



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SECUNDARIA A DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS PERITONEAL DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

DRA. TORRIJOS RIVERA JOCELYN KARINA

Cel: 5525043633. Email: jocelyntorrijos@gmail.com

DIRECTOR DE TESIS

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

Cel: 5535143649. E-mail: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx

ASESOR METODOLÓGICO

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Cel: 5520671563. E-mail: lalovilchis@gmail.com

ASESOR CLÍNICO

DRA. TORO FONTANELL ANA GLORIA

Cel: 5544907941. E-mail: anafontanell@hotmail.com

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, FEBRERO 2016
NÚMERO DE REGISTRO: 2015-3605-22**



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.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SECUNDARIA A DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS PERITONEAL DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Torrijos Rivera Jocelyn Karina¹, Dr. Espinoza Anrubio², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³, Dra. Toro Fontanell Ana⁴.

ADSCRIPCIÓN DE AUTORES:

1 Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

2 Coordinador de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

3 Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

4 Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

OBJETIVO: Evaluar la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes tipo 2 en tratamiento con Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, cualquier género, con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) secundaria a Diabetes tipo 2, en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No.8. Criterios de eliminación: pacientes que no quisieron participar y que no firmaron el consentimiento informado. Muestra: 239 pacientes, IC 99%, amplitud de IC 0.10. Instrumento: KDQOL-SF 36.

RESULTADOS: Se estudiaron 239 pacientes; predominio sexo masculino: 124(51.9%). Pacientes con mala calidad de vida: 130(54.4%). Prevalcieron con mala calidad de vida: sexo femenino 68(28.5%), edad entre 61 a 80 años 71(29.7%), desempleados 115(48.1%), con primaria trunca 44(18.4%) y casados 83(34.7%).

CONCLUSIONES: Los pacientes con IRC secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de nefrología del HGZ/UMF No.8 tienen mala calidad de vida, la cual debe ser considerada uno de los principales objetivos terapéuticos en las enfermedades de tipo crónico, todo lo anterior basado en los tres ejes de la Medicina Familiar: continuidad, acción anticipatoria y estudio de la familia.

PALABRAS CLAVE: Insuficiencia renal crónica, diálisis peritoneal, calidad de vida.

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SECUNDARIA A DIABETES TIPO 2
EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS PERITONEAL DEL SERVICIO DE
NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Carlos Ernesto Castillo Herrera
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del
Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del
Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General
de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor metodológico de tesis

Dra. Ana Gloria Toro Fontanell
Especialista en Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor clínico

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios y a la vida por permitirme llegar y realizar uno de mis más grandes sueños, por lo que me han dado para seguir adelante y lograr mis objetivos.

A mis padres a los cuales amo infinitamente y que me han apoyado incondicionalmente en todo momento, por sus palabras de aliento, consejos, desvelos, regaños, abrazos, risas, lágrimas, paciencia, tolerancia, pero sobre todo por su gran amor. Con sus enseñanzas y apoyo me han hecho crecer como persona y me han dado fuerza para seguir adelante cumpliendo cada uno de mis sueños con constancia, responsabilidad y dedicación. Gracias por confiar en mí y darme la libertad de ser quien quiero ser.

A mi hermana, mi mejor amiga y cómplice en todo momento, que siempre estuvo a mi lado apoyándome incondicionalmente, confiando en mí, animándome a seguir adelante en los momentos más difíciles y enseñándome que si me lo propongo puedo lograr lo que sea. Gracias por tu amor, tolerancia, consejos y por todo lo que me has enseñado, te amo Charly.

A Luis, por su amor, tolerancia, constancia, paciencia, tiempo, dedicación y fuerza, por apoyarme en los momentos de alegría, tristeza, frustración y enojo, animándome a seguir adelante con la frente en alto y siempre tomando mi mano acompañándome en este sueño sin soltarme en ningún momento, porque siempre tuviste una sonrisa y abrazo para reconfortarme y hacerme sentir al cien, muchas gracias por ser y estar siempre... Ich liebe dich.

A Marco, a quien quiero mucho, gracias por el apoyo, cariño, confianza y por siempre animarme a seguir adelante en mis momentos de flaqueza.

A mis amigos Alely, Martel, Oscar y Pamela, mi segunda gran familia, por su apoyo, regaños, por todas esas risas que nunca faltaron hasta en los momentos más tensos de la Residencia, por su cariño y amistad incondicional, por todas las cosas buenas y malas que pasamos juntos y que ahora son anécdotas que aunque haya pasado tiempo seguiré contando y riendo como si hubieran sido ayer. Gracias por todo y recuerden que los quiero mucho.

A mis profesores por sus enseñanzas y apoyo en estos años de nuevo aprendizaje, por reforzar lo ya aprendido, por enseñarme a ir siempre con la frente en alto y la camiseta bien puesta de nuestra especialidad de la cual me enorgullece ser egresada.

A la Dra. Ana Gloria Toro Fontanell, una doctora admirable y la cual merece todo mi respeto por lo que ha logrado, gracias por brindarme sus enseñanzas, su tiempo, por hacerme crecer y ser un mejor médico.

Todo lo que he hecho y aprendido en estos años para lograr este sueño ha valido la pena, gracias a todos por ser parte fundamental de mi vida, por hacerme crecer como persona y a nivel profesional.

Me siento plena, muy feliz, pero sobre todo muy orgullosa de haber alcanzado la meta y con una sonrisa en los labios puedo decir lo logré, soy Médico Familiar.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3. JUSTIFICACIÓN	19
4. OBJETIVO GENERAL	20
5. HIPÓTESIS	21
6. MATERIALES Y MÉTODOS TIPO DE INVESTIGACIÓN	22
7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	23
8. POBLACIÓN O UNIVERSO	24
9. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN	25
10. MUESTRA TAMAÑO DE MUESTRA	26
11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	27
12. VARIABLES	28
13. DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES	30
14. DISEÑO ESTADÍSTICO	31
15. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	32
16. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	34
17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	35
18. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	37
19. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
20. RESULTADOS	42

21. DISCUSIONES	60
22. CONCLUSIONES	64
23. BIBLIOGRAFÍA	67
24. ANEXOS	70

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades crónicas son padecimientos que afectan el estilo de vida de los individuos que las padecen. Las complicaciones y los tratamientos requieren de un cambio en el estilo de vida, ya que en ocasiones estos tienen una eficacia limitada y contribuyen al malestar físico y psicológico de ellos mismos y sus familias. ⁽¹⁾

Enfermedad crónica es un concepto que indica un curso prologado de una enfermedad, que puede ser progresiva o letal y que requiere en la mayoría de los casos una atención médica continua. La enfermedad crónica no desaparece, puede manifestar diferentes síntomas en función de la etiología, del curso, de la enfermedad y del pronóstico, también cabe distinguir entre la que mantiene una evolución invariable y la que contempla la expectativa de una muerte precoz. ⁽²⁾

Dentro de esta gama de enfermedades crónicas se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), la cual constituye un importante problema de Salud Pública. Esta enfermedad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. Se distingue por un comienzo insidioso, alternando con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida. ⁽³⁾

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La Insuficiencia Renal Crónica se define como la existencia de lesión renal o filtrado glomerular (FG) $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2\text{SC}$ durante un periodo ≥ 3 meses. Por otra parte, entendemos como Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) a la condición subsidiaria de iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal (TSFR), la cual corresponde al estadio 5 de la clasificación de IRC de las guías Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQUI) publicada por la National Kidney Foundation en el 2002 y las últimas guías Kidney Disease Improving Global Outcomes (K/DIGO) 2012 (FG $< 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2\text{SC}$ y A/Cr $>300 \text{ mg/g}$ o $>30 \text{ mg/mmol}$), la cual es la manifestación más avanzada de la ERC. ⁽⁴⁾

La insuficiencia renal es un proceso que expresa la pérdida de capacidad funcional de las nefronas, con tendencia a empeorar y ser irreversible. Dada la disminución de la función de las nefronas, los riñones pierden su capacidad de excretar los productos de desecho en la orina y de mantener el balance químico en la sangre, funciones vitales e indispensables para la sobrevivencia del organismo. El riñón desempeña 5 funciones principales que son necesarios para el mantenimiento de la vida: 1) la producción de orina (inherente a la regulación de la presión arterial); 2) función endócrina (de renina, eritropoyetina, vitamina D y prostaglandinas); 3) participa en el equilibrio ácido-base; 4) mantiene constante la composición del líquido extracelular mediante mecanismos tubulares (reabsorción y secreción) y hormonales (hormona antidiurética y aldosterona) y 5) eliminación de productos del catabolismo celular en especial urea y creatinina. ⁽⁵⁾

Las cifras de morbi-mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. Está considerada como una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbi-mortalidad en programas de sustitución. Este país está compuesto por 31 estados con una población identificada en el año 2005 de 103.263.388 millones de habitantes, hasta el momento se carece de un registro de pacientes con IRC 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. De acuerdo con las últimas estadísticas establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la incidencia de pacientes con IRC es 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 IMSS. Se registró un incremento de 92 pacientes por millón de habitantes en 1999 a 400 pacientes por millón de habitantes en el 2008. La IRC se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad general en el IMSS, ocupa la octava causa de defunción en el varón de edad productiva y la sexta en la mujer de 20 a 59 años, mientras que por demanda de atención en los servicios de urgencias del segundo nivel de atención ocupa el décimo tercer lugar, el noveno en las unidades de tercer nivel y el octavo como causa de egreso hospitalario por defunción. ⁽⁶⁾

En la actualidad la IRC afecta a un porcentaje significativo de la población debido a que fundamentalmente sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial, la diabetes, obesidad y la enfermedad vascular. La IRC es la resultante de diversas enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus en un 50% y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que lamentablemente conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. ⁽⁷⁾

Los factores que confieren un riesgo aumentado de IRC se pueden clasificar en 1) factores de susceptibilidad a IRC: aumentan la posibilidad de desarrollar la enfermedad; 2) factores iniciadores: pueden iniciar directamente el daño renal; 3) factores de progresión: pueden empeorar y acelerar el deterioro de la función renal y 5) factores de estadio final: incrementan la morbi-mortalidad en los estadios finales de la enfermedad. Algunos factores de riesgo pueden ser a la vez de susceptibilidad, iniciadores y de progresión, como por ejemplo la hipertensión arterial. Podemos encontrar también entre los factores de riesgo la edad ≥ 60 años y otros modificables como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular (obesidad, dislipidemia y tabaquismo). Ver anexo 1 (8)(9)

La IRC es un síndrome con manifestaciones clínicas muy variadas que afecta a la mayor parte de órganos y sistemas, entre ellas podemos encontrar anemia, encefalopatía, hipertensión, artritis gotosa, derrame pleural, anorexia, desnutrición, hiperinsulinemia, disfunción eréctil, hiperpigmentación, depresión, entre otras; lo cual es un reflejo de la complejidad de las funciones que el riñón desempeña en

condiciones fisiológicas, así como de las severas consecuencias que comporta la disfunción renal.⁽¹⁰⁾

Los estadios evolutivos de la IRC fueron propuestos en las guías K/DOQUI en el año 2002, las cuales proponen estimar el grado de función renal mediante fórmulas como la ecuación modificada del estudio Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) o la fórmula de Cockcroft-Gault. Ver anexo 2 En el estadio 1, daño renal con FG normal o aumentado (FG 90 ml/min/1.73 m²SC), la IRC se establece por la presencia de algún daño renal diagnosticado por método directo (alteraciones histológicas en la biopsia renal) o daño renal diagnosticado de forma indirecta por marcadores (albuminuria o proteinuria elevadas, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen). El estadio 2 corresponde a daño renal acompañado de una reducción ligera del FG (FG entre 60 y 89 ml/min/1,73 m²SC). La detección de un FG ligeramente disminuido puede ser frecuente en ancianos. En la tercera edición de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) prácticamente un 75% de los individuos mayores de 70 años presentaron un FG estimado < 90 ml/min/1,73 m²SC. El hallazgo de un FG levemente reducido debe llevar a descartar datos de daño renal, fundamentalmente microalbuminuria o proteinuria mediante la realización del cociente albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina y alteraciones en el sedimento urinario mediante el análisis sistemático clásico. También se valorará la existencia de situaciones de riesgo de IRC, fundamentalmente hipertensión arterial y diabetes. El estadio 3 es una disminución moderada del FG (FG entre 30-59 ml/min/1,73 m²SC), los datos de daño renal pueden estar ausentes o presentes. En este estadio se observa un riesgo claramente aumentado de progresión de la IRC y de complicaciones cardiovasculares y pueden aparecer las complicaciones clásicas de la insuficiencia renal como la anemia o las alteraciones del metabolismo fosfocálcico. El estadio 4 es una disminución grave del FG (FG entre 15 y 29 ml/min/1,73 m²SC). Tanto el riesgo de progresión de la insuficiencia renal al estadio 5 como el riesgo de que aparezcan complicaciones cardiovasculares son muy elevados. El estadio 5 de la IRC es un FG < 15 ml/min/1,73 m² SC y se denomina también fallo renal (kidney failure). La valoración de la indicación del tratamiento renal sustitutivo es definitiva, especialmente cuando se presentan síntomas o signos urémicos. Para la clasificación de IRC también se toma en cuenta la clasificación adaptada por las K/DIGO 2012 en la que se toma en cuenta el cociente albúmina creatinina y estadios de FG para valorar el pronóstico de la IRC. Ver anexo 3 (11)

Una vez que se ha diagnosticado la IRC con base a los estudios de laboratorio como la cuantificación de excreción urinaria de albúmina en orina de 24 hrs y la estadificación mediante el cálculo de la tasa de FG con ayuda de la fórmula de Cockcroft-Gault, se realiza la clasificación en estadios de K/DOQUI y K/DIGO, con las cuales se busca dar al paciente un modelo terapéutico para dicho padecimiento y se basa en tratamiento médico, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), diálisis peritoneal automatizada (DPA), hemodiálisis o trasplante renal. En cada paciente hay que optar por la terapéutica inicial más idónea y para ello hay que valorar las diversas características del paciente de carácter personal, socio-laboral, comorbilidad asociada, valoración de beneficios, riesgos, calidad de vida, etc.⁽¹²⁾

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica comprende cuatro aspectos: 1) tratamiento específico: en la fase de uremia el tratamiento de la enfermedad de base no modifica la progresión pero si puede hacerlo en fases iniciales de insuficiencia renal; 2) tratamiento conservador: tiene como objetivos prevenir la aparición de síntomas de la IRC, minimizar las complicaciones y preservar la función renal; 3) prevención y tratamiento de las complicaciones: requiere la individualización del tratamiento según la afectación de distintos órganos y aparatos por la IRC; y 4) depuración extrarenal: en la IRC terminal o fase de uremia avanzada el único tratamiento posible es la diálisis-hemodiálisis, diálisis peritoneal o el trasplante renal (donante vivo o cadáver). ⁽¹³⁾

