GRAFICAS	18
DISCUSION	24
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	27
ANEXOS	29

**\*Flores Nava Ma. Elena, \*\*Enríquez Neri Mónica. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal adscritos a la unidad de medicina familiar 33 "El Rosario". UMF 33 México 2012.**

**Introducción.** La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes en diálisis peritoneal (DP) es un factor que incide en la morbimortalidad y adhesión al tratamiento. **Objetivo:** Determinar la Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de diálisis peritoneal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 33 El Rosario. **Material y Métodos:** Encuesta, observacional, transversal, descriptivo, realizado en la UMF 33 a 203 pacientes con IRC en DP, se aplicó cuestionario KDQOL36, evalúa la CVRS, La puntuación oscila entre 0 y 100, utilizando de referencia 50, menor representa mala calidad de vida y mayor buena calidad de vida. Para análisis estadístico se aplicó estadística descriptiva calculando frecuencias y porcentajes **Resultados:** De 203 pacientes incluidos 158 tuvieron puntaje menor a 50; 45, puntaje mayor, los puntajes mas bajos se encontraron en la escala física y subescala de carga; el sexo predominante fue masculino, el grupo de edad fue entre 61 y 75 años, la mayoría fueron pensionados y casados. **Conclusión:** La medición de CVRS mostro valores menores a 50 en la mayoría, que demuestra que los pacientes con IRC en DP tiene mala calidad de vida y hace pensar en la necesidad de una terapéutica integral.

**Palabras clave:** Calidad de vida, insuficiencia renal crónica, diálisis peritoneal, KDQoLSF36

\*Med.Res.tercergradoMed.Fam. \*\*CCEIS

## MARCO TEORICO.

La Insuficiencia renal crónica (IRC) es un síndrome con manifestaciones clínicas muy variadas, es un proceso fisiopatológico que se puede dar por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/o hereditario como adquiridas. Su consecuencia es el deterioro generalmente gradual, y la pérdida progresiva e inexorable del funcionamiento y número de nefronas que a menudo desemboca en Insuficiencia Renal Crónica Terminal (RCT). También se entiende como IRC, la reducción progresiva del filtrado glomerular, que va de la mano con la definición dada anteriormente. Esto va acompañado de la pérdida de la capacidad por parte del riñón de excretar desechos nitrogenados, de concentrar la orina, de mantener la homeostasis del medio interno y de regular su función hormonal, lo que desemboca posteriormente en una IRCT, en la que se produce una situación clínica llamada uremia. La uremia es el síndrome clínico y de laboratorio que refleja la disfunción de todos los sistemas orgánicos como consecuencia de la Insuficiencia Renal Aguda o Crónica no tratada, en la que el medio interno está totalmente alterado por lo que es obligada la valoración del inicio del tratamiento renal sustitutivo: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal.(1)

El deterioro de la función renal hace que los síntomas afectan su funcionamiento en general por ello es imprescindible evaluar el bienestar subjetivo, la capacidad de realizar las actividades sociales y la capacidad funcional que se espera. (2)

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) como precursora de IRCT ha cobrado gran importancia en las últimas décadas. La descripción epidemiológica de la misma se había restringido en años anteriores a pacientes bajo tratamiento sustitutivo. Sin embargo, desde el año 2005 los nuevos criterios de ERC fueron aplicados a la base de datos de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), lo que reportó 8 millones de personas con una TFGe < 60 mL/min/1.73m<sup>2</sup>SC en Estados Unidos de América y 12 millones con evidencia de microalbuminuria, un marcador de daño renal. Por otro lado, se documentó un incremento del 40% en la prevalencia de esta enfermedad con relación al periodo entre 1988-1994, dado principalmente por un incremento en la prevalencia de los estadios 3-5 de la ERC, afectando actualmente al 13.5-15.8% de la población general, lo que también ha sido reportado en Europa, Asia y Australia.<sup>9</sup> La incidencia reportada en ese mismo año fue de 347.1 por millón de habitantes. Este país está compuesto por 31 estados con una población identificada en el año 2005 de 103.263.388 millones de habitantes<sup>3</sup>. Hasta el momento, carece de un registro de pacientes con ERC por lo que se desconoce el número preciso de pacientes en cualquiera de sus estadios, los grupos de edad y sexo más afectados, así como el comportamiento propio de los programas. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los servicios de salud en México son



proporcionados por la seguridad social, que está compuesta por los hospitales del IMSS, que proporcionan atención al 62,2% de los mexicanos, el Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%. De 20.702 pacientes, 13.042 (63%) estuvieron en DP continua ambulatoria (DPCA) y 7.660 (37%) en DP ambulatoria (DPA); 19.439 (94%) eran adultos, 10.265 (53%) varones y 9.174 (47%) mujeres, con una relación 1:1, y 1.263 (6%) pediátricos, 626 (50%) varones y 637 (50%) mujeres, con una relación 1:1 (tabla 2). El grupo de edad más prevalente fue el de 40 a 49 (22,6%) años. Las causas de la IRC fueron diabetes mellitus (43%), hipertensión arterial (17%), glomerulopatías crónicas (14,4%), no determinadas (9,2%), riñones poliquisticos (4,7%), malformaciones congénitas de la vía urinaria (4%), nefropatía lúpica (3,3%) y otras (4,4%). (3)

Planteamientos teóricos respecto al concepto de Calidad de Vida.

Calidad de vida es un concepto complejo puesto que refleja aspectos sociales e individuales, objetivos y subjetivos y múltiples ámbitos como son el físico, emocional, educativo o laboral. Desde diversas disciplinas se ha abordado también el concepto de Calidad de Vida. Así, en Medicina tuvo un importante significado en el siglo pasado debido al incremento de enfermedades crónicas y a la posibilidad del diagnóstico temprano de las mismas y su posterior tratamiento, lo que suponía prolongar la vida de los pacientes que antes tendrían dificultades para sobrevivir. Comenzó a planearse la idea de no sólo la cantidad, sino la calidad de los años ganados a partir de las anteriores intervenciones. Otro factor que contribuyó a incorporar el concepto de Calidad de Vida lo realizó la Organización Mundial de la Salud que en 1948 y 1958 realizó la sugerencia de ampliar el concepto de salud y considerarla no ya la simple ausencia de enfermedad, para entenderla como el estado de complejo bienestar físico, psicológico y social. De este modo se acercaba a la idea de Calidad de Vida. Por su parte, la Psicología asumió el concepto de Calidad de Vida y le abrió un campo de investigación fundamental, el bienestar percibido. Múltiples ramas de la Psicología como la Personalidad, Social, del Desarrollo o Cognitiva aportaron elementos de interés en la explicación de vivencias de satisfacción o insatisfacción con las experiencias vitales. Alguno lo llamó incluso “psicología hedonista”. (4)