El tratamiento sustitutivo de la función renal basado en diálisis se define como un método de depuración sanguínea extrarrenal de solutos y toxinas, su objetivo es eliminar líquido del organismo, depurar toxinas endógenas y exógenas y normalizar las alteraciones electrolíticas. Está basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana vascularizada semipermeable, que mediante mecanismos de transporte osmótico y difusivo permite pasar agua y distintos solutos desde los capilares sanguíneos peritoneales al líquido dializado. Las sustancias que atraviesan la membrana peritoneal son las de pequeño peso molecular: urea, potasio, cloro, fosfatos, bicarbonato, calcio, magnesio, creatinina, ácido úrico; las sustancias de peso molecular elevado no consiguen atravesar el peritoneo. Utilizando estos principios fisiológicos, la diálisis lo que hace es infundir en la cavidad peritoneal un líquido dializante de composición similar al líquido extracelular, siguiendo el gradiente osmótico, se producirá la difusión y osmosis de tóxicos y electrolitos desde la sangre al líquido introducido. Hay dos modalidades de diálisis, la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) que es una técnica manual, donde se utiliza una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal, transcurridas seis a ocho horas se drena impregnada de toxinas urémicas; y la diálisis peritoneal automatizada (DPA) donde se utiliza una cicladora para la infusión dializante y posterior drenaje. La eficacia de este método puede verse afectada cuando existen cambios en la permeabilidad de la membrana peritoneal (por ejemplo infección o irritación) o disminución del flujo sanguíneo peritoneal o alteración del flujo sanguíneo capilar (por ejemplo vasoconstricción o vasculopatías). La inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y sociales. ⁽¹⁴⁾

En los pacientes con IRCT el tratamiento más utilizado en los últimos años es la hemodiálisis, la cual está basada en las leyes físicas y químicas que rigen la dinámica de los solutos a través de las membranas semipermeables, aprovechando el intercambio de los solutos y del agua a través de una membrana de este tipo. De esta manera mediante transporte difusivo y convectivo se extraen los solutos retenidos y mediante ultrafiltración se ajustará el volumen de los líquidos corporales consiguiendo sustituir de este modo la función excretora del riñón. El resto de las funciones, de las que existe un progresivo conocimiento, se deberán intentar suplir de otro modo, pues sólo el trasplante puede realizarlas por completo. Para llevar a cabo el tratamiento con hemodiálisis debe resolverse previamente cuándo comenzar dicho tratamiento, a quién se debe aplicar y cómo debe manejarse el

paciente antes de comenzar el tratamiento. En la actualidad, la indicación para comenzar el tratamiento con hemodiálisis está clara en aquellos casos en los que el tratamiento conservador no consigue controlar los síntomas de la IRCT y el paciente se siente incapaz para desarrollar su vida normal. Los problemas surgen cuando el paciente con IRC no presenta síntomas claros de uremia, por ello, se ha buscado en el aclaramiento de creatinina el parámetro objetivo para definir el momento ideal para comenzar la hemodiálisis. Se estima que la hemodiálisis debe comenzar cuando el aclaramiento de creatinina se encuentra entre 5 y 10 ml/minuto, eligiendo el momento adecuado en cada caso, según la situación clínica y la presencia o ausencia de síntomas urémicos. El segundo problema a resolver es la indicación o contraindicación del tratamiento con hemodiálisis, debiendo tomarse la decisión de si debe o no ser incluido en el programa. Actualmente la relajación de criterios es casi absoluta y la hemodiálisis se considera indicada en casi todos los pacientes con IRC. Esto ha hecho que aumente el número total de pacientes que anualmente comienzan con tratamiento y que aumente el número de aquellos que presentan limitaciones claras en su estado de salud y que no son trasplantables lo que supone una elevación porcentual de los llamados pacientes de alto riesgo. ⁽¹⁵⁾

Si bien la expectativa de muerte debido a la falla renal no necesariamente es inmediata si hay tratamiento, se considera que a partir de este nivel hay una posibilidad importante de muerte en los años próximos y por ello el tratamiento ideal para extender la esperanza de vida de esta persona suele ser el trasplante renal, aunque existen otros tratamientos que pueden contribuir a aumentar el tiempo de vida de la persona. ⁽¹⁶⁾

CALIDAD DE VIDA

Levi Anderson (1980) considera que la calidad de vida es “una medida compuesta por bienestar físico, mental y social tal y como la percibe cada individuo y cada grupo”, desde la visión que el propio paciente tiene de su salud y de los aspectos de su vida relacionados con ella. ⁽¹⁷⁾

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

La calidad de vida relacionada con la salud (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. La CVRS es un concepto de relativamente reciente aparición. La importancia de su evaluación en enfermos crónicos como los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en terapia renal sustitutiva (TRS) es algo comúnmente aceptado por los clínicos y en particular por los nefrólogos de nuestro país. La conservación o restauración de la CVRS en estos enfermos ha venido a convertirse en el objetivo terapéutico. La CVRS es una medida multidimensional que refleja el bienestar de un paciente, valorando dominio físico, mental y social. ⁽¹⁸⁾

Los pacientes que cursan con IRC enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Se ha investigado el impacto psicológico de la vivencia de la IRCT. Las personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal sufren cambios psicológicos y sociales que no sólo afectan a ellas, sino también a toda su familia. Algunas personas aceptan el hecho de que tienen una enfermedad renal y necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas, otras personas en cambio pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión y frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares. ⁽¹⁹⁾

El paciente con insuficiencia renal está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible. El paciente se ve sometido a un severo deterioro físico; suele presentar insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón de pies y tobillos y una percepción de mal sabor en la boca debida a la falta de eliminación de desechos, lo que genera que se sienta limitado en su vida diaria y experimente sentimientos de minusvalía, incapacidad e indefensión, efectos que redundan en la percepción de su calidad de vida, lo que tiene importantes implicaciones para el tratamiento. ⁽²⁰⁾

Además de las características de la IRC y su tratamiento, la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a la máquina de diálisis y al personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares y en el aspecto físico y la situación laboral, entre otros, explican la aparición de trastornos emocionales en los pacientes en esta condición que ven afectada su calidad de vida relacionada con la salud en cuanto que esta implica la evaluación que hace respecto de su grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, así como de bienestar emocional y percepción general de la salud. ⁽²¹⁾

Se ha encontrado que en los pacientes con IRC las áreas de la calidad de vida que se ven más afectadas son la salud, familia, pareja, situación económica, trabajo, ocio y relaciones sociales. Es por tanto necesario tener en cuenta, no sólo la supervivencia, sino también el tipo de vida que llevan estas personas (satisfactoria o no) y el nivel de incapacidad; es decir, la calidad más la cantidad. ⁽²²⁾

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL CON DIÁLISIS PERITONEAL

El *Kidney Disease Quality of life (K/DQOL-TM)* fue desarrollado por el Kidney Disease Quality of Life Working Group como una medida de auto-reporte específica de la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad renal y en diálisis; pese al rendimiento de este cuestionario para evaluar la medida de la salud, algunos autores fueron reacios a su uso por considerarlo demasiado extenso, ya que consta de 97 ítems, por tal motivo se elaboró el Kidney Disease Quality of Life Short Form (K/DQOL-SF 36), versión reducida del anterior, desarrollado y validado en la Universidad de Arizona, adaptado en su versión al español por Alonso y cols. en 1997 y validada preliminarmente en 1998. ⁽²³⁾

Su fiabilidad se estimó mediante el alfa de Cronbach para cada subescala del K/DQOL – SF 36. El alfa de Cronbach de $> 0,7$ se consideró como de una alta consistencia interna. Para el análisis de la validez del constructo se seleccionaron instrumentos, comorbilidades y las pruebas de laboratorio que se esperaba que se correlacionaran con al menos una de las subescalas de K/DQOL – SF 36. La primera medida de validez del constructo fue la correlación entre la puntuación global de calificación de la salud (el primer elemento de la KDQOL – SF 36) y cada una de las subescalas de K/DQOL – SF 36. En segundo lugar, se calcularon las correlaciones entre el núcleo genérico de los K/DQOL – SF 36 y la selección de medidas que se espera que se correlacionen con el PCS o MCS incluyendo el Inventario de Depresión de Beck (BDI), un instrumento de 21 ítems para medir la depresión; el Estudio Multiétnico de la Aterosclerosis (MESA); la actividad física típica semanal (TWPAS), que mide la cantidad de actividad física de diferentes intensidades que es realizada por los pacientes y el cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ), que se centra en la CVRS en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. En tercer lugar, se seleccionó una serie de medidas que se esperaba que se correlaciona con las subescalas específicas de enfermedades renales del K/DQOL – SF 36. ⁽²⁴⁾

El K/DQOL - SF 36 consta de 43 ítems relativos a la enfermedad renal (síntomas, efectos y limitaciones de la enfermedad, efectos en el trabajo y responsabilidades familiares, dimensión psíquica, calidad de las relaciones sociales, sueño, apoyo social y satisfacción con la atención y cuidados recibidos por el personal que le atiende). Incluye además los 36 ítems del cuestionario MOS que cubren 8 dimensiones del estado de salud (función física, limitación del rol físico, dolor corporal, percepción de la salud general, vitalidad, función social, limitación del rol emocional y salud mental). El cuestionario se diseñó para ser auto-administrado. No todas las preguntas emplean un período recordatorio. Se tarda entre 15 – 20 minutos en completar los 80 ítems del K/DQOL - SF 36. En el último ítem del K/DQOL - SF 36 los pacientes tienen que evaluar su salud en general en una escala de 0 - 10 donde 0 equivale a "peor salud posible (tan malo o peor que estar muerto)" y 10 equivale a "la mejor salud posible", cada pregunta está precodificada numéricamente y luego es transformada en una escala de 0 a 100. Los valores

máximos reflejan una mejor calidad de vida. Para la puntuación e interpretación del cuestionario se utilizan diferentes escalas de respuesta tipo Likert a lo largo del cuestionario que evalúan la intensidad y frecuencia con rangos de respuesta entre 2 y 7 opciones. Los valores numéricos para las respuestas a algunos de los ítems del K/DQOL – SF 36 están precodificados de tal manera que un número más alto representa un mejor estado de salud. Este instrumento comparte con otros la característica de medir la calidad de vida en escalas o dimensiones. Su versión final provee buenos resultados psicométricos. La recodificación necesaria para la mayoría de los ítems del K/DQOL – SF 36 se describe en el anexo 4. Tres de los ítems del instrumento requieren instrucciones adicionales las cuales no se describen en el anexo; en el caso de los ítems 17 y 22 es necesario multiplicar las respuestas a estos ítems por 10 para que estén en una escala de 0-100. El ítem 23 tiene un rango de valores precodificados de 1–7, para recodificar este ítem se tiene que restar 1 (mínimo posible) del valor precodificado obtenido por el paciente, después dividir entre 6 el resultado (la diferencia entre la puntuación máxima y mínima posible) y después multiplicar el resultado por 100. El segundo y último paso en el proceso de puntuación consiste en calcular la media de todas las escalas y después sumarlas para obtener la puntuación final la cual indicará si el paciente tiene buena o mala calidad de vida, puntuaciones cercanas a 0 indican mala calidad de vida y cercanas a 100 buena calidad de vida. En el anexo 5 se detallan los ítems que forman cada escala. Al calcular la puntuación para cada escala, no se tiene en cuenta los ítems a los cuales no se ha respondido (datos ausentes). Por tanto, las puntuaciones por escala representan la media de los ítems que el paciente sí contestó. ⁽²⁵⁾

ANTECEDENTES

Se han realizado pocos estudios para determinar la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal, utilizando el cuestionario K/DQOL SF 36, el cual es específico para enfermedad renal, dicho cuestionario evalúa dimensiones que integran salud y calidad de vida. El instrumento de evaluación antes mencionado es confiable ya que sus resultados son consistentes en diferentes grupos poblacionales tal como lo refleja lo documentado en Europa y EUA. ⁽²⁶⁾

Se han realizado varios estudios en diferentes países como en Santiago de Compostela España, en República de Chile e incluso en el estado de Coahuila y Veracruz en México, donde se estudiaron a pacientes que se encontraban en tratamiento sustitutivo de la función renal con Diálisis Peritoneal, en todos los estudios se utilizó el cuestionario KDQOL – SF 36 en donde se demostró que los pacientes con IRC en Diálisis Peritoneal tienen una mala calidad de vida en comparación con la población en general, sobre todo en los rubros de salud física y mental, demostrando también que estos pacientes son de forma irremediable dependientes de otras personas. ⁽²⁷⁾

Sin embargo no se encontró algún estudio donde se evalúe a la población del Distrito Federal, la mayoría de los estudios de este tipo y con el instrumento antes mencionado se han realizado en otros países y son muy contados los estudios realizados en México. ⁽²⁸⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Insuficiencia Renal Crónica constituye un importante problema de Salud Pública, es una de las principales causas de muerte y discapacidad no solo en México sino a nivel mundial. Se distingue por un comienzo insidioso, alternando con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida. Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos, tales cambios redundan en la percepción de su calidad de vida es por tanto necesario tener en cuenta, no sólo la supervivencia, sino también el tipo de vida que llevan estas personas y el nivel de incapacidad a la que se enfrentan, lo cual hace que se plante la siguiente pregunta a investigar:

¿Cómo es la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes tipo 2 en tratamiento con Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia renal crónica en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones, es un padecimiento el cual va aumentando en cuanto a su prevalencia tanto a nivel mundial como en México. Se sabe que es una enfermedad incapacitante que trae consigo cambios importantes en las personas que la padecen, tanto físicas, emocionales, sociales y familiares, las cuales modifican la calidad de vida de estos pacientes, sin embargo aún hay pocos estudios que miden la influencia en este tipo de cambios que tiene que enfrentar tanto el paciente como la familia, la cual se considera como la principal red de apoyo en el proceso salud-enfermedad de cualquier individuo, por ello la importancia de evaluar la calidad de vida que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes tipo 2 en tratamiento con Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

HIPÓTESIS

Se realizó hipótesis por motivos de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo este estudio en base a los propósitos de la misma se plantearon las siguientes:

HIPÓTESIS NULA (H0): Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes tipo 2 en tratamiento con Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo no presentan mala calidad de vida.

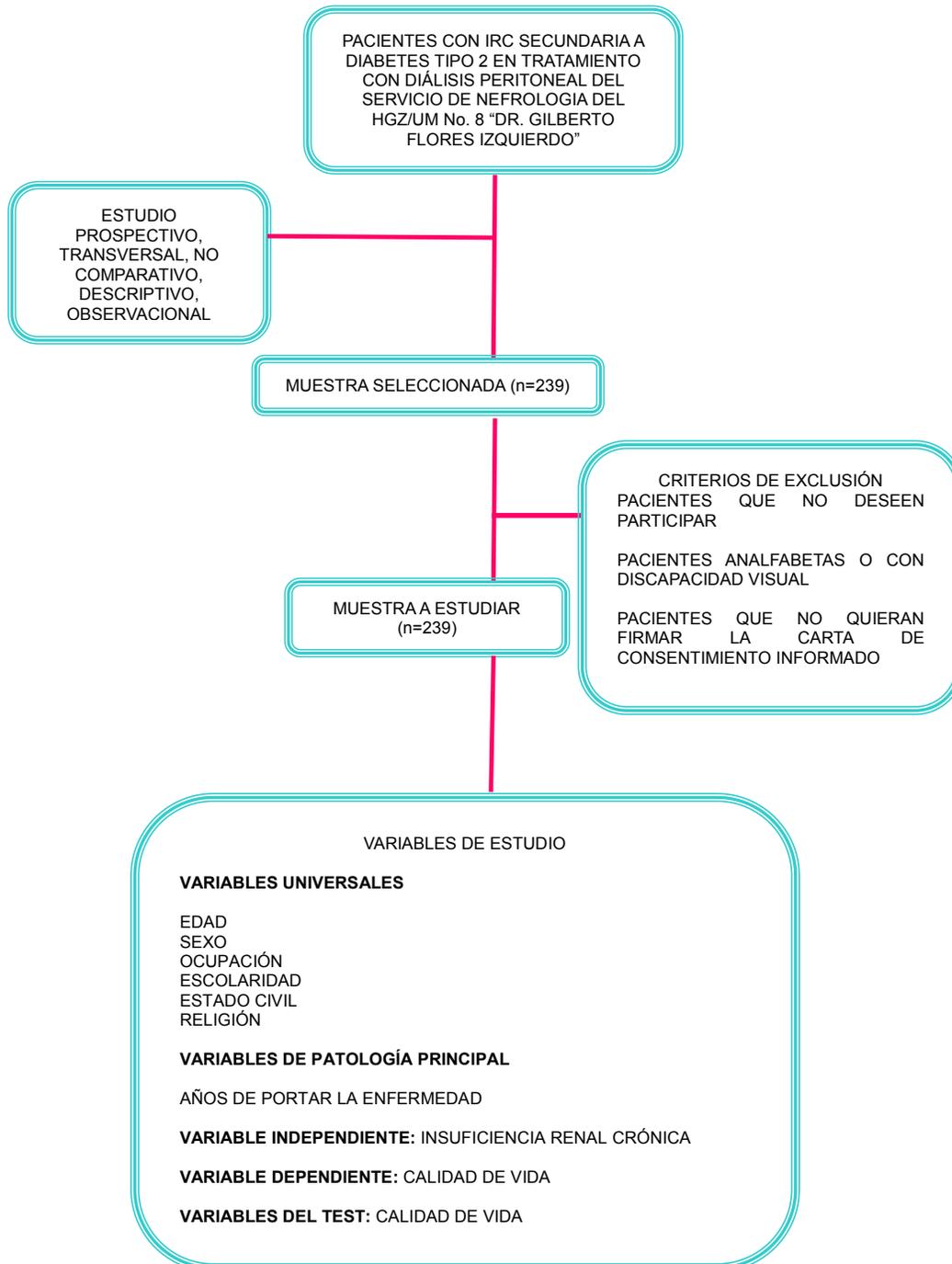
HIPÓTESIS ALTERNA (H1): Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes tipo 2 en tratamiento con Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo presentan una mala calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO.**
- b) Según el número de una variable o periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO.**
- d) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**
- e) Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaborado por Dra. Torrijos Rivera Jocelyn Karina

POBLACIÓN O UNIVERSO

El presente estudio se realizó 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, a una población urbana en tratamiento sustitutivo de la función renal con Diálisis Peritoneal que acudió al servicio de Nefrología.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se realizó 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 Río Magdalena No. 289, Colonia Tizapan San Ángel, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01090, México, Distrito Federal.

TIEMPO DE REALIZACIÓN

Marzo 2013 a Febrero de 2015

MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica para una población finita necesaria será de 239 pacientes con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.10. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

N = Número total de individuos requeridos.

Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P = Proporción esperada.

(1 - P) = Nivel de confianza del 99%

W = Amplitud del intervalo de confianza

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

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de cualquier género.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes Mellitus tipo 2.
- Pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica de más de 1 año.
- Pacientes que acudieron a consulta al servicio de Nefrología del HGZ/UMF No.8.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no desearon participar.
- Pacientes analfabetas o con problemas visuales
- Pacientes que no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no contestaron en su totalidad el cuestionario.
- Pacientes que se negaron a seguir participando.
- Pacientes que hayan requerido de ayuda para la realización del cuestionario.

VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Escolaridad
- Estado civil
- Religión

VARIABLES DE PATOLOGÍA PRINCIPAL

- Años de portar la enfermedad

VARIABLES DEL TEST

- Calidad de vida

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Insuficiencia Renal Crónica

VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de vida

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

EDAD: tiempo transcurrido a partir de su nacimiento.

SEXO: proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos).

OCUPACIÓN: trabajo, empleado y oficio en la cual la población emplea su tiempo.

ESCOLARIDAD: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

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.

RELIGIÓN: es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas.

AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD: período transcurrido a partir del diagnóstico.

CALIDAD DE VIDA: medida compuesta por bienestar físico, mental y social tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, desde la visión que el propio paciente tiene de su salud y de los aspectos de su vida relacionados con ella.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: existencia de lesión renal o filtrado glomerular $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2\text{SC}$ durante un período ≥ 3 meses. Es un proceso que expresa la pérdida de capacidad funcional de las nefronas, con tendencia a empeorar y ser irreversible.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Edad	Cuantitativa	Continua	Años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1) Femenino 2) Masculino
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1) Empleado 2) Desempleado
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1) Sin estudios 2) Primaria 3) Primaria trunca 4) Secundaria 5) Secundaria trunca 6) Preparatoria 7) Preparatoria trunca 8) Licenciatura 9) Licenciatura trunca
Religión	Cualitativa	Nominal	1) Católica 2) Cristiana 3) Testigo de Jehová 4) Ninguna
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Viudo 5) Unión libre
Años de portar la enfermedad	Cuantitativa	Continua	Años
Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	1) Mala calidad de vida 2) Buena calidad de vida

DISEÑO ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 21 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron 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. Se calculó distribución de frecuencias y proporciones. El tipo de muestra es representativa de una variable dicotómica con un intervalo de confianza del 99% y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El cuestionario de calidad de vida en enfermedades renales Kidney Disease Quality of Life Short Form (K/DQOL- SF 36) es un cuestionario de calidad de vida específico para pacientes renales que se encuentran en terapia sustitutiva de la función renal con diálisis. Se desarrolló a partir de una versión más larga del cuestionario Kidney Disease Quality of Life (K/DQOL - TM).

EL K/DQOL – SF 36 incluye 43 ítems específicos para pacientes con enfermedad renal así como los 36 ítems del cuestionario SF - 36 que proporcionan un núcleo de ítems genéricos para el cuestionario. También incluye un ítem sobre la salud en general.

El instrumento se centra en los problemas y preocupaciones de las personas con enfermedad renal que están en diálisis. Los ítems se obtuvieron de la versión original del cuestionario (que contenía 97 ítems específicos) que a su vez se obtuvieron a partir de una revisión de la literatura y grupos de discusión en personas con enfermedad renal en diálisis. Varios de los ítems incorporados en el K/DQOL – SF 36 se obtuvieron de otras escalas previamente validadas, como la escala MOS del Sueño.

El cuestionario se diseñó para ser auto-administrado. No todas las preguntas emplean un período recordatorio. Se tarda 15 – 20 minutos en completar los 80 ítems del K/DQOL – SF 36.

DIMENSIONES E ÍTEMS

El cuestionario contiene 43 ítems específicos para pacientes con enfermedad renal distribuidos de la siguiente forma entre 11 dimensiones específicas para la enfermedad:

- Síntomas/problemas (12 ítems)
- Efectos de la enfermedad renal en la vida diaria (8 ítems)
- Carga de la enfermedad (4 ítems)
- Situación laboral (2 ítems)
- Función cognitiva (3 ítems)
- Relaciones sociales (3 ítems)
- Función sexual (2 ítems)
- Sueño (4 ítems)
- Apoyo social (2 ítems)
- Actitud del personal de diálisis (2 ítems)
- Satisfacción del paciente (1 ítem)

El K/DQOL – SF 36 también incorpora los 36 ítems del SF - 36 que se distribuyen en 8 dimensiones de salud física y mental:

- La función física (10 ítems)
- Limitaciones de rol por problemas de salud físicos (4 ítems)
- Limitaciones de rol por problemas de salud emocionales (3 ítems)
- La función social (2 ítems)
- Bienestar psicológico (5 ítems)
- Dolor (2 ítems), vitalidad/cansancio (4 ítems)
- Percepción global de la salud (5 ítems)

En el último ítem del K/DQOL – SF 36 los pacientes tienen que evaluar su salud en general en una escala de 0 - 10 donde 0 equivale a "peor salud posible (tan malo o peor que estar muerto)" y 10 equivale a "la mejor salud posible", cada pregunta está precodificada numéricamente y luego es transformada en una escala de 0 a 100. Los valores máximos reflejan una mejor calidad de vida. Este instrumento comparte con otros la característica de medir la calidad de vida en escalas o dimensiones. Su versión final provee buenos resultados psicométricos.

Su confiabilidad está basada en el alfa de Cronbach para cada subescala del K/DQOL – SF 36. El alfa de Cronbach de $> 0,7$ se consideró como de una alta consistencia interna.

PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL KDQOL-SF

Para la puntuación e interpretación del cuestionario se utilizan diferentes escalas de respuesta tipo Likert a lo largo del cuestionario de entre 2 y 7 opciones de respuesta. Los valores numéricos para las respuestas a algunos de los ítems del K/DQOL – SF 36 están precodificados de tal manera que un número más alto representa un mejor estado de salud. El procedimiento de puntuación para el K/DQOL – SF 36 en primera instancia transforma los números precodificados crudos a una escala de 0 – 100 en la cual las puntuaciones transformadas más altas siempre reflejan un mejor estado de salud. Se coloca cada ítem en un rango de 0 – 100 de tal manera que la puntuación más baja es siempre 0 y la puntuación más alta es siempre 100. Las puntuaciones representan el porcentaje de la puntuación máxima posible.

La recodificación necesaria para la mayoría de los ítems del K/DQOL – SF 36 se describe en el anexo 4. Tres de los ítems del instrumento requieren instrucciones adicionales las cuales no se describen en el anexo; en el caso de los ítems 17 y 22 es necesario multiplicar las respuestas a estos ítems por 10 para que estén en una escala de 0-100. El ítem 23 tiene un rango de valores precodificados de 1–7, para recodificar este ítem se tiene que restar 1 (mínimo posible) del valor precodificado obtenido por el paciente, después dividir entre 6 el resultado (la diferencia entre la puntuación máxima y mínima posible) y después multiplicar el resultado por 100. El segundo y último paso en el proceso de puntuación consiste en calcular la media de todas las escalas y después sumarlas para obtener la puntuación final la cual indicará si el paciente tiene buena o mala calidad de vida, puntuaciones cercanas a 0 indican mala calidad de vida y cercanas a 100 buena calidad de vida. En el anexo 5 se detallan los ítems que forman cada escala.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se aplicó el test KDQOL – SF 36 a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento sustitutivo de la función renal con Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas, dando instrucciones tanto verbales como escritas de cómo realizar la encuesta, dando un tiempo máximo de 15 minutos para concluir el cuestionario.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con la mejor evidencia y de diferentes medios de información, los cuales son confiables y están basados en evidencias médicas.

CONTROL DE SEGOS DE SELECCIÓN

- Realizar el test a pacientes de cualquier género, mayores de 18 años de edad.
- Aplicar el test a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes tipo 2 y que estén en tratamiento sustitutivo de la función renal con Diálisis Peritoneal que acuden al servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8.
- Evaluar cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes para el estudio.
- Utilizar los mismos criterios cuando se seleccionan las unidades de estudio.
- Elegir los grupos de estudio que son representativos de la población.

CONTROL DE SEGOS DE ANÁLISIS

- Registrar y analizar los datos correctamente.
- Ser cautelosos en la interpretación de los datos recabados.
- Corroborar que el cuestionario haya sido contestado individualmente.
- Verificar que el paciente pueda leer y escribir.
- Corroborar que el paciente no tenga problemas visuales.
- Para los problemas de entendimiento de algunas palabras se usará un diccionario para aclararlas al paciente.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SECUNDARIA A
DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS PERITONEAL DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL
HGZ/UMF 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

2013 – 2014

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS		X										
DISEÑO METODOLÓGICO		X										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO			X	X								
CONSIDERACIONES ÉTICAS					X							
RECURSOS						X	X					
BIBLIOGRAFÍA				X	X	X	X	X				
ASPECTOS GENERALES									X			
ACEPTACIÓN									X			

2014 – 2015

FECHA	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X								
RECOLECCIÓN DE DATOS				X	X	X	X					
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X					
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN											X	X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

La realización de este estudio tuvo como recursos humanos a la Dra. Torrijos Rivera Jocelyn Karina, Médico Residente de Medicina Familiar; al Dr. Espinoza Anrubio Gilberto, director de Tesis, al Dr. Vilchis Chaparro Eduardo, asesor metodológico y a la Dra. Toro Fontanell Ana Gloria, asesora clínica; dicho protocolo se realizó en el servicio de Nefrología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. La presente tesis se llevó a cabo por parte del Médico Residente Torrijos Rivera Jocelyn Karina, utilizando una computadora portátil ACER ASPIRE V5 con Programa Windows 8 Office 2013, memorias portátiles y disco extraíble para almacenamiento de la información, servicio de fotocopiado para reproducir el test a aplicar, lápices y borradores. Los gastos de proyecto corrieron a cargo de la Dra. Torrijos Rivera Jocelyn Karina, Médico Residente de Medicina Familiar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente tesis no desobedece la **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos** que tiene como principios generales los siguientes puntos:

1. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
2. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
4. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
5. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
6. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
7. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
8. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional

disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

9. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
10. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.
11. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
12. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.
13. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Tampoco desobedece al **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México** la cual considera:

Que en virtud del Decreto por el que se adicionó el Artículo 4o. Constitucional, publicado en el **Diario oficial de la Federación** de fecha 3 de febrero de 1983, se consagró como garantía social, el Derecho a la Protección de la Salud.

Que el 7 de febrero de 1984 fue publicada en el **Diario Oficial de la Federación** la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1o. de julio del mismo año.

Que en la mencionada Ley se establecieron y definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en Materia de Salubridad General, por lo que resulta pertinente disponer de los instrumentos reglamentarios necesarios para el ejercicio eficaz de sus atribuciones.

Que dentro de los programas que prevé el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, se encuentra el de Salud, el cual, como lineamientos de estratégicas, completa cinco grandes áreas de política siendo la última la "Formación, Capacitación e Investigación" dirigida fundamentalmente al impulso de las áreas biomédicas,

médico-social y de servicios de salud de ahí que el Programa Nacional de Salud 1984-1988 desarrolla el Programa de Investigación para la salud, entre otros, como de apoyo a la consolidación del Sistema Nacional de Salud en aspectos sustanciales, teniendo como objetivo específico el coadyuvar al desarrollo científico y tecnológico nacional tendiente a la búsqueda de soluciones prácticas para prevenir, atender y controlar los problemas prioritarios de salud, incrementar la productividad y eficiencia tecnológica del extranjero.

Que la Ley General de Salud ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo.

Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley.

Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella.

Que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas.

Que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas, he tenido a bien expedir el siguiente.

Y toma en cuenta **la NOM-012-SSA3-2012 que establece la ejecución de proyectos de investigación para la salud en los seres humanos** considerando lo siguiente:

La investigación científica, clínica, biomédica, tecnológica y biopsicosocial en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, por lo que resulta imprescindible orientar su desarrollo en materias específicas y regular su ejecución en los seres humanos, de tal manera que la garantía del cuidado de los aspectos éticos, del bienestar e integridad física de la persona que participa en un proyecto o protocolo de investigación y del respeto a

su dignidad, se constituyan en la regla de conducta para todo investigador del área de la salud.

Esta norma, define los elementos mínimos que deben cumplir de manera obligatoria los investigadores que realizan esta actividad en seres humanos, de acuerdo con las disposiciones que en esta materia se establecen con carácter irrenunciable para la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria, según lo establece la propia Ley General de Salud y su Reglamento en materia de investigación para la salud.