Desde los planteamientos económicos, políticos y sociales, hablar de Calidad de Vida ha sido muy útil puesto que supone hablar de cambios y efectos de las políticas sociales y de eficacia en los servicios. En la bibliografía analizada, el término Calidad de Vida aparece solapado en ocasiones con vocablos próximos como son el de satisfacción vital, bienestar subjetivo; bienestar psicológico; felicidad, los cuales se vinculan con la dimensión subjetiva de Calidad de Vida. Estos conceptos se usan a menudo como sinónimos. Algunos autores intentan establecer un límite diferencial entre las ideas de satisfacción, felicidad, bienestar psicológico y Calidad de Vida. Por todo ello, consideramos que las dificultades en el estudio de la Calidad de Vida residen en la existencia de una gran diversidad de definiciones. El Diccionario de la Lengua Española ofrece varias acepciones de

calidad. Plantea que “es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie; y por otro lado dice que implica en sentido absoluto buena calidad, superioridad o excelencia”. Es decir, se nos presenta la idea de calidad indicando cualidad o atributo que hace posible una valoración comparativa, una característica que permite hacer comparaciones y valoraciones. Se suele usar la Calidad de Vida como contraste para determinar el nivel de un grupo o personas en comparación a otras. Según la definición presentada, calidad puede implicar en sí misma algo bueno, superior, tiene una connotación positiva. Es lo que denotamos cuando simplemente decimos que algo “es de calidad”. Por término vida se entiende como “espacio de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un animal o vegetal hasta la muerte. Y el modo de vivir en lo tocante a la fortuna o desgracia de una persona, o a las comodidades o incomodidades con que vive” Diccionario de la Lengua Española. Destacamos que vida no sólo se refiere a un intervalo de tiempo, sino una manera de vivir, aspectos positivos o negativos de la experiencia. En este sentido el concepto de Calidad de Vida implica un continuo que, de un extremo a otro, va de lo positivo a lo negativo, o de la satisfacción a la insatisfacción con la vida. Han reflejado con claridad el constructo Calidad de Vida y la entienden constituida por tres elementos en interacción: (5)

- 1.- Las condiciones objetivas de vida, o descripción objetiva de los individuos y sus circunstancias.
- 2.- El bienestar subjetivo, definido como la satisfacción personal con esas condiciones y con el estilo de vida.
- 3.- Los valores personales y aspiraciones.

En este sentido se señalan dos ámbitos básicos del constructo y que la mayoría de los autores indican: la dimensión objetiva (condiciones de vida experimentadas por las personas) y la dimensión subjetiva (la valoración del individuo sobre distintos aspectos de su existencia). Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".(5)

Podríamos llegar al acuerdo de que Calidad de Vida es un constructo con los siguientes aspectos esenciales:

- Calidad de Vida es un constructo que incluye elementos objetivos y subjetivos de la experiencia, con especial relevancia los de carácter subjetivo.
- Los valores, metas, expectativas y necesidades, definidas tanto por los individuos como por la sociedad, se conjugan con los elementos objetivos y subjetivos en la percepción de bienestar.
- El concepto es universal a la vez que se encuentra determinado culturalmente

- Su estudio ha de hacerse a diferentes niveles, individuos, organizaciones, grupos y sociedades.
- Es plural, en tanto que cada individuo tiene un particular punto de vista sobre la Calidad de Vida en función de sus logros, preferencias y necesidades.
- Tiene apoyo a las necesidades individuales y las elecciones personales.
- Lo componen múltiples dimensiones de bienestar, desde las básicas hasta las que enriquecen la vida.
- Está influida por variables personales y ambientales.
- Está compuesta de los mismos factores para todas las personas, con independencia de que posean una discapacidad, enfermedad o cualquier otra característica diferenciadora de la población general

Existen múltiples instrumentos que se han diseñado para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida. Se deben considerar algunos conceptos básicos al evaluar calidad de vida ya que, siendo un concepto multidimensional, es difícil decidir qué variables deben incluirse y ello depende de la finalidad del estudio. Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos. Para conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones (aspecto fundamental para estrategias y programas en políticas de salud), y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas para modificar los síntomas y función física a través del tiempo. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento (por sus efectos adversos). Los instrumentos para medir calidad de vida deben verse como herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente y en la conducción de ensayos clínicos. (6)

Los cuestionarios de medida de la CVRS deben cumplir los mismos criterios de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio que se exigen a cualquier otro tipo de medida. Por otra parte es imprescindible disponer de una versión española adecuadamente validada. Debido a las muchas diferencias existentes entre cuestionarios, antes de trabajar con ellos es importante conocer bien su utilización, puntuación y análisis. Para algunos instrumentos existen normas de referencia poblacional que son de gran utilidad para la comparación con una población específica. La elección del instrumento depende del tipo estudio, de sus objetivos, del tipo de pacientes o del modo de administración. (7)

#### KDQOL-36

El Kidney Disease Quality of Life es un cuestionario específico para pacientes con enfermedad renal en diálisis. Existe una versión abreviada- Kidney Disease Quality of Life Short Form- elaborada y validada por la Universidad de Arizona, a partir del KDQOL y el MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form General Health Survey). La versión adaptada al español fue desarrollada el año 1997 y validada preliminarmente el año 1998. El KDQOL-36, es la versión paralela del KDQOLSF . Este cuestionario fue traducido y validado en España por Jordi Alonso

et al. *Kidney Disease Quality of Life – 36 items (KDQOL- 36)*. El KDQOL-SF es uno de los cuestionarios más utilizados internacionalmente en estudios multicéntricos. Sus principales inconvenientes son su longitud y el tiempo requerido para responder, lo que limita la participación y buena disposición de los pacientes. (8)

Esta versión la integran 36 preguntas y está constituida por un módulo genérico que incluye el SF-12 y tres módulos específicos sobre la enfermedad al riñón: síntomas (12 reactivos), efectos de la enfermedad renal (8 reactivos) y peso (carga) de la enfermedad renal (4 reactivos). Las opciones de respuesta forman, en su mayoría, escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia con rangos de respuesta entre tres y cinco, dependiendo del ítem. Cada pregunta está codificada numéricamente y su puntaje luego es transformado en una escala de 0 a 100, en donde un mayor valor refleja una mejor calidad de vida. (9)(10)

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

*Gayle F. y cols.* Realizaron un estudio con doscientos pacientes consecutivamente de noviembre 2006 a noviembre 2007. Setenta pacientes provenían de un centro de diálisis para pacientes externos con base en un hospital terciario (HUWI) y 40 pacientes provenían de una Unidad Renal de la Asociación de Diabetes (DARU), ambas en Jamaica. Otros noventa pacientes fueron reclutados consecutivamente de un centro de diálisis con base en un hospital de Ciudad Panamá. Se administró el Cuestionario de Calidad de Vida en la Enfermedad Renal (KDQOL-SF). Cada dominio de la CDV fue evaluado con una puntuación de 0 - 100, representando las puntuaciones más altas los mejores índices. Los resultados fueron que las tres cohortes tuvieron buenas puntuaciones generales de CDV cuando se les comparó con la población de referencia. Los pacientes de Panamá tuvieron puntuaciones de CDV más altas que los pacientes jamaicanos ( $p = 0.02$ ). En cuanto a centros, HUWI tuvo puntuaciones generales de CDV más altas que DARU ( $p = 0.04$ ). El dominio de la sobrecarga de la enfermedad renal registró las puntuaciones generales más bajas (población de referencia 49, DARU 19.0 ( $p = 0.001$ ), UHWI 24.0 ( $p = 0.002$ ), Panamá 32.9 ( $p = 0.03$ ). Las puntuaciones con respecto a la satisfacción del paciente estuvieron también significativamente reducidas en todas las cohortes (población de referencia 72, DARU 52, HUWI 54, Panamá 58). El Hospital Universitario de West Indies tuvo una disminución significativa del estímulo del personal de diálisis ( $p = 0.003$ ). La Unidad Renal de la Asociación de Diabetes registró reducciones significativas en los dominios de la salud general ( $p = 0.04$ ), el funcionamiento físico ( $p = 0.001$ ), el rol físico ( $p = 0.001$ ) y el rol emocional ( $p = 0.005$ ). Panamá tuvo las puntuaciones más bajas en relación con el funcionamiento físico general ( $p = 0.01$ ), el dolor ( $p = 0.01$ ) y el apoyo social ( $p = 0.04$ ). En cuanto a la modalidad, los pacientes de hemodiálisis tuvieron niveles de hemoglobina ( $p = 0.003$ ) y albúmina ( $p = 0.002$ ) significativamente más altos, y finalmente puntuaciones generales más alta de CDV ( $p = 0.01$ ). (11)

*Villegas C y col.* efectuaron un estudio transversal descriptivo en hospitales de segundo y tercer nivel de la Delegación Puebla, durante mayo, junio, julio, agosto y septiembre de 1996. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con insuficiencia renal crónica integrados al programa para sustitución de la función renal con objeto de identificar y evaluar a pacientes con DM2. Para estudiar la calidad de vida se realizaron entrevistas en consulta externa o cuando acudían por cambio de línea de transferencia, además de citar exprofeso a quienes no se captaron por este medio. Se visitó a los pacientes que refirieron no poder asistir al hospital durante el periodo de estudio. En los resultados se encontró que en la puntuación global 51% de la muestra calificó con mala calidad de vida, media de 32.4 puntos. Al analizar las variables al interior de ambos grupos, se observó que el analfabetismo fue la condición más frecuente en el grupo con mala calidad de vida ( $p < 0.05$ ). En la evaluación de las tres dimensiones: independiente, psicosocial y física, ésta última obtuvo la puntuación más alta, lo cual traduce mayor deterioro en las funciones evaluadas (ambulacion, movilidad, cuidado e higiene corporal). Al revisar las características de la muestra, se observó una

distribución de frecuencias similares, tanto en los pacientes con buena calidad de vida como en aquéllos con mala ( $p>0.05$ ); es decir, fueron muestras similares en la mayoría de las variables. (12)

*Caballero- Morales S. y cols.* Realizaron un estudio transversal, comparativo, de mayo a octubre del 2003, al total de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en terapia de sustitución de diálisis (101) adscritos al modulo del Hospital General Regional de Orizaba, México (IMSS), se entrevistaron y se aplicaron dos instrumentos uno que mide las variables socio demográficas y el instrumentos KDQOL SFTM para identificar las limitaciones que influyen de manera importante en su calidad de vida. Los resultados arrojaron que la edad estuvo entre los 15 y 85 años, media de  $46 \pm 16.5$ , 54.5% fueron hombres, 80% con secundaria y menos, 65.3% casados, 50.5% con diálisis peritoneal continua ambulatoria, 48% fueron diabéticos. Los mayores promedios de dimensiones fueron en apoyo social, dolor, calidad de las relaciones sociales, los menores promedios en estado laboral, papel de las limitaciones físicas y salud en general, al dividir los pacientes por tipo de diálisis peritoneal, ambulatoria y hemodiálisis, estas diferencias fueron significativas ( $p<.05$ ) por lo que se concluyo que la calidad de vida fue menor en los pacientes con diálisis peritoneal automatizada, los paciente con hemodiálisis tuvieron mas bajos del KDQOL.(13)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En México la IRC es un problema de salud pública, en 1998 ocupaba el treceavo lugar entre las principales causas de muerte, actualmente ocupa el décimo lugar. La tasa de mortalidad por este padecimiento es de 10.9 casos por cada 100 mil habitantes, de acuerdo a las estadísticas de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud (2001). Se estima que existe un incremento de pacientes, alrededor de 35 mil personas en todo el sistema de salud. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, Para el 2013 se calcula que la cantidad de individuos con enfermedad renal terminal será el doble. En México aún no se cuenta con el Registro Nacional; sin embargo, considerando que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (principal factor etiológico), según la Encuesta Nacional del 2000, es de 10.8% en la población mayor de 18 años y el riesgo de padecer nefropatía es entre 20 y 40%, se calcula que por lo menos hay ocho millones de personas con enfermedad renal crónica; de las cuales, cerca de 40,000 están adscritas a algún programa de diálisis, diálisis peritoneal nocturna intermitente, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), diálisis peritoneal continua con cicladora (DPCC).

Se estiman, además, alrededor de 4,000 nuevos casos al año de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Los servicios de salud en México son proporcionados por la seguridad social, que está compuesta por los hospitales del IMSS, que proporcionan atención al 62,2% de los mexicanos, el Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%<sup>3</sup>. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se estima que 8.3 millones de mexicanos padecen insuficiencia renal crónica terminal moderada, 102,000 la tienen en fase sustitutiva y 35,000 reciben terapia sustitutiva en la actualidad, con una repercusión socioeconómica importante. La comorbilidad que padecen estos pacientes (afecciones cardíacas y cerebrovasculares, alteraciones vasculares periféricas y, principalmente, diabetes mellitus) puede hacer que la vida con diálisis se torne aún más difícil. (15)

En la Unidad de Medicina Familiar 33 (UMF) El Rosario del IMSS se cuenta con una población de 1527 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en ambos turnos, de los cuales 225 pacientes están en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal. En esta unidad se han realizado estudios para evaluar la calidad de vida en pacientes con distintas patologías crónicas como son diabetes e hipertensión, pero solo se ha hecho un estudio a cerca de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento sustitutivo, el cual fue realizado en el año 2006, por lo que creo conveniente evaluar actualmente la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de diálisis peritoneal en esta unidad ya que como hemos observado la incidencia de esta

enfermedad ha ido aumentando, no solo en esta unidad si no a nivel mundial por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 33 el Rosario?