En este sentido, una vez que se ha cumplido con las disposiciones de carácter obligatorio que establece el marco jurídico-sanitario mexicano, quienes realizan investigación para la salud en seres humanos; deberán adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican a la investigación médica que se encuentra en los instrumentos internacionales universalmente aceptados y a los criterios que en la materia emita la Comisión Nacional de Bioética.

Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación, Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes tipo 2 en tratamiento con Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 Dr. "Gilberto Flores Izquierdo".

RESULTADOS

- Se estudió a 239 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes tipo 2 en tratamiento con Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”; en relación al sexo se encontró: 115 (48.1%) femeninos y 124 (51.9%) masculinos. (Ver tabla y gráfica 1)
- De acuerdo a la edad de los pacientes se observó que: el mínimo fue de 27 años, el máximo 89 años, la media de 59.21 años, con una desviación estándar de 12.02 años.
- La edad se distribuyó en rangos de la siguiente manera: 19 (7.9%) de 20 a 40 años, 97 (40.6%) de 41 a 60 años, 118 (49.4%) de 61 a 80 años y 5 (2.1%) de más de 81 años. (Ver tabla y gráfica 2)
- Con lo que respecta a los años que tiene el paciente de portar la enfermedad se obtuvo lo siguiente: el mínimo fue 1 año, máximo 34 años, con una media de 4.49 años y una desviación estándar de 4.98 años.
- Los años que tiene el paciente de portar la enfermedad se distribuyeron en rangos de la siguiente forma: 230 (96.2%) de 1 a 15 años, 8 (3.3%) de 16 a 30 años y 1 (0.4%) de más de 31 años. (Ver tabla y gráfica 3)
- Con lo que respecta al estado laboral se encontraron los siguientes datos: 38 (15.9%) empleados y 201 (84.1%) desempleados. (Ver tabla y gráfica 4)
- En relación a la escolaridad de los pacientes se obtuvo lo siguiente: 54 (22.6%) primaria, 82 (34.3%) primaria trunca, 29 (12.1%) secundaria, 19 (7.9%) secundaria trunca, 15 (6.3%) preparatoria, 14 (5.9%) preparatoria trunca y 26 (10.9%) licenciatura. (Ver tabla y gráfica 5)
- En lo concerniente a la religión de los pacientes estudiados se hallaron los siguientes datos: 200 (83.7%) religión católica, 24 (10%) religión cristiana, 8 (3.3%) testigos de Jehová y 7 (2.9%) ninguna religión. (Ver tabla y gráfica 6)
- En lo referente al estado civil se reportaron: 19 (7.9%) solteros, 157 (65.7%) casados, 6 (2.5%) divorciados, 39 (16.3%) viudos y 18 (7.5%) viven en unión libre. (Ver tabla y gráfica 7)
- En lo que respecta a la calidad de vida se obtuvo lo siguiente: 130 (54.4%) con mala calidad de vida y 109 (45.6%) con buena calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 8)
- En relación con el sexo y calidad de vida se encontró: en el sexo femenino 68 (28.3%) mala calidad de vida, 47 (19.7%) buena calidad de vida. Por otra parte, en el sexo masculino 62 (25.9%) mala calidad de vida y 62 (25.9%) buena calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 9)
- En lo concerniente al rango de edad y calidad de vida se obtuvo que: de 20 a 40 años, 11 (4.6%) mala calidad de vida, 8 (3.3%) buena calidad de vida. De 41 a 60

años, 47 (19.7%) mala calidad de vida, 50 (20.9%) buena calidad de vida. De 61 a 80 años, 71 (29.7%) mala calidad de vida, 47 (19.7%) buena calidad de vida. Por último, en el rango de más de 81 años, 1 (0.4%) mala calidad de vida, 4 (1.7%) buena calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 10)

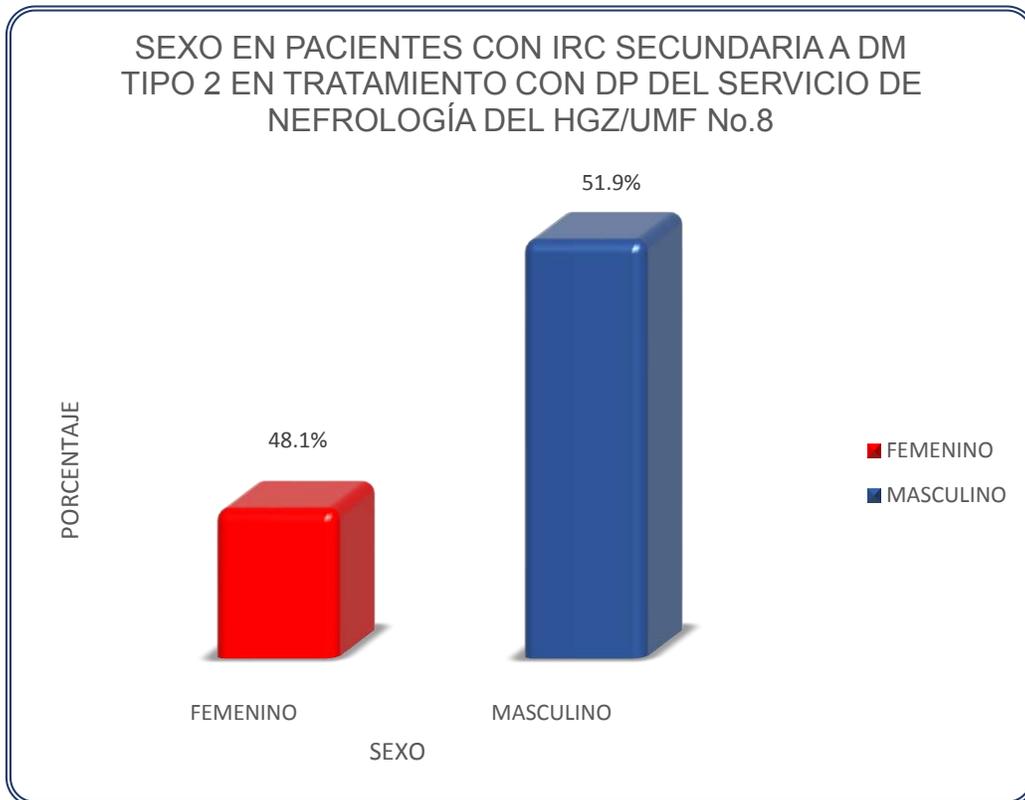
- Con respecto a la relación entre rango de años de portar la enfermedad y calidad de vida se hallamos que: de 1 a 15 años, 121 (50.6%) mala calidad de vida, 109 (45.6%) buena calidad de vida. De 16 a 30 años, 8 (3.3%) mala calidad de vida. Por último en el rango de más de 31 años, 1 (0.4%) mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 11)
- En lo concerniente al estado laboral y calidad de vida se obtuvo que: de los empleados, 15 (6.3%) mala calidad de vida y 23 (9.6%) buena calidad de vida. En tanto que, de los desempleados, 115 (48.1%) mala calidad de vida y 86 (36%) buena calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 12)
- En relación a la escolaridad y calidad de vida se encontraron los siguientes datos: primaria, 38 (15.9%) mala calidad de vida, 16 (6.7%) buena calidad de vida. Primaria trunca, 44 (18.4%) mala calidad de vida, 38 (15.9%) buena calidad de vida. Secundaria, 16 (6.7%) mala calidad de vida, 13 (5.4%) buena calidad de vida. Secundaria trunca, 6 (2.5%) mala calidad de vida, 13 (5.4%) buena calidad de vida. Preparatoria, 9 (3.8%) mala calidad de vida, 6 (2.5%) buena calidad de vida. Preparatoria trunca, 4 (1.7%) mala calidad de vida, 10 (4.2%) buena calidad de vida. Por último, Licenciatura, 13 (5.4%) mala calidad de vida y 13 (5.4%) buena calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 13)
- En cuanto a religión y calidad de vida se hallaron los siguientes datos: católicos, 108 (45.2%) mala calidad de vida, 92 (38.5%) buena calidad de vida. Cristianos, 12 (5%) mala calidad de vida, 12 (5%) buena calidad de vida. Testigos de Jehová, 8 (3.3%) mala calidad de vida. Por último, ninguna religión, 2 (0.8%) mala calidad de vida, 5 (2.1%) buena calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 14)
- En lo referente a la relación entre estado civil y calidad de vida se obtuvieron los siguientes resultados: solteros, 12 (5%) mala calidad de vida, 7 (2.9%) calidad de vida. Casados, 83 (34.7%) mala calidad de vida, 74 (31%) buena calidad de vida. Divorciados, 3 (1.3%) mala calidad de vida, 3 (1.3%) buena calidad de vida. Viudos, 24 (10%) mala calidad de vida, 15 (6.3%) buena calidad de vida. Por último, unión libre, 8 (3.3%) mala calidad de vida, 10 (4.2%) buena calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 15)

TABLA 1

SEXO EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8		
SEXO	FRECUENCIA	%
Femenino	115	48.1
Masculino	124	51.9
Total	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 1



FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

TABLA 2

RANGO DE EDAD EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8		
RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	%
20 A 40 años	19	7.9
41 A 60 años	97	40.6
61 A 80 años	118	49.4
Más de 81 años	5	2.1
Total	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 2

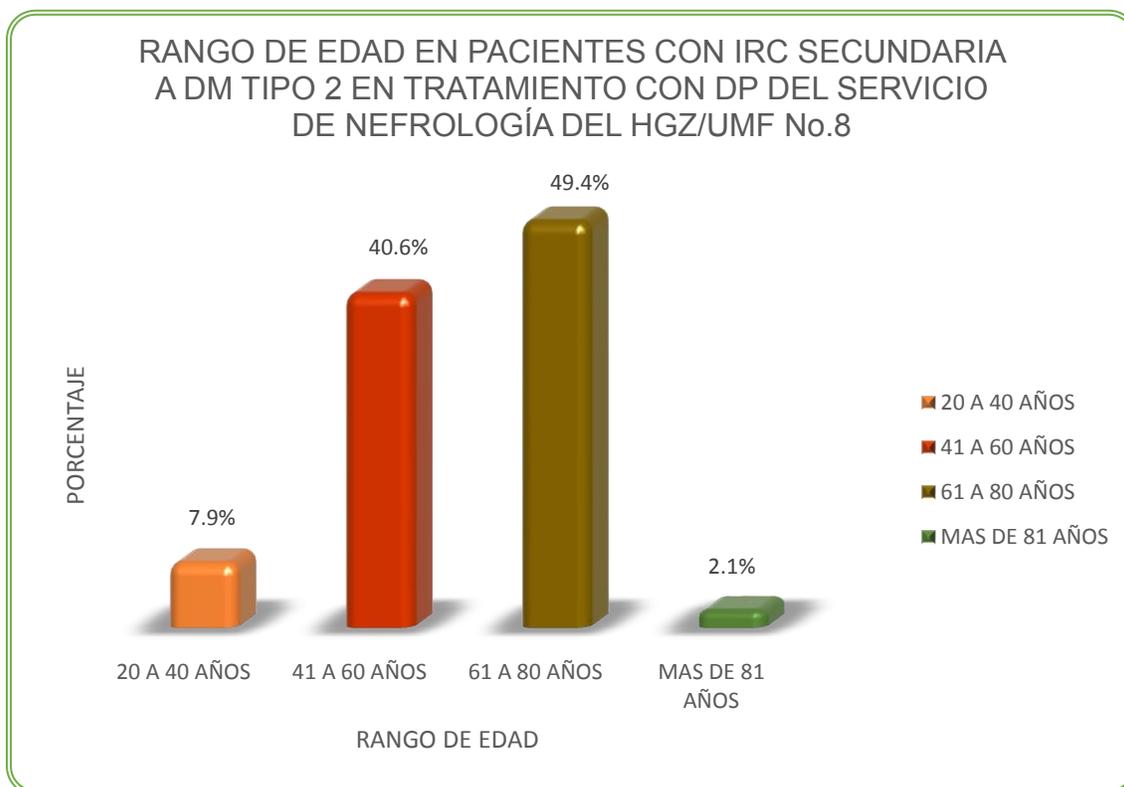
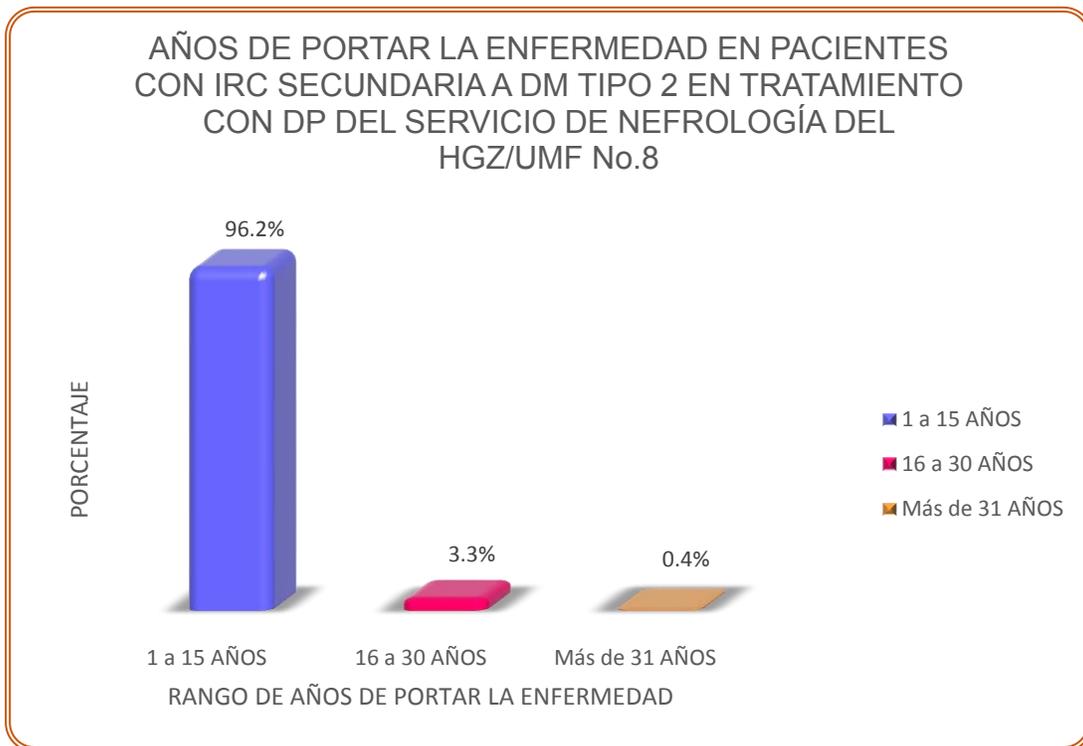


TABLA 3

AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8		
RANGO DE AÑOS	FRECUENCIA	%
1 a 15 años	230	96.2
16 a 30 años	8	3.3
Más de 31 años	1	0.4
Total	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 3