## **MATERIAL Y METODOS.**

Se realizó un censo observacional, transversal descriptivo, prospectivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, Delegación 1 Noroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social con el objetivo de determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal adscritos a esa unidad.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con más de 3 meses de tratamiento, pacientes de ambos sexos, pacientes mayores de 18 años de edad. Los criterios de exclusión son pacientes que no deseen participar en el estudio, pacientes con tratamiento sustitutivo menor a tres meses, pacientes menores de 18 años de edad. Criterios de eliminación: cuestionarios contestados de manera incompleta en un 20% o más. El total de pacientes incluidos en el estudio fue de 203 pacientes.

La medición de la calidad de vida se realizó a través del cuestionario KDQoL-SF36, específico para pacientes enfermedades renales que están en tratamiento con diálisis peritoneal. Esta versión la integran 36 preguntas y está constituida por un módulo genérico que incluye el SF-12 y tres módulos específicos sobre la enfermedad al riñón: síntomas (12 reactivos), efectos de la enfermedad renal (8 reactivos) y peso (carga) de la enfermedad renal (4 reactivos). Las opciones de respuesta forman, en su mayoría, escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia con rangos de respuesta entre tres y cinco, dependiendo del ítem. Cada pregunta está codificada numéricamente y su puntaje luego es transformado en una escala de 0 a 100, en donde un valor mayor de 50 refleja una buena calidad de vida y un valor menor de 50 refleja una mala calidad de vida Este cuestionario se aplicó por el propio investigador. Los datos fueron ingresados al programa Excel para que a través de la estadística descriptiva, se calculó frecuencias y porcentajes esquematizándose en tablas y gráficas.

La investigación se realizó bajo los lineamientos y aspectos éticos que rigen a la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional

## RESULTADOS.

De 225 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal adscritos a la UMF 33, planeados para la realización del cuestionario no se incluyeron a 22 pacientes, lo que representa un 9.7% ya que no se localizaron, por lo que se encuestó a un total de 203 pacientes, se les aplicó previo consentimiento informado, el cuestionario KDQoL SF36 que evalúa la calidad de vida en pacientes con diálisis o hemodiálisis peritoneal y un cuestionario diseñado exprofeso para medir características sociodemográficas.

Los cuestionarios fueron contestados en su totalidad ya que al momento de la aplicación se resolvieron sus dudas por lo que no quedó ninguna pregunta sin resolver o algún cuestionario mal llenado, por tanto no se excluyó a ningún paciente.

En cuanto a las características sociodemográficas encontramos que 112 pacientes lo que equivale al 55.1%, pertenecen al sexo masculino y 91 pacientes representando el 44.8% al sexo femenino, en cuanto a la edad 99 pacientes pertenecen al grupo entre los 61 y 75 años con un porcentaje del 48.7%, 51 pacientes al grupo de los mayores de 76 años equivalente a un 25.1%, 25 pacientes al grupo de 46 a 60 años con un 12.8%, 15 pacientes en el grupo de 31 a 45 años con un 7.8% y por último el grupo de 18 a 30 años con 11 pacientes y un 5.4%. De acuerdo a la ocupación, en el grupo de desempleados o pensionados hay 114 pacientes, representando un 55.1%, amas de casa 37 pacientes con un 18.2%, obreros o comerciantes 22 pacientes con un 10.8%, profesionistas 14 pacientes con un 6.8% y en el grupo de estudiantes 7 pacientes con un 3.4%

En cuanto a la calidad de vida percibida, evaluada mediante el cuestionario KDQoL SF36 158 pacientes lo que representa un 77.8% obtuvo un puntaje total menor a 50, es decir una mala calidad de vida, mientras que 45 pacientes, equivalente a un 22.2 % obtuvo un puntaje mayor a 50 o bien una buena calidad de vida.

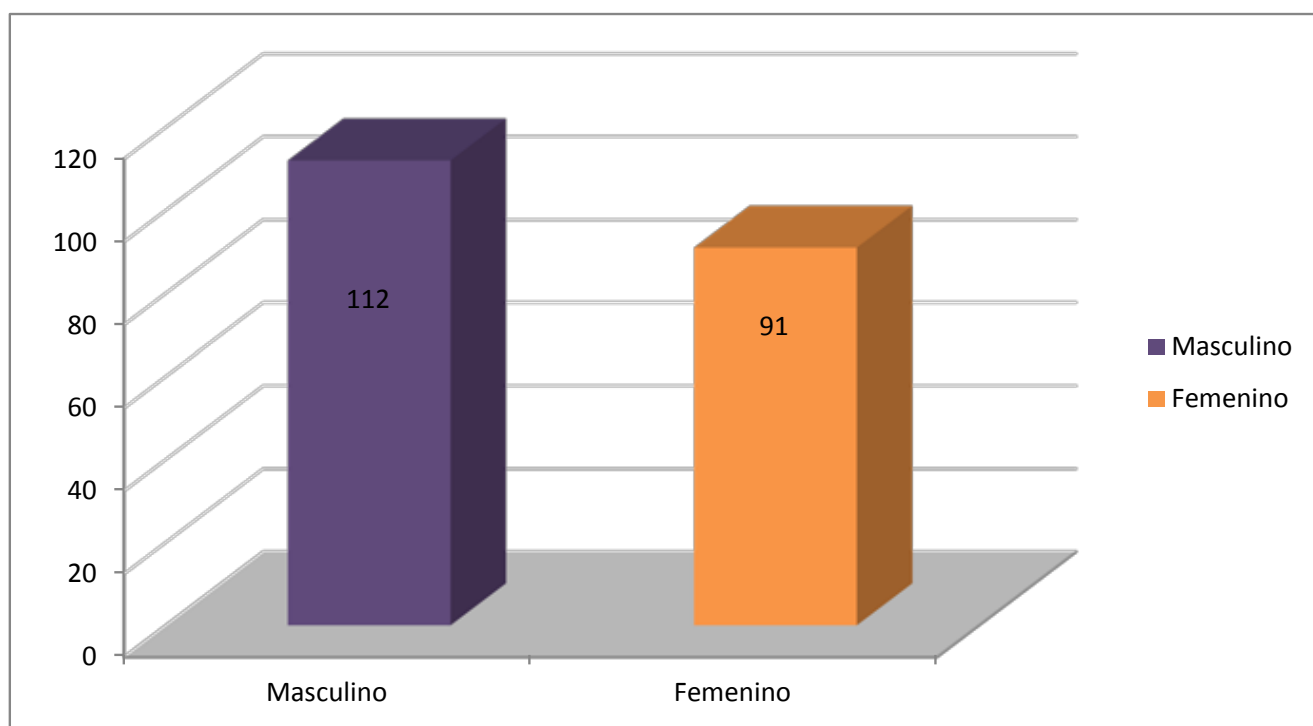
También con respecto a Calidad de vida percibida, de acuerdo a escalas y subescalas las puntuaciones más bajas se obtuvieron de la siguiente manera 88 pacientes en la escala física, 23 pacientes en la escala mental, 62 pacientes en la subescala de carga, 17 pacientes en la subescala de efecto y 13 pacientes en la subescala de síntomas.

**Tabla 1. Características socio demográficas de acuerdo al sexo.**

Sexo	Núm. de pacientes	%
Masculino	112	55.1
Femenino	91	44.8

Fuente: Encuesta de características sociodemográficas en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Gráfica 1. Características socio demográficas de acuerdo al sexo.**



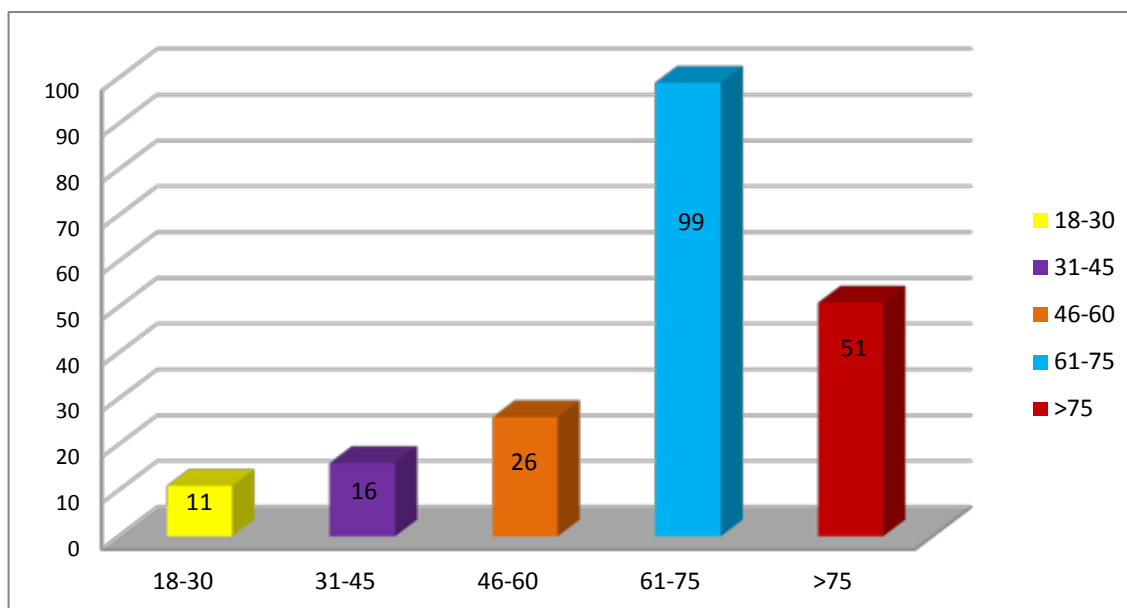
Fuente: Encuesta de características sociodemográficas en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Tabla 2. Características socio demográficas de acuerdo a grupo de edad.**

Edad en años	Núm. de pacientes	%
18-30	11	5.4
31-45	16	7.8
46-60	26	12.8
61-75	99	48.7
>75	51	25.1

Fuente: Encuesta de características sociodemográficas en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Grafica 2. Características sociodemográficas de acuerdo grupo de edad.**



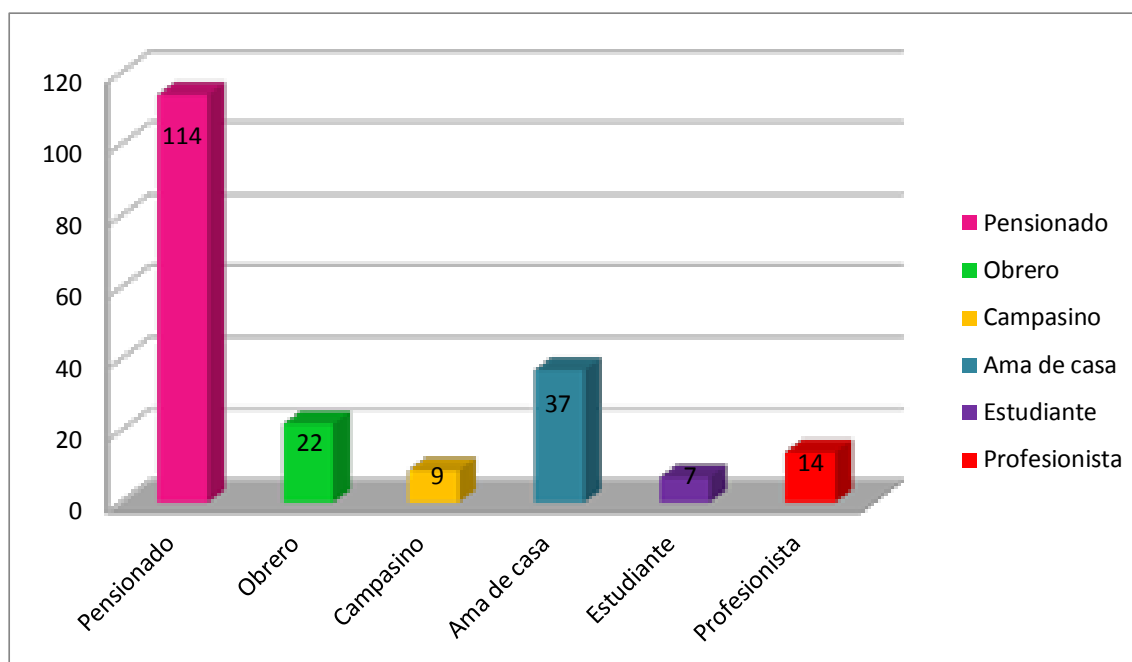
Fuente: Encuesta de características sociodemográficas en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Tabla 3. Características socio demográficas de acuerdo a ocupación.**

Ocupación	Núm. de pacientes.	%
Desempleado o pensionado	114	56.1
Obrero o comerciante	22	10.8
Campesino	9	4.4
Ama de casa	37	18.2
Estudiante	7	3.4
Profesionista	14	6.8

Fuente: Encuesta de características sociodemográficas en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Gráfica 3. Características socio demográficas de acuerdo a ocupación.**