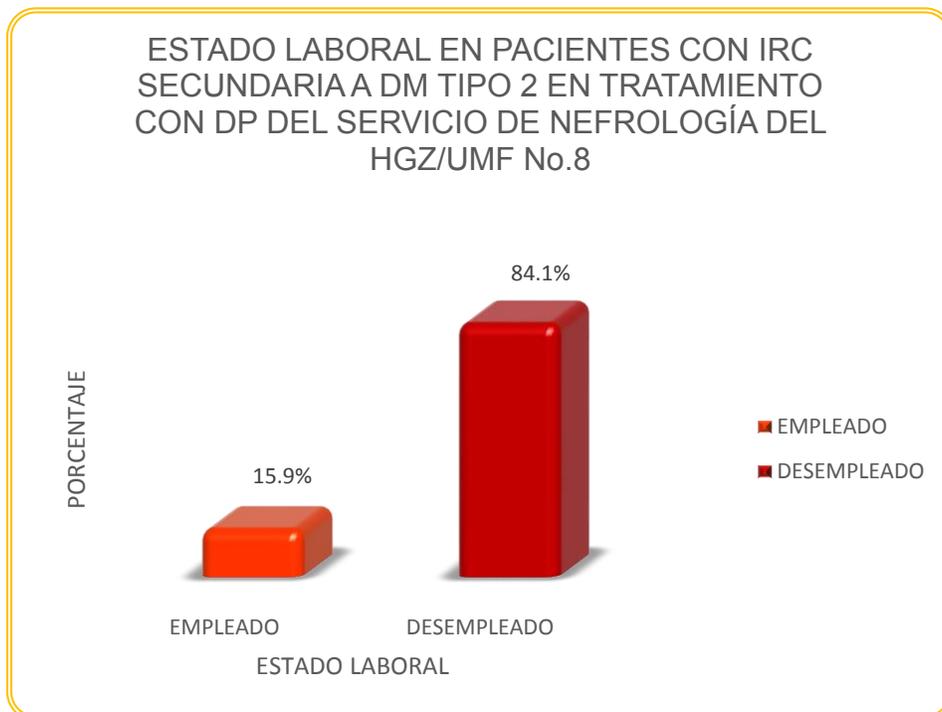
FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

TABLA 4

ESTADO LABORAL EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8		
ESTADO LABORAL	FRECUENCIA	%
Empleado	38	15.9
Desempleado	201	84.1
Total	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 4



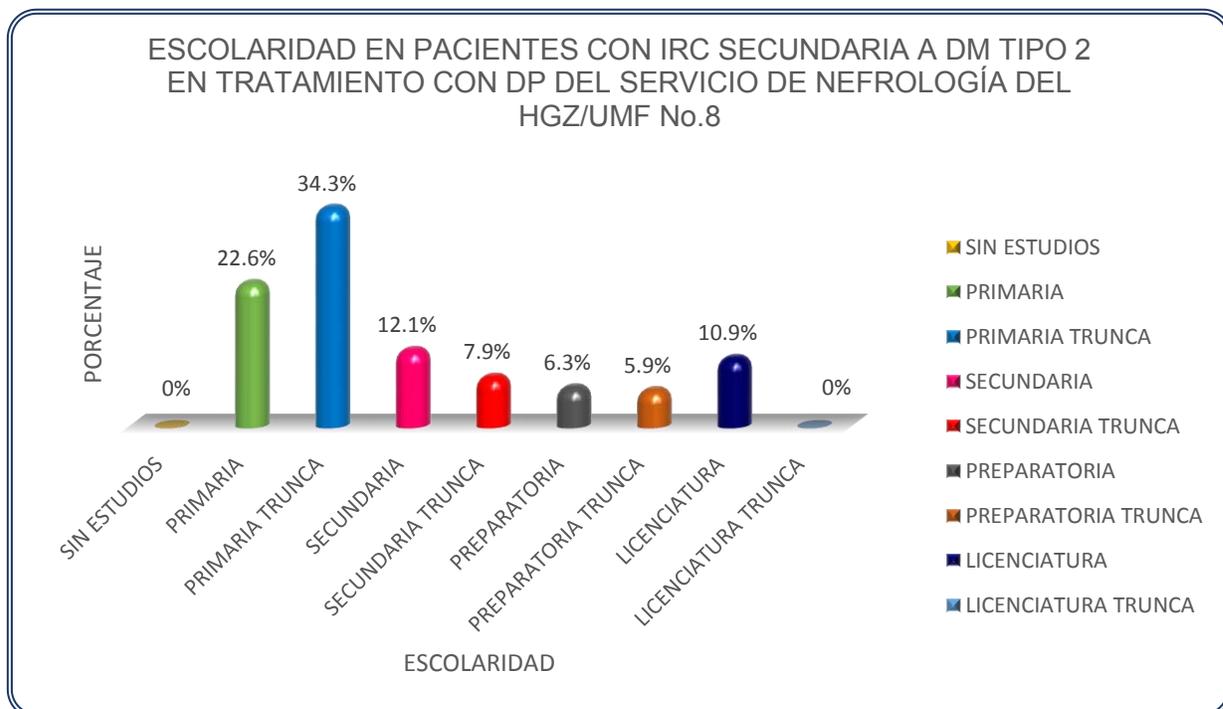
FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

TABLA 5

ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8		
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
Sin estudios	0	0
Primaria	54	22.6
Primaria trunca	82	34.3
Secundaria	29	12.1
Secundaria trunca	19	7.9
Preparatoria	15	6.3
Preparatoria trunca	14	5.9
Licenciatura	26	10.9
Licenciatura trunca	0	0
Total	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 5



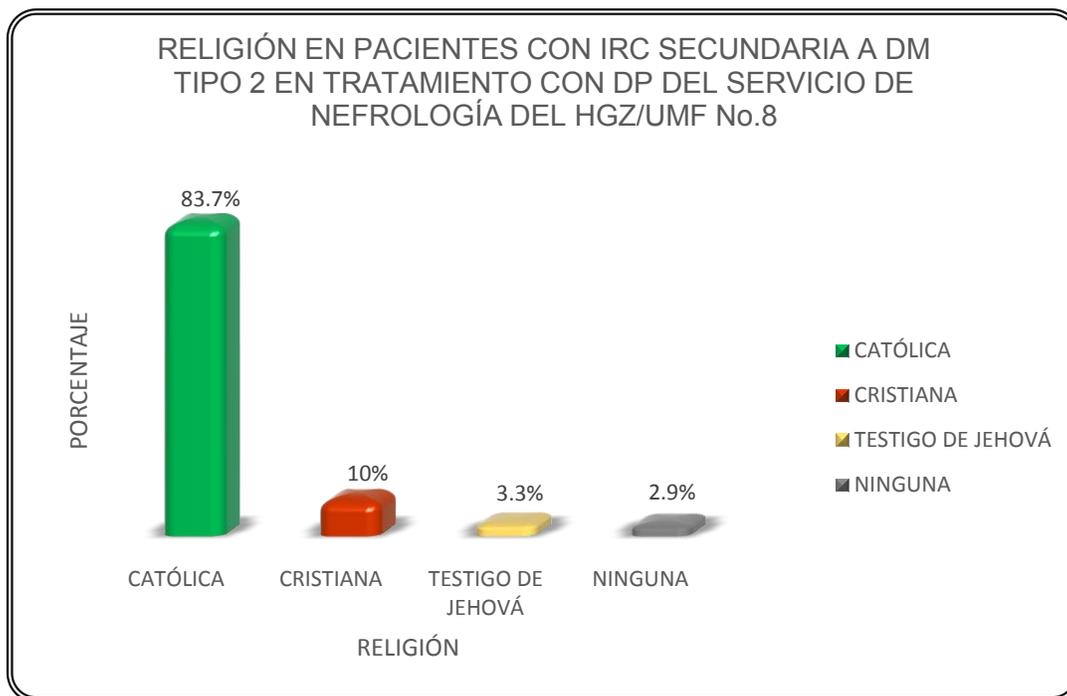
FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

TABLA 6

RELIGIÓN EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8		
RELIGIÓN	FRECUENCIA	%
Católica	200	83.7
Cristiana	24	10
Testigo de Jehová	8	3.3
Ninguna	7	2.9
Total	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 6



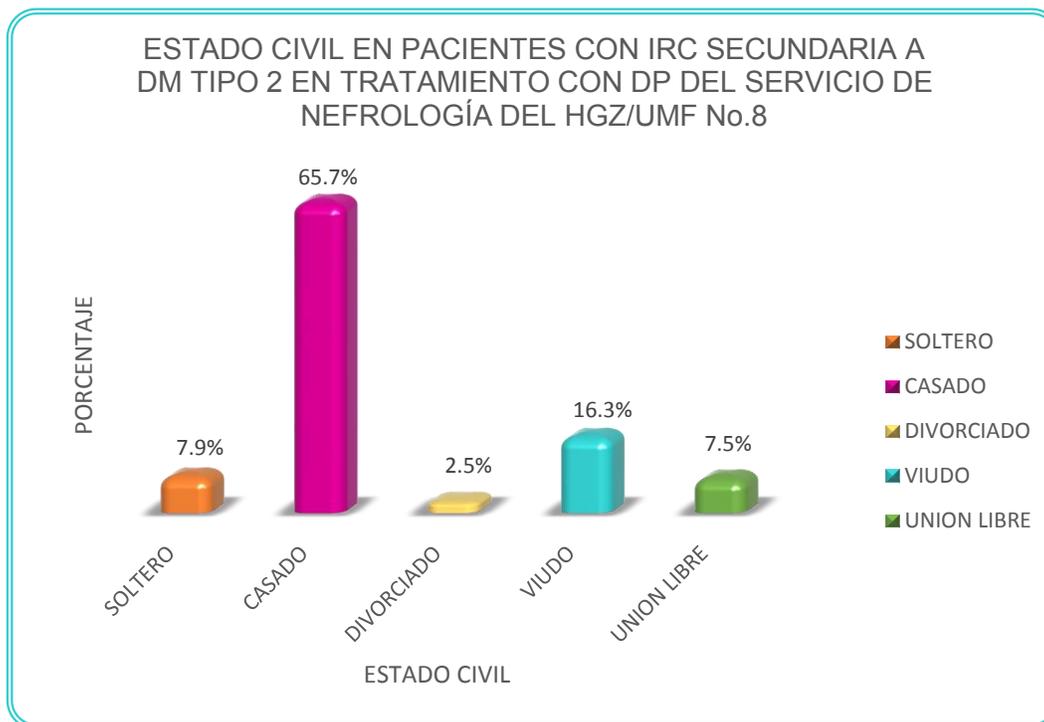
FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

TABLA 7

ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltero	19	7.9
Casado	157	65.7
Divorciado	6	2.5
Viudo	39	16.3
Unión libre	18	7.5
Total	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 7



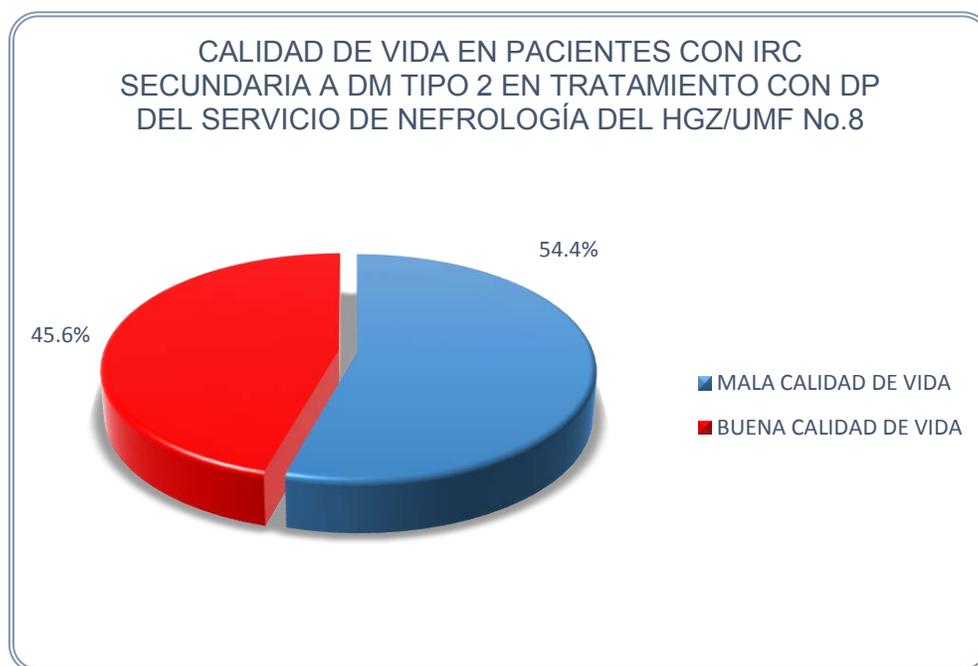
FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

TABLA 8

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8		
CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	%
Mala calidad de vida	19	7.9
Buena calidad de vida	157	65.7
Total	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 8



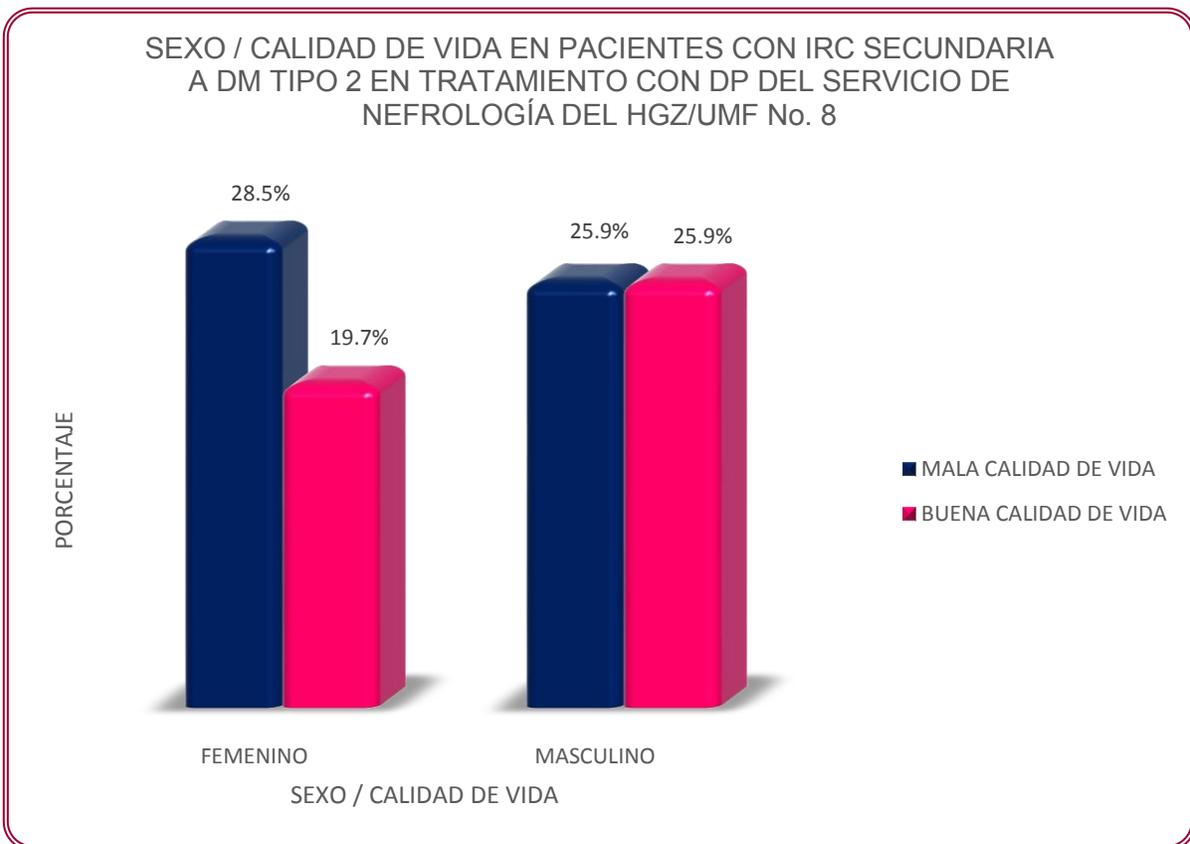
FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