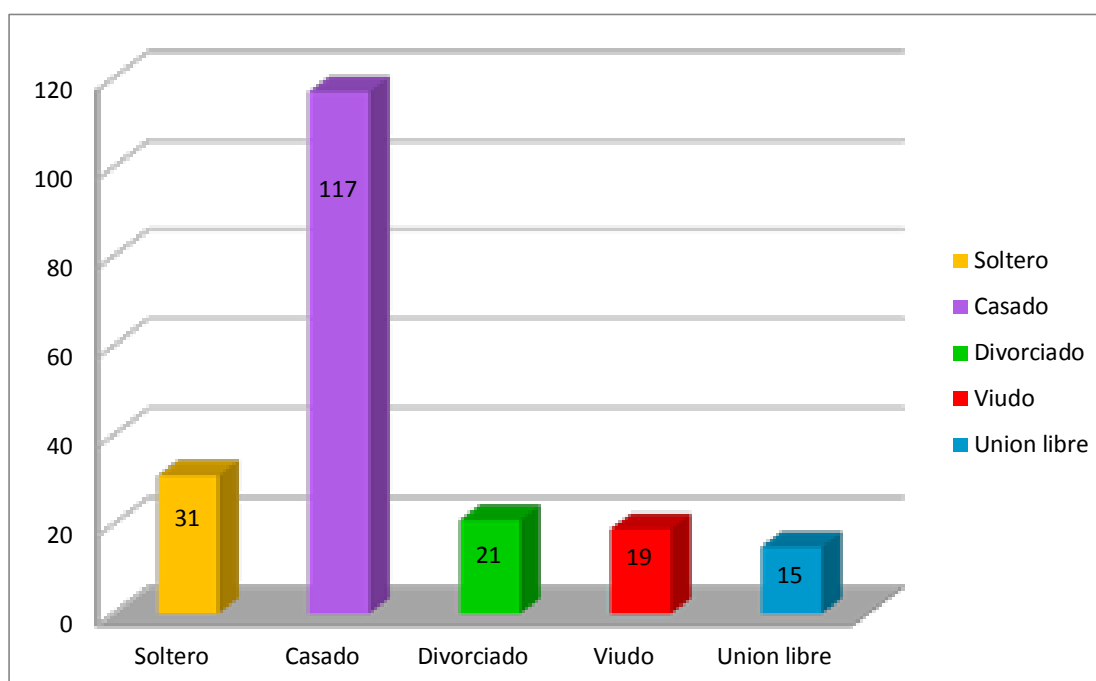
Fuente: Encuesta de características sociodemográficas en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Tabla 4. Características socio demográficas de acuerdo al estado civil.**

Estado civil	Núm. de pacientes	%
Soltero(a)	31	15.2
Casado(a)	117	57.6
Divorciado(a)	21	10.3
Viudo(a)	19	9.3
Unión libre	15	7.3

Fuente: Encuesta de características sociodemográficas en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Gráfica 4. Características socio demográficas de acuerdo al estado civil.**



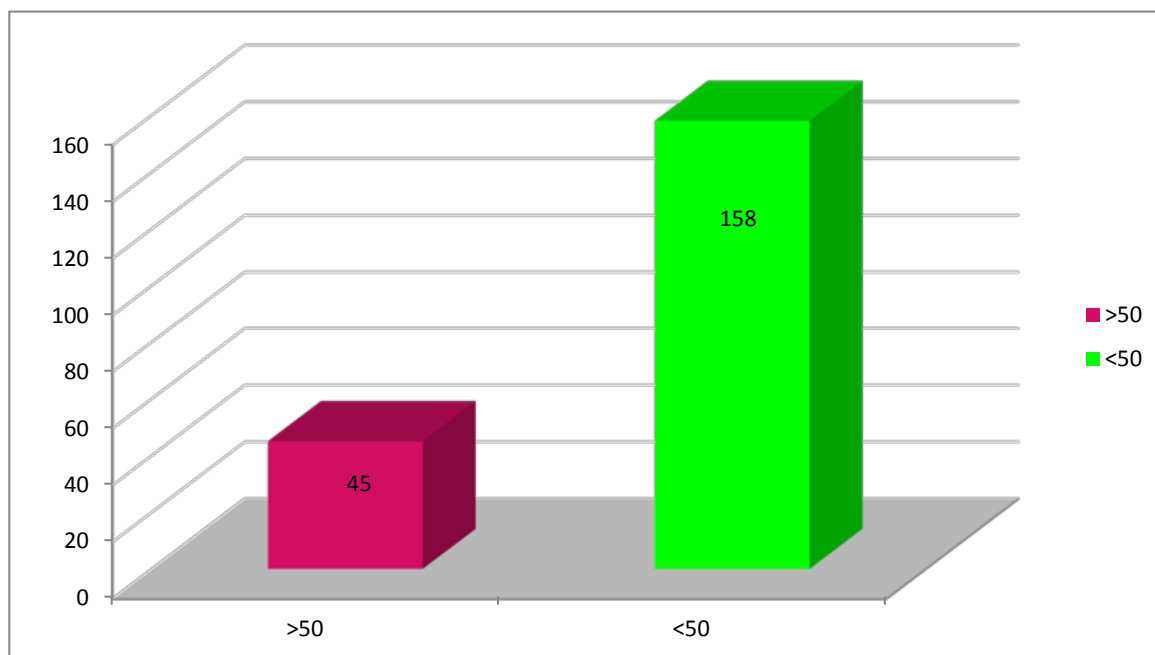
Fuente: Encuesta de características sociodemográficas en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Tabla 5. Puntaje obtenido del cuestionario de Calidad de vida KDQoL SF36**

<b>Puntaje KDQoLSF 36</b>	<b>No. pacientes</b>	<b>%</b>
<b>&gt;50</b>	<b>45</b>	<b>77.8</b>
<b>&lt;50</b>	<b>158</b>	<b>22.2</b>

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida KDQoLSF36 en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Gráfica 5. Puntaje obtenido del cuestionario de Calidad de vida KDQoL SF36**