TABLA 9

SEXO / CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8						
SEXO	MALA CALIDAD DE VIDA		BUENA CALIDAD DE VIDA		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
FEMENINO	68	28.5	47	19.7	115	48.1
MASCULINO	62	25.9	62	25.9	124	51.9
TOTAL	130	54.4	109	45.6	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R, Espinoza-A, Vilchis-C, Toro-F. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 9



FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

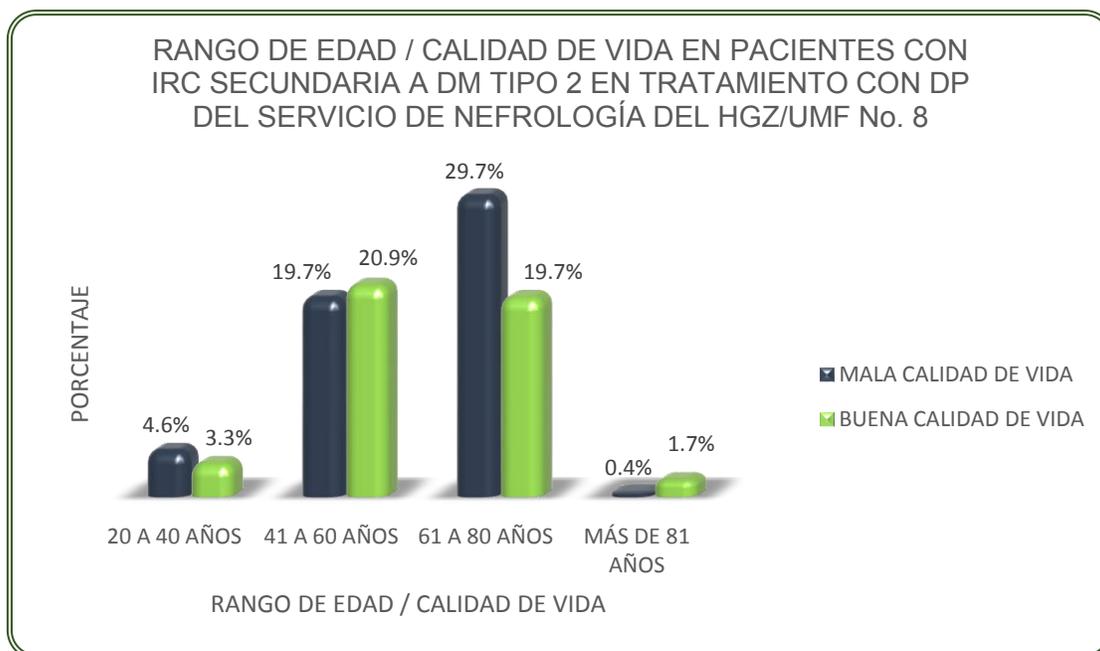
TABLA 10

RANGO DE EDAD / CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8

RANGO DE EDAD	MALA CALIDAD DE VIDA		BUENA CALIDAD DE VIDA		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
20 A 40 AÑOS	11	4.6	8	3.3	19	7.9
41 A 60 AÑOS	47	19.7	50	20.9	97	40.6
61 A 80 AÑOS	71	29.7	47	19.7	118	49.4
MÁS DE 81 AÑOS	1	0.4	4	1.7	5	2.1
TOTAL	130	54.4	109	45.6	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 10



FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

TABLA 11

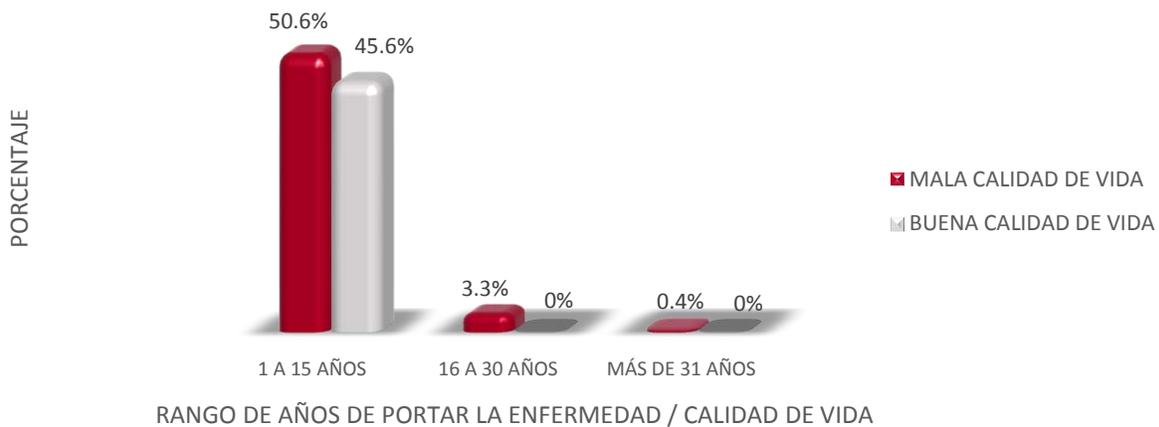
RANGO DE AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD / CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8

RANGO DE AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD	MALA CALIDAD DE VIDA		BUENA CALIDAD DE VIDA		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1 A 15 AÑOS	121	50.6	109	45.6	230	96.2
16 A 30 AÑOS	8	3.3	0	0	8	3.3
MÁS DE 31 AÑOS	1	0.4	0	0	1	0.4
TOTAL	130	54.4	109	45.6	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 11

RANGO DE AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD / CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8



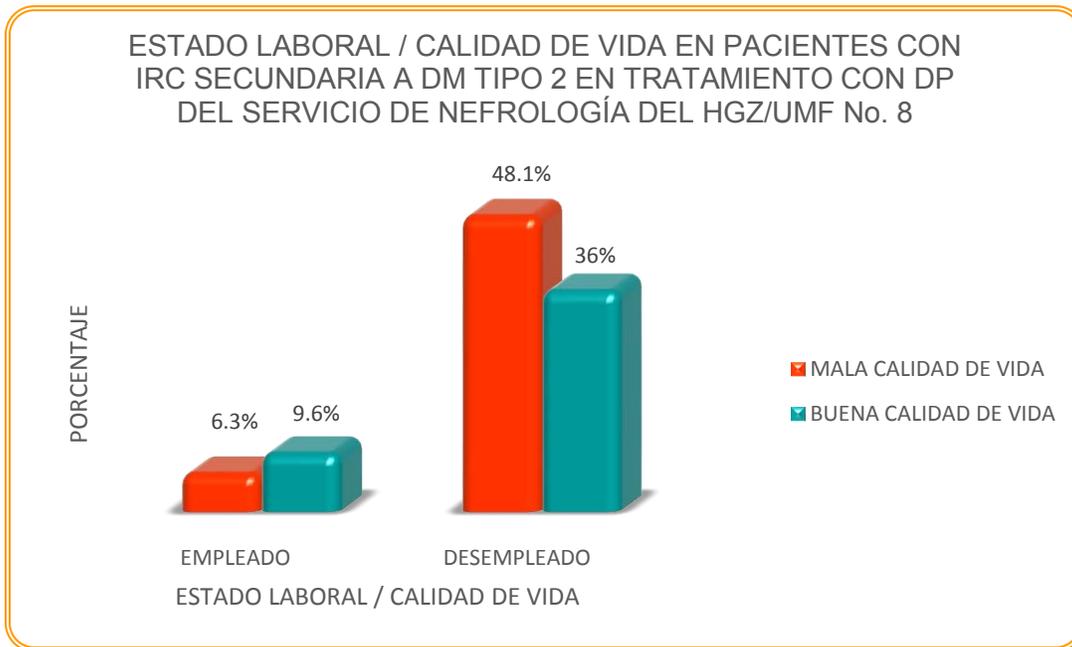
FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

TABLA 12

ESTADO LABORAL / CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8						
ESTADO LABORAL	MALA CALIDAD DE VIDA		BUENA CALIDAD DE VIDA		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
EMPLEADO	15	6.3	23	9.6	38	15.9
DESEMPLEADO	115	48.1	86	36	201	84.1
TOTAL	130	54.4	109	45.6	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 12



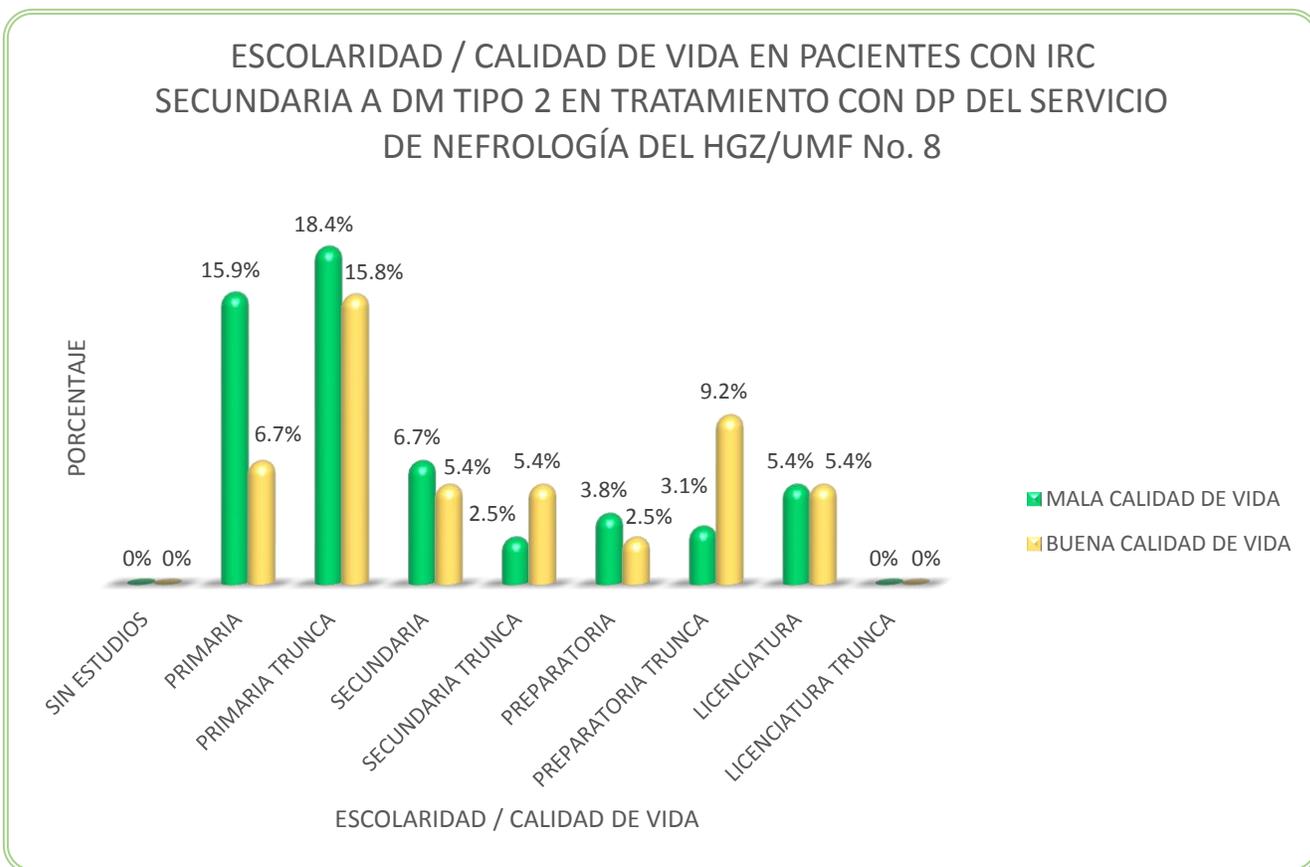
FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

TABLA 13

ESCOLARIDAD / CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8						
ESCOLARIDAD	MALA CALIDAD DE VIDA		BUENA CALIDAD DE VIDA		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SIN ESTUDIOS	0	0	0	0	0	0
PRIMARIA	38	15.9	16	6.7	54	22.6
PRIMARIA TRUNCA	44	18.4	38	15.8	82	34.3
SECUNDARIA	16	6.7	13	5.4	29	12.1
SECUNDARIA TRUNCA	6	2.5	13	5.4	19	7.9
PREPARATORIA	9	3.8	6	2.5	15	6.3
PREPARATORIA TRUNCA	4	3.1	10	9.2	14	5.9
LICENCIATURA	13	5.4	13	5.4	26	10.9
LICENCIATURA TRUNCA	0	0	0	0	0	0
TOTAL	130	54.4	109	45.6	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 13



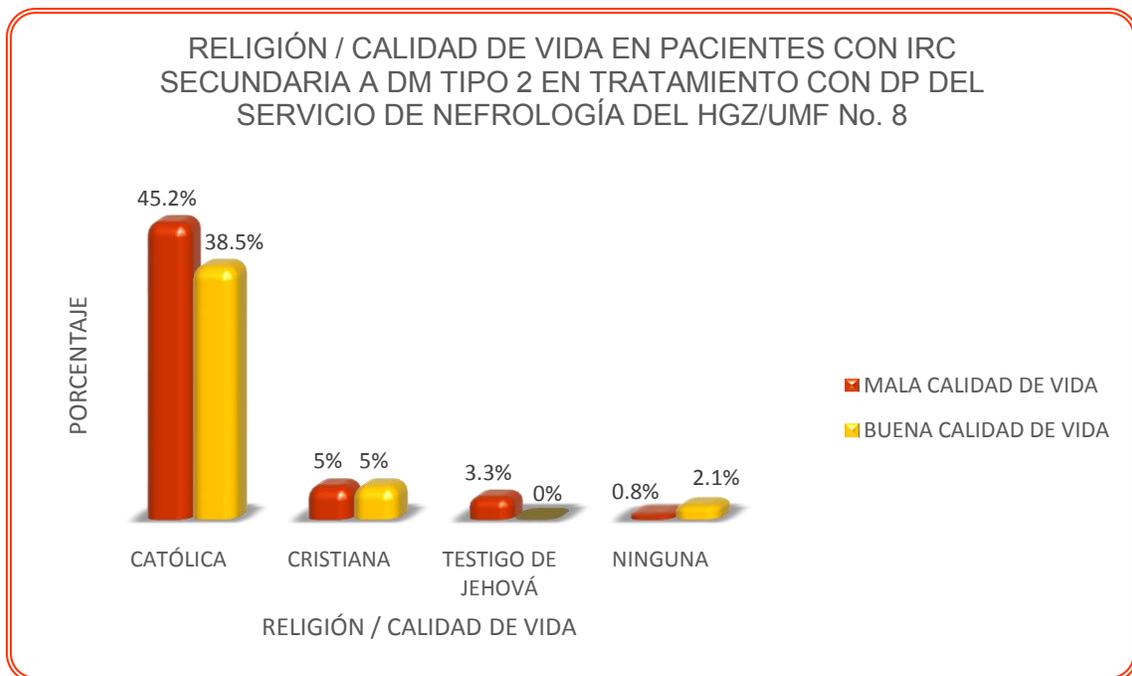
FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015.

TABLA 14

RELIGIÓN / CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8						
RELIGIÓN	MALA CALIDAD DE VIDA		BUENA CALIDAD DE VIDA		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
CATÓLICA	108	45.2	92	38.5	200	83.7
CRISTIANA	12	5	12	5	24	10
TESTIGO DE JEHOVÁ	8	3.3	0	0	8	3.3
NINGUNA	2	0.8	5	2.1	7	2.9
TOTAL	130	54.4	109	45.6	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 14



FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015.

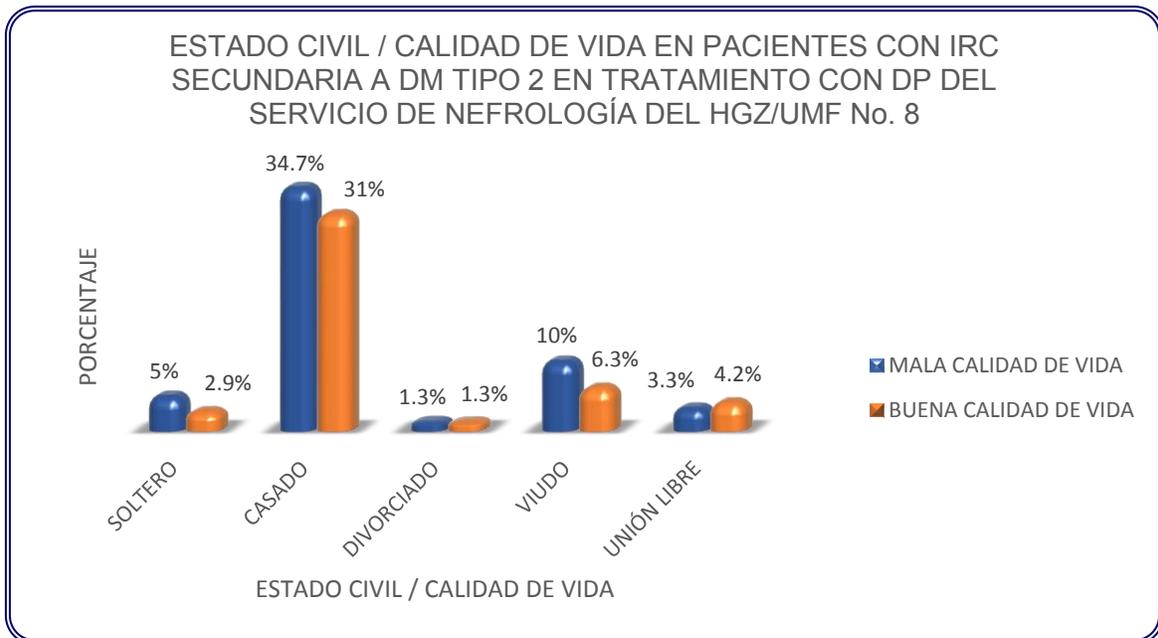
TABLA 15

ESTADO CIVIL / CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC SECUNDARIA A DM TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DP DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8

ESTADO CIVIL	MALA CALIDAD DE VIDA		BUENA CALIDAD DE VIDA		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SOLTERO	12	5	7	2.9	19	7.9
CASADO	83	34.7	74	31	157	65.7
DIVORCIADO	3	1.3	3	1.3	6	2.5
VIUDO	24	10	15	6.3	39	16.3
UNIÓN LIBRE	8	3.3	10	4.2	18	7.5
TOTAL	130	54.4	109	45.6	239	100

FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRÁFICA 15



FUENTE: n=239 Torrijos-R J K, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

DISCUSIONES

En el presente estudio se analizaron diversos factores vinculados a la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con Diálisis peritoneal, uno de ellos es el relacionado al género, dicho factor se menciona en el estudio “Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla”, realizado por M. Ávila et.al en México (2013), el cual reportó que el género masculino predominó en un 60%; en nuestro estudio, el género que imperó fue el masculino en un 51.9%; ambos estudios demuestran que el género masculino es el más propenso a padecer una enfermedad renal en comparación con el género femenino, esto podría explicarse debido a que las mujeres han demostrado tener un mejor cuidado en cuanto a su estado de salud, mejor apego terapéutico y por ende son menos propensas a padecer alguna complicación de su patología de base, además de que el sexo femenino tiende a expresar con mayor facilidad las molestias que presenta debidas a su padecimiento, lo que hace que busquen atención médica de manera oportuna.

Otro factor importante es la edad, de la cual podemos mencionar que en el estudio “Calidad de vida en pacientes renales Dializados”, realizado por M. Rodríguez et.al. en Chile (2010), se reportó que la población que imperó en un 45% fueron los adultos maduros en un rango de edad de 45 a 64 años; en nuestra investigación, la población que predominó en un 49.4% fueron los adultos mayores en un rango de edad de 61 a 80 años; comparando ambos resultados podemos observar que en nuestra investigación los adultos mayores de 60 años son los más propensos a padecer IRC, lo anterior puede deberse a que por sus antecedentes familiares y patológicos son un grupo de edad susceptible, también es de suma importancia considerar que México está constituido en su mayoría por adultos mayores.

En lo referente a la escolaridad, en el estudio “Calidad de Vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria”, realizado por L. Sandoval et.al en México (2010), reportó que el nivel de escolaridad que predominó fue la primaria en un 48%; en nuestro estudio, la primaria trunca fue la que sobresalió en un 34.3%; haciendo la comparación de ambos estudios nos damos cuenta que en nuestra investigación la población tiene un grado de escolaridad muy bajo, esto puede explicarse ya que anteriormente las familias mexicanas eran numerosas y resultaba complicado ofrecer a todos los hijos educación, por lo general los primogénitos no concluían sus estudios, ya que era necesario que salieran a trabajar para ayudar a los padres en casa o fuera de ella. Es importante mencionar también que el tener un mayor nivel de escolaridad resulta ser un factor protector para cualquier tipo de enfermedad, con lo anterior podemos decir que el nivel de escolaridad es inversamente proporcional al riesgo de descontrol de una enfermedad, esto es, mientras menos nivel de escolaridad tenga el paciente más riesgo hay de un mal cuidado y atención y por ende más riesgo de complicaciones.

En cuanto al estado civil de los pacientes, que es otro factor que hay que tomar en cuenta, podemos comentar que en el estudio “Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica”,

realizado por R. Ruiz et.al en España (2009), reportaron un predominio de pacientes casados con un 64.7%; en nuestra investigación, el estado civil que prevaleció en un 65.7% fue el de los pacientes casados; comparando ambas investigaciones observamos que los resultados son muy similares, esto puede deberse a que la mayoría de los pacientes con IRC son adultos mayores y de acuerdo a las costumbres y tradiciones que les fueron inculcados el estar casado era algo primordial y esencial para formar una familia; también es de gran importancia mencionar que en la mayoría de los casos el estar casado resulta ser un factor protector para el enfermo, ya que la pareja generalmente es el cuidador primario y el que otorga confort y apoyo para poder sobrellevar de una mejor manera el padecimiento por el que cursa la otra persona, sin embargo en algunos casos puede haber una desvinculación de la pareja y familia hacia el enfermo, lo que ocasiona que la persona se sienta desamparada e incluso aislada del núcleo familiar, lo cual repercute en el estado de ánimo del paciente y por consiguiente en su forma de percibir su estado de salud actual.

En el estudio “Calidad de vida de personas en diálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínica y de laboratorio”, realizado por V. Guerra et.al en Chile (2012), reportaron que el 77.1% de los pacientes presentan una inactividad laboral; en nuestro estudio, el 84.1% de la muestra se encuentra desempleada; comparando ambos resultados observamos que en nuestro estudio hay un mayor índice de desempleo, esto puede explicarse debido a que en nuestra sociedad se tiene la ideología de que el estar enfermo es igual a una persona no productiva, lo cual limita a los pacientes a que desarrollen alguna actividad donde se les remunere económicamente. También es importante tomar en cuenta que la IRC limita de tal manera a los pacientes que en ocasiones es necesario dejar de laborar para poder así evitar complicaciones secundarias a un mal cuidado.

En lo que respecta a la calidad de vida, en el estudio “Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y sus cuidadores en una unidad renal de la ciudad de Cali en 2013”, realizado por C. Castaño et.al. en Colombia (2013), señalan que de acuerdo al test utilizado (K/DQOL-SF 36), se reportó que la calidad de vida de la muestra estudiada es baja en un 57.2%; en nuestra investigación, donde se utilizó el mismo test, se encontró que el 54.4% de los pacientes tienen mala calidad de vida; analizando los resultados podemos observar que en las dos investigaciones se reportó que los pacientes tienen mala calidad de vida, esto puede deberse a que la enfermedad genera limitación en aspectos tales como la alimentación, actividad física y la interacción social, lo cual ocasiona una mayor dependencia en las actividades de la vida diaria y afecta de manera considerable la percepción del bienestar de los pacientes.

En lo concerniente al sexo y calidad de vida, en el estudio “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis”, realizado por A. Seguí et.al en España (2010), señalan que el sexo masculino es el que presenta una mala calidad de vida en un 33%; en nuestro estudio, las mujeres son las que presentan mala calidad de vida en un 28.3%; comparando ambos resultados, observamos que al contrario que en el estudio hecho en España, en nuestra

investigación las mujeres son las que tienen mala calidad de vida, los resultados anteriores pueden estar dados de esa forma ya que en nuestro medio las mujeres tienden a ser de cierta forma más independientes aunado a que tienen más responsabilidades, lo que provoca que se sientan incómodas y hasta cierto grado poco productivas al tener que depender de terceros, lo que hace que ellas perciban que su calidad de vida es mala.

Los alcances de la presente investigación fueron satisfactorios, ya que logramos evaluar al total de la muestra y pudimos corroborar que los pacientes renales derechohabientes del HGZ/UMF No.8 que se encuentran en tratamiento con diálisis peritoneal tienen una mala perspectiva de su salud con respecto a la enfermedad que padecen, con lo anterior se abre una gama impresionante de líneas de acción, las cuales debieran ser incorporadas a la atención que se les brinda, incluyendo por supuesto a la familia, personal médico y de enfermería, con lo cual enfatizamos que la terapéutica es y debe ser multidisciplinaria e integral.

Una limitante a la cual nos enfrentamos al realizar el estudio fue que no se pudo tomar en cuenta a los pacientes que se encontraban hospitalizados en el servicio de Urgencias, esto debido a que al encontrarse hospitalizados y estando bajo estrés tienden a magnificar su perspectiva de salud actual lo cual influiría de una forma negativa a la realización del cuestionario; otra limitante que enfrentamos fue que no se pudo integrar a los pacientes trasplantados que requieren manejo conjunto con diálisis peritoneal y a los pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis ya que estos acuden a otros centros hospitalarios a consulta médica y a recambios de diálisis o hemodiálisis, es por tal motivo que solo se tomaron en cuenta a los pacientes del servicio de Nefrología en tratamiento sustitutivo con diálisis del HGZ/UMF No. 8.

En cuanto al sesgo que se presentó en nuestro estudio podemos comentar que este fue un sesgo de información, con lo anterior nos referimos a que no se tomaron en cuenta los factores de riesgo cardiovasculares como tabaquismo, dislipidemia y obesidad con los cuales pudiera haber cursado el paciente antes y durante el padecimiento y control del mismo, de la misma forma no se incluyeron estudios de laboratorio como glucosa, urea, BUN y creatinina; con dichos datos pudiéramos haber enriquecido aún más la obtención de resultados dándonos cuenta cuales de ellos influyen más para la progresión de la enfermedad renal y sobre el cuidado o descontrol de su patología de base, lo cual nos daría un panorama más amplio sobre la calidad de vida del paciente.

Es preciso señalar que para la realización del test (K/DQOL-SF con 80 ítems) presentamos algunas dificultades, ya que dicho cuestionario es largo y resultaba tedioso para los pacientes contestar a tantas preguntas, lo que provocó que algunos al ver el cuestionario se negaran a participar en la realización del mismo o tardaran más del tiempo estimado para dar respuesta al cuestionario.

El presente estudio nos da una perspectiva de lo que es necesario realizar y trabajar con los pacientes renales junto con sus familias, llevando a cabo medidas

preventivas con el fin de retrasar la progresión del padecimiento, por tal motivo, desde el punto de vista de la educación, el médico familiar debe orientar y enseñar al paciente y a su familia a modificar su estilo de vida, proporcionando información sobre su padecimiento, las complicaciones y el tratamiento requerido; para lo anterior sería conveniente contar con programas en los cuales se pueda realizar una detección oportuna de IRC secundaria a las principales patologías de base (diabetes e hipertensión arterial) y captar al mayor número de pacientes renales junto con sus familias o cuidadores primarios, para poder así crear grupos en los cuales de acuerdo a su patología de base se les brinde la información pertinente y de acuerdo a los objetivos que se establezcan en cada grupo, llevar un seguimiento de la evolución y/o cambios realizados por los pacientes y familias.

El manejo de los pacientes con IRC es y debe ser multidisciplinario, por lo tanto, desde el punto de vista asistencial, sería conveniente que en las diferentes unidades médicas se derivara a los pacientes detectados con falla renal de forma oportuna a los servicios de nefrología, psicología y nutrición para que en conjunto con el médico familiar se les brinde la mejor atención posible y se pueda lograr que el paciente no progrese de forma rápida a un deterioro físico, emocional y social, lo cual contribuye a que él tenga una pésima perspectiva de su salud y por ende tenga una mala calidad de vida. Aunado a lo anterior, sería útil brindar apoyo a las familias de estos pacientes de forma psicológica y/o por medio de terapias familiares con el fin de poder hacer conciencia en cada uno de los integrantes del núcleo familiar para que de esta forma comprendan mejor el proceso y los cambios a los que se enfrentarán.

En cuanto al área de investigación, este estudio nos deja una interrogante sobre qué otros factores afectan o ayudan a que el paciente perciba de forma buena o mala su calidad de vida, por lo que se podría realizar una investigación en la que podamos estudiar qué tanto influye el personal de salud en el deterioro o mejora del paciente o qué tan capacitado está el personal para tratar a estos pacientes; otros factores que podrían ser sujetos a investigación sería la forma en cómo la familia afronta el saber que un integrante tiene una enfermedad terminal y al apego terapéutico del paciente; ambas directrices pueden brindar importantes datos, en los cuales podemos incidir para así brindar una mejor atención médica al paciente y orientación al núcleo familiar.

Con lo anterior, podemos mencionar que desde el punto de vista administrativo y tomando en cuenta las acciones que se tendrían que llevar a cabo, disminuiría el número de pacientes renales, con lo cual se reduciría la mortalidad de los mismos, aunado a que los costos que genera cada uno de estos pacientes a los diferentes institutos de salud disminuiría de igual forma y los recursos que hoy en día son destinados a la atención y terapéutica de estos serían destinados a las mejoras en la prevención y suministro de medicamentos en las clínicas de primer nivel de atención.

CONCLUSIONES

En la presente investigación, se cumplió con el objetivo establecido al evaluar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de nefrología del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, utilizando el instrumento Kidney Disease Quality of Life Short Form (K/DQOL – SF 36), encontrándose un predominio del 54.4% de la población estudiada con mala calidad de vida.

Con los resultados obtenidos se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que los pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de nefrología del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” presentan mala calidad de vida.

Después de la aplicación del cuestionario K/DQOL-SF 36 en los pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria diabetes tipo 2 en tratamiento con diálisis peritoneal del servicio de nefrología del HGZ/UMF No. 8 encontramos que del total de la muestra estudiada un poco menos de la mitad corresponde al sexo femenino, de las cuales, más de la mitad de ellas tienen mala de vida; en cuanto al resto de la población, que sabemos corresponde al sexo masculino, nos percatamos que la mitad de ellos tienen mala calidad de vida; con estos datos podemos darnos cuenta que las mujeres sufren un mayor deterioro y un impacto psicológico importante con respecto a su enfermedad y su condición, lo que hace que ellas perciban que su vida y salud en general es mala sintiéndose poco productivas, con lo anterior proponemos que se haga mayor énfasis en la atención que se les brinda, dándoles apoyo psicológico y concientizando a la familia en cuanto a los cuidados y actividades de la vida diaria que la paciente puede realizar y en cuáles se le puede ayudar, esto con la finalidad de que ellas se sientan útiles y productivas, ayudando también así a mejorar su estado de ánimo.

En lo concerniente a la edad y calidad de vida, observamos que el rango de edad que demostró ser más susceptible a padecer IRC es el de 61 a 80 años correspondiendo a la mitad de la muestra estudiada y más de la mitad de estos pacientes demostraron tener mala calidad de vida; lo anterior nos indica que en este rango de edad los pacientes son más propensos a padecer IRC, que como sabemos es una de las principales complicaciones de la diabetes mellitus (DM), por lo que sería conveniente que en las unidades de medicina familiar se llevara a cabo un programa de detección oportuna de IRC en pacientes con DM de larga evolución, sobre todo en los pacientes mayores de 60 años, de los cuales sabemos que en algunos casos no llevan un buen control glucémico, lo que propicia una progresión rápida de las complicaciones de su patología de base llegando a una falla renal; dicho programa recurriría a la ayuda y colaboración tanto de médicos familiares como del personal del servicio de nutrición, enfermería y laboratorio, para lo cual sería necesario destinar más recursos para una detección y derivación oportuna del paciente, además de hacer conciencia en los pacientes y familiares sobre el cuidado y atención que deben tener para no llegar a una enfermedad la cual no tiene cura, progresa rápidamente y puede llevarlos a la muerte.

Con respecto al estado laboral y calidad de vida, determinamos que la gran mayoría de los pacientes estudiados se encuentran desempleados, de los cuales un poco más de la mitad tienen mala calidad de vida; los datos anteriores demuestran que la IRC es una enfermedad altamente incapacitante, para lo cual proponemos que en las unidades de medicina familiar se integren programas en los cuales se les pueda ayudar a los pacientes a trabajar en actividades que no pongan en riesgo su estado de salud actual y sean remunerados económicamente, además de realizar talleres en los cuales se les enseñe a realizar trabajos que no requieran excesivo esfuerzo físico y puedan ser llevados a cabo en casa, todo lo anterior sería con la finalidad de ayudar a los pacientes a sentirse productivos y a mejorar su autoestima.

En relación a la escolaridad logramos percatarnos que un poco más de un tercio de los pacientes tienen un nivel de escolaridad muy bajo, como lo es la primaria trunca, de los cuales un poco más de la mitad de ellos demostraron tener mala calidad de vida; con lo cual corroboramos que entre menos preparada esté una persona esta no logra comprender la magnitud de su padecimiento y los riesgos que conlleva una mala atención y cuidado, haciendo que el nivel de escolaridad sea visto como un factor de riesgo para el enfermo.

Por último, en lo concerniente al estado civil, casi 2 tercios del total de la muestra son pacientes casados, de los cuales observamos que un poco más de la mitad de ellos tienen mala calidad de vida; dicho resultado nos sorprende, ya que pudiéramos pensar que al estar casado se tiene un mayor apoyo tanto de la pareja como por parte de la familia que formaron siendo así un factor protector, sin embargo en nuestro estudio es todo lo contrario, lo cual nos impulsa a pensar que hay una desvinculación de la pareja y familia hacia el enfermo, por tal motivo proponemos que en los pacientes casados se brinden terapias tanto de pareja como familiar, con el objetivo de concientizar a todo el núcleo sobre el padecimiento del enfermo y todo lo que conlleva, lo anterior debe ser tomado muy en cuenta, ya que sabemos que la familia es la principal red de apoyo para cualquier individuo.

La presente investigación permitió realizar un estudio en el cual nos enfocamos en el paciente renal en tratamiento con diálisis peritoneal y en cómo él percibe su calidad de vida con respecto a su estado de salud general, lo cual dio pie para ver al paciente de una forma integral, dándonos cuenta que la IRC causa un gran impacto a nivel psicológico además de físico, lo que hace que el enfermo realice una mala valoración de su salud actual y de las perspectivas de mejora en el futuro, lo anterior puede ser un punto de partida para diseñar e implementar un programa encaminado a mejorar la calidad de vida del paciente, que involucre actividades educativas, control médico y actividad física supervisada.

Con dicho estudio se pueden abrir nuevas líneas de investigación y obtener mejores resultados, en primer lugar a nivel hospitalario y posteriormente a nivel delegacional, hasta llegar a una investigación por entidad federativa, para poder así dar un mejor servicio y atención médica a estos pacientes, tomando en cuenta también a los que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis y a los pacientes trasplantados.

Consideramos que esta investigación puede retomarse con el fin de valorar no solo la calidad de vida en general, sino también cada una de las dimensiones que valora el test K/DQOL-SF y en base a los resultados diseñar estrategias de atención tanto para la salud general, función física y social.

Se puede considerar también el realizar una investigación que involucre al o a los cuidadores de dichos pacientes, ya que ellos pueden influir de manera importante en la atención y cuidado de los enfermos, lo cual resulta ser de gran importancia para dar un manejo integral. Con lo anterior proponemos que se integre a dicha investigación la evaluación del impacto de la enfermedad en el núcleo familiar, ya que consideramos que la familia es la principal red de apoyo social y constituye el pilar fundamental de apoyo al paciente con enfermedad crónica.

En base a los resultados obtenidos en esta investigación concluimos que la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) debe ser considerada uno de los principales objetivos terapéuticos en las enfermedades de tipo crónico como la IRC, donde el paciente ha de aprender a convivir con las limitaciones que ocasionan la propia enfermedad y la aplicación de las distintas formas de tratamiento que modifican su estilo de vida en mayor o menor medida, también tomando en cuenta a la familia, ya que ella es la principal fuente de apoyo y confort para el enfermo.

El desafío al que se tiene que enfrentar la Medicina Familiar, es el de incorporar y desarrollar protocolos para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y muchos otros que cursan con enfermedades terminales, aumentando la adhesión al tratamiento y facilitando e incorporando el apoyo social, pero sobre todo el apoyo familiar en la terapéutica, todo lo anterior basado en los tres ejes de la Medicina Familiar: continuidad, acción anticipatoria y estudio de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. L. Oblitas. Psicología de la salud y calidad de vida. Revista de Psicología. 2009; 24(1): p. 109-140.
2. M. Gimeno. La enfermedad crónica y la Familia. Revista de Psiquiatría y Paidopsiquiatría. 2012; 124(16): p. 125-127.
3. G. Rodríguez Ábrego. Disfunción familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Revista médica del IMSS. 2004; 42(2): p.97-102.
4. Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica temprana. México. 2010. p. 1-94
5. E. Ribes. Fisiopatología de la Insuficiencia Renal Crónica. Anales de cirugía cardíaca y vascular. 2007; 10(1): p.8-15.
6. A. Méndez-Durán. Epidemiología de la Insuficiencia renal en México. Diálisis y trasplante. 2010; 31(1): p. 7-11.
7. A. Cusumano. Enfermedad Renal Crónica: necesidad de implementar programas para su detección precoz y prevención de su progresión. Acta científica estudiantil, Sociedad científica de estudiantes de Medicina de la UCV. 2009; 5(4): p. 139-146.
8. M. Ávila-Saldivar. Enfermedad Renal Crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. Medicina Interna de México. 2013; 29(2): p. 148-153.
9. S. García de Vinuesa. Factores de progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Prevención secundaria. Guías S.E.N. Nefrología. 2008; Suplemento 3: p. 17-21.
10. R. Thomas. Chronic Kidney Disease and its Complications. Primary care: Clinics in office practice. 2008; 35(2008): p. 329-344.
11. S. Soriano Cabrera. Definición y clasificación de los estadios de la Enfermedad Renal Crónica. Prevalencia. Claves de diagnóstico precoz. Factores de riesgo de la Enfermedad Renal Crónica. Nefrología. 2004; 24(suplemento 6): p. 27-34.
12. P. Crawford. Treatment options for end stage renal disease. Primary care: Clinics in office practice. 2008; 35(2008): p. 407-432.
13. Ministerio de Salud. Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2009.

14. Dr. G. Obrador. Guías Latinoamericanas de práctica clínica sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de los Estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica. 2012; p. 1-242.
15. G. Eknoyan. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Official Journal of the international society of Nephrology. 2013. 3(1): p. 1-163.
16. A. Tejedor. Cuidado paliativo en el paciente con enfermedad renal crónica avanzado (grado 5) no susceptible a tratamiento dialítico. Guías S.E.N. Nefrología. 2008; suplemento 3: p. 129-136.
17. A. Seguí. Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con diálisis. Revista de la Sociedad Española de Enfermedades Nefrológicas. 2010; 13(3): p. 155-160.
18. P. Rebollo. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva. 2009; 20(2): p. 171-181.
19. L. Sandoval-Jurado. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Revista de Medicina Interna IMSS. 2007; 45(2): p. 105-109.
20. F. Contreras. Calidad de vida, autoeficiencia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis. Facultad de psicología. 2008.
21. B. Fernández. Vivir en diálisis: estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Metas de Enfermería. 2008; 11(9): p. 27-32.
22. P. Rebollo. Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la Insuficiencia Renal Terminal. Nefrología. 2009; 20(5): p. 431-439.
23. J. Ruiz. Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la Insuficiencia Renal Crónica. Revista de la Sociedad Española de Enfermedades Nefrológicas. 2009; 6(4): p. 6-16.
24. A. Ricardo. Validation of the Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQoL-SF 36) US Spanish and English Versions in a Cohort of Hispanics whit Chronic Kidney Disease. 2013; 23(2): p. 202-209.
25. J. Alonso. Descripción del cuestionario de calidad de vida en enfermedades renales (KDQoL-SF). Nephrol Dial Transplant 2009;15, suplemento 3: p. 23-28.

- 26.A. Levey. 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.
- 27.M. Ortiz. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)" *Revista Médica de Chile*, vol. 137, núm. 2, 2009, 200-207.
- 28.Valverde E. Ávila C. Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Publica de México*, 44 (4), p. 349-361.

ANEXOS

ANEXO 1

FACTORES DE RIESGO DE IRC

Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de daño renal

Edad avanzada
Historia familiar de IRC
Masa renal disminuida
Bajo peso al nacer
Raza negra y otras minorías étnicas
Hipertensión arterial
Diabetes
Obesidad
Nivel socioeconómico bajo

Factores iniciadores: inician directamente el daño renal

Enfermedades autoinmunes
Infecciones sistémicas
Infecciones urinarias
Litiasis renal
Obstrucción de las vías urinarias bajas
Fármacos nefrotóxicos, principalmente AINES
Hipertensión arterial
Diabetes

Factores de progresión: empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal

Proteinuria persistente
Hipertensión arterial mal controlada
Diabetes mal controlada
Tabaquismo
Dislipidemia
Anemia
Enfermedad cardiovascular asociada
Obesidad

Factores de estadio final: incrementan la morbi-mortalidad en situación de fallo renal

Dosis baja de diálisis
Acceso vascular temporal para diálisis
Anemia
Hipoalbuminemia
Derivación tardía a Nefrología

ANEXO 2

CÁLCULO DE TASA DE FILTRACIÓN GOMERULAR CON LA FÓRMULA DE COCKROFT-GAULT

$$\text{FG} = ((140 - \text{edad}) \times \text{peso}) / 72 \times \text{Cr sérica} \times 0.85 \text{ si es mujer}$$

ANEXO 3

CLASIFICACIÓN KDOQUI Y KDIGO PARA IRC

Estadio	Filtrado Glomerular (FG) (ml/min/1,73 m ²)	Descripción
1	≥ 90	Daño renal con FG normal
2	60-89	Daño renal, ligero descenso del FG
3	30-59	Descenso moderado del FG
4	15-29	Descenso grave del FG
5	<15 ó diálisis	Prediálisis/diálisis

Tabla 1: Clasificación K/DOQI

Prognosis of CKD by GFR and albuminuria category

				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
Prognosis of CKD by GFR and Albuminuria Categories: KDIGO 2012				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/ 1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60-89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44			
	G4	Severely decreased	15-29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red, very high risk.

ANEXO 4

Recodificación de los ítems del KDQOL – SF 36

NUMERO DE ÍTEM	CATEGORÍA DE LA RESPUESTA ORIGINAL	VALOR RECODIFICADO
4 a-d, 5 a-c, 21	1	0
	2	100
3 a-j	1	0
	2	50
	3	100
19 a-b	1	0
	2	33,33
	3	66,66
	4	100
10,11 a,c, 12 a-d	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100
9 b,c,f,g,i,13 e,18 b	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
20	1	100
	2	0
1-2,6,8,11 b, d,14 a-m, 5 a-h, 16 a-b, 24 a-b	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
7, 9 a, d, e, h, 13 a-d, f, 18 a, c	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0

ANEXO 5

Cálculo de la media de las escalas individuales del KDQOL-SF

ESCALA	NÚMERO DE ÍTEMS	DESPUÉS DE LA RECODIFICACIÓN SE PROMEDIA LOS SIGUIENTES ÍTEMS
Escalas específicas para enfermedades renales		
Listado de síntomas/problemas	12	14 a-k, l (m)*
Efectos de la enfermedad renal	8	15 a-h
Carga de la enfermedad renal	4	12 a-d
Situación laboral	2	20, 21
Función cognitiva	3	13 b, d, f
Calidad de las relaciones sociales	3	13 a, c, e
Función sexual	2	16 a, b
Sueño	4	17, 18 a-c
Apoyo social	2	19 a, b
Actitud del personal de diálisis	2	24 a, b
Satisfacción del paciente	1	23
Ítems del SF-36		
Función física	10	3 a-j
Rol físico	4	4 a-d
Dolor	2	7, 8
Salud general	5	1, 11 a-d
Bienestar emocional	5	9 b, c, d, f, h
Rol emocional	3	5 a-c
Función social	2	6, 10
Vitalidad	4	9 a, e, g, i

ANEXO 6

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA SECUNDARIA A DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS PERITONEAL
DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

2013 – 2014

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS		X										
DISEÑO METODOLÓGICO		X										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO			X	X								
CONSIDERACIONES ÉTICAS					X							
RECURSOS						X	X					
BIBLIOGRAFÍA				X	X	X	X	X				
ASPECTOS GENERALES									X			
ACEPTACIÓN									X			

2014 – 2015

FECHA	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2013	ENE 2015	FEB 2015
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X								
RECOLECCIÓN DE DATOS				X	X	X	X					
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X					
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN											X	X

ANEXO 7



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes tipo 2 en tratamiento con Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología del HGZ/UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Lugar y Fecha: Servicios de Nefrología del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
Febrero 2014 – Agosto 2014

Número de registro: En trámite

Justificación y objetivo del estudio:... La insuficiencia renal crónica en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones, es un padecimiento el cual va aumentando en cuanto a su prevalencia tanto a nivel mundial como en México. Se sabe que es una enfermedad incapacitante que trae consigo cambios importantes en las personas que la padecen, tanto físicas, emocionales, sociales y familiares, las cuales modifican la calidad de vida de estos pacientes, sin embargo aún hay pocos estudios que miden la influencia en este tipo de cambios que tiene que enfrentar tanto el paciente como la familia, la cual se considera como la principal red de apoyo en el proceso salud-enfermedad de cualquier individuo, por ello la importancia de evaluar