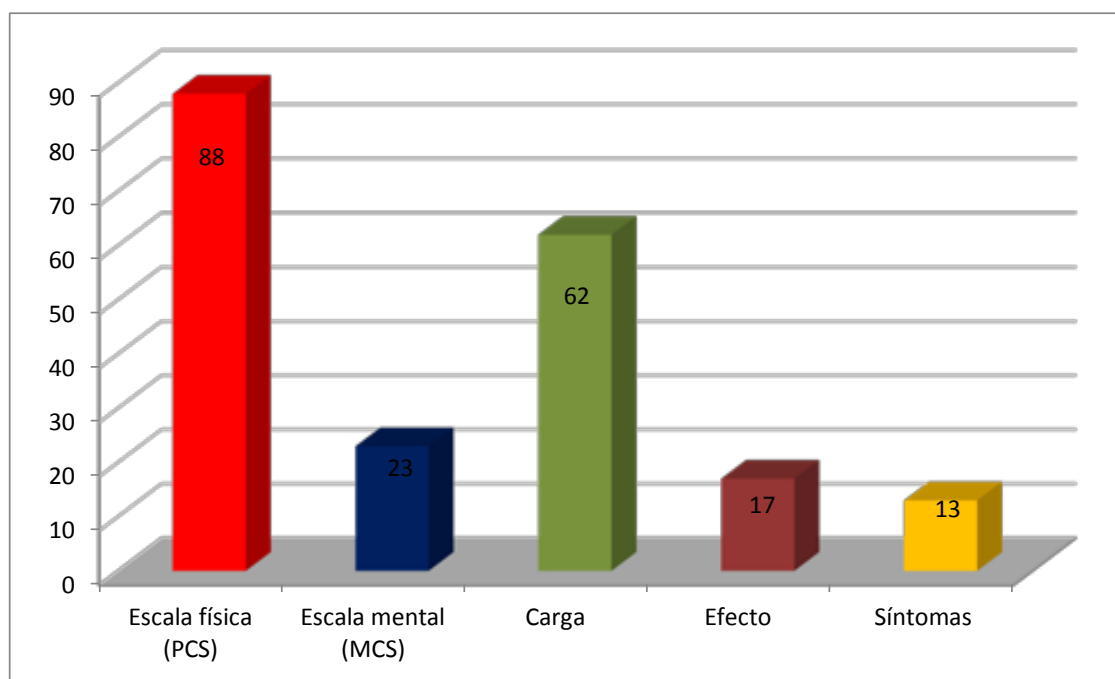
Fuente: Cuestionario de Calidad de vida KDQoLSF36 en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Tabla 6. Puntaje con puntuación más baja en cuestionario de calidad de vida KDQoL SF36 por subescalas.**

<b>Escalas y subescalas con menor puntuación</b>	<b>No. de pacientes</b>
<b>Escala física (PCS)</b>	88
<b>Escala mental (MCS)</b>	23
<b>Carga</b>	62
<b>Efecto</b>	17
<b>Síntomas</b>	13

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida KDQoLSF36 en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33

**Gráfica 6. Puntaje con puntuación mas baja en cuestionario de calidad de vida KDQoL SF36 por subescalas**



Fuente: Cuestionario de Calidad de vida KDQoLSF36 en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con DP adscritos a la UMF33



## DISCUSION.

Con respecto a las características sociodemográficas podemos observar que en la distribución por sexo o genero el 55.1% o sea 112 pacientes representan al sexo masculino y en menor porcentaje con un 44.8% o 91 pacientes el sexo femenino, lo que concuerda con otros estudios como el de Villegas C. y cols. en donde el 62% de los pacientes son del sexo masculino y 38% del sexo femenino, esto pudiese ser porque los hombres son los que acuden en menor frecuencia a los servicios de salud con respecto a la mujeres por lo que podríamos suponer que llevan un menor control de sus padecimientos presentando así mas complicaciones y llegando a etapas terminales de su enfermedad.

De acuerdo al grupo etario la mayoría se encuentra entre los 61 y 75 años, ya que la IR puede ser una complicación de otras patologías crónico degenerativas desarrolladas anteriormente y que durante esa edad pudieron haber tenido repercusiones llegando al tratamiento sustitutivo, el cual al mismo tiempo le permite tener una sobrevivida mayor, lo que coincide de igual manera con Villegas C. y cols., en donde 68% de los pacientes es mayor de 60 años ; así mismo encontramos una mayor población desempleada o pensionada lo cual esta en relación con el grupo de edad de mayor porcentaje; y un mayor porcentaje de población con un estado civil casados, lo que también es similar a los encontrado en estudio antes mencionado.

Un alto porcentaje de los pacientes de nuestro censo obtuvo puntajes bajo el valor referencial de 50, de una escala de 1 a 100, obtenido del cuestionario KDQoL SF36, lo que nos habla de una mala calidad de vida. Así podemos comprobar lo publicado previamente en otros estudios, como en el realizado por Villegas C y col., en donde se señala que el 51% de la muestra tiene menor CVRS respecto a la población general. Y como en el estudio de Caballero-Morales y cols., que también demuestra que los pacientes con IRC perciben una mala calidad de vida.

Sin embargo en el estudio de Gayle F. y cols., realizado en el 2007 en una población de Jamaica y Panamá, obtuvieron buenas puntuaciones con respecto a su calidad de vida, esto pudiera haber sido por que los dos estudios anteriores fueron realizados en una población mexicana y éste ultimo en población extranjera, entonces tomando en cuenta que tenemos diferente educación, costumbres alimentación, servicios de salud etc., es probable que estos factores hayan influido en el puntaje obtenido en dicho estudio.

En lo que si coinciden Villegas, Caballero- Morales, Gayle con nuestro censo es en que los puntajes mas bajos se obtuvieron en la escala física y en la subescala de carga en comparación con la escala mental y las subescalas, síntomas y efectos de la enfermedad renal, esto puede explicarse porque la subescala carga evalúa la percepciones de frustración e interferencia de la enfermedad en la vida

de cada persona, independiente de los síntomas o la adaptación a los efectos de la enfermedad en su vida cotidiana.

## **CONCLUSION.**

Como podemos observar 55.1% de nuestros encuestados son hombres, el grupo de edad con mayor pacientes fue entre los 60 y 75 años, la mayoría están pensionados y también la mayoría son casados. En relación a la calidad de vida percibida, el 77.8% de nuestra población encuestada refiere una mala calidad de vida. Y las escalas mas afectadas fueron la escala física y la subescala de carga.

De tal manera que es conveniente hacer énfasis en la prevención primaria para poder prevenir y detectar tempranamente patologías y otros factores que nos puedan llevar a la progresión de una enfermedad renal. Es necesario fortalecer la creación de grupos de autoayuda e incorporar y desarrollar programas para mejorar la calidad de vida de los pacientes

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Dehesa E. Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. *Nefrología* 2008; 3 ,73-78
2. Urzua A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev. Med Chile* 2010;138, 358-365
3. Méndez-Duran A., Méndez-Bueno F., Tapia Y, Muñoz M., Aguilar S. Epidemiología de la Insuficiencia renal crónica en México. *Dial Traspl.* 2010;31 (1): 7-11
4. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*; 2003; IX(2),9-21.
5. Badía X., Carné X. La evaluación de la calidad de vida en los ensayos clínicos. *Med Clin* , 2000; 110, 550-556.
6. Velarde E., Ávila F. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 448-463.
7. García H, Calavanese N. Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal, *Psicología y salud.* 2008;18 (01), 5-15.
8. Álvarez-Ude F, Galán P, Vicente E, Álamo C, Fernández- Reyes, Badía X. Adaptación transcultural y validación de la versión española del Kidney Disease Questionnaire (Cuestionario de la enfermedad renal) *Nefrología.* 1997; (6):486-496.
9. Arostegui M., Núñez A.. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud Short Form-36 (SF-36), *Estadística Española* 2008; 50 (167) 147-192
10. Zúñiga C., Dapuetto J., Müller O., Kirsten L., Alid R., Ortiz L: Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL SF 36)" *Rev. Med Chile*; 2009; 137, 200-207
11. Gayle F. et al. Calidad de vida en la etapa terminal de la enfermedad renal: un estudio comparativo multicéntrico. *West Indian med.* 2009; (58), 235-242.

12. Villegas C., Castañeda L. Calidad de vida del paciente diabético con diálisis peritoneal continua ambulatoria Rev. Enferm 1999; 7 (2): 83-87
13. Caballero-Morales S., Trujillo G., Welsh O., Hernández C., Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. Archivos en medicina familiar. 2006; 8, 163-168.
14. Rodríguez A., Rodríguez A., Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Med IMSS 2004; 42 (2) 97-102
15. Evaluación de los riesgos considerados en el programa de administración de riesgos institucionales. Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales. Dirección de finanzas. Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; 39-44.
16. Alvarez-ude F., Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. Nefrología, supl. 1
17. Rebollo P., Bobes J., González M., Saiz P. y Ortega F. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). Nefrología. 2000 XX (2) .
18. Rebollo P, Bobes J, González MP, Saiz P, Ortega F., Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva. Nefrología 2000; (2),171-181.
19. Jofré R., Factores que afectan a la calidad de vida relacionada con la salud en prediálisis, diálisis y trasplante renal, Nefrología 2000; (1), 73-83.
20. Álvarez-Ude F., Vicente E., Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. Nefrología 2000; (6):572-580.
21. Vázquez I, Valderrábanos F, Fort I, Jofre R, López-Gomez J, Moreno F, Sanz-Guajardo D., Grupo Cooperativo Español para el estudio de la Calidad de Vida del paciente renal de la Sociedad Española de Nefrología.[Differences in health-related quality of life between male and female hemodiálisis patients]. Nefrología 2004; 24, 167-78
22. Contreras F., Esguerra, Espinosa J., Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. Acta colombiana de Psicología, 2007; 10 (2),169-179

# ANEXOS.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA**

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: \_\_\_\_\_

Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal, adscritos a la U.M.F. 33 El Rosario.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: \_\_\_\_\_

**El objetivo del estudio es:**

Determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal en tratamiento con diálisis peritoneal adscritos a la U.M.F. 33 El rosario

**Se me ha explicado que mi participación consistirá en:**

Contestar las preguntas del cuestionario

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

Tendré que disponer de mas tiempo del habitual durante el tiempo de consulta, de presentar alguna complicación podré ser derivado a un segundo nivel de atención.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

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

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del paciente**

**Dra. Mónica Enriquez Neri Mat. 5399548**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.**

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

**Tel. 53 82 53 77 Ext. 21407**

**Testigos**

\_\_\_\_\_  
**Tel. 53 82 53 77 Ext. 21407**

## CUESTIONARIO 1.

Lea cuidadosamente las preguntas y conteste marcando con una x o encerrando el inciso que mas se acerque a su respuesta.

1. Sexo:

a) Masculino

b) Femenino

2. Edad en años:

a) 18-30 años

b) 31-45 años

c) 46-60 años

d) 61-75 años

e) mayores de 76 años.

3. Ocupación:

a) Desempleado/pensionado

b) Obrero o comerciante

c) Campesino

d) Ama de casa

e) Estudiante

f) Profesionista

4. Estado civil:

a) Soltero(a)

b) Casado(a)

c) Divorciado(a)

d) Viudo(a)

e) Unión libre



## CUESTIONARIO 2.

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

1. En general, usted diría que su salud es: [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

1	2	3	4	5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal.

Su salud actual le limita para hacer sus actividades? Si es así marque ¡cuanto?

	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No. No me limita nada
2. Esfuerzos moderados como mover mesa, pasar la aspiradora, jugar bolos o caminar más de una hora.	1	2	3
3. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3

Durante las ultimas 4 semanas ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física.

	Si	No
4. Ha logrado hacer menos de los que le hubiera gustado	1	2
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades <sup>1</sup>	1	2

Durante las ultimas 4 semanas Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse triste deprimido o ansioso)

	Si	No
6. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado del usual.	1	2

8. Durante loas ultimas 4 semanas ¿Cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal, incluyendo el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos?

Nada en obsoleto	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

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.

Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9. Se sintió calmado y tranquilo	1	2	3	4	5	6
10. Tuvo mucha energía	1	2	3	4	5	6
11. Se sintió demasiado triste	1	2	3	4	5	6

**12.** 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?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

**Su Enfermedad del Riñón**

¿En qué medida considera cierta o falsa en su caso cada una de las siguientes afirmaciones?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
<b>13.</b> Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida	1	2	3	4	5
<b>14.</b> Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	1	2	3	4	5
<b>15.</b> Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	1	2	3	4	5
<b>16.</b> Me siento una carga para la familia.	1	2	3	4	5

Durante las ultimas 4 semanas ¿Cuánto le molesto cada una de las siguientes cosas?

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
<b>17.</b> Dolores musculares	1	2	3	4	5
<b>18.</b> Dolor en el pecho	1	2	3	4	5
<b>19.</b> Calambres	1	2	3	4	5
<b>20.</b> Picones en la piel	1	2	3	4	5
<b>21.</b> Sequedad de piel	1	2	3	4	5
<b>22.</b> Falta de aire	1	2	3	4	5

23. Desmayos o mareo	1	2	3	4	5
24. Falta de apetito	1	2	3	4	5
25. Agotado sin fuerza	1	2	3	4	5
26. Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies	1	2	3	4	5
27. Nauseas o molestias en el estómago	1	2	3	4	5
28 <sup>a</sup> . (Solo para pacientes hemodiálisis) problemas con la fistula.	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
28 <sup>b</sup> . (solo para pacientes con diálisis peritoneal) problemas con el catéter.	1	2	3	4	5

Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas?

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
29. Limitación de líquidos	1	2	3	4	5
30. Limitaciones de dieta	1	2	3	4	5
31. Su capacidad para trabajar en casa	1	2	3	4	5
32. Su capacidad para viajar	1	2	3	4	5
33. Dependencia de médicos y otro personal sanitario	1	2	3	4	5

34. Tensión nerviosa o preocupaciones caudas por la enfermedad del riñón	1	2	3	4	5
35. Su vida sexual	1	2	3	4	5
36. Su aspecto físico.	1	2	3	4	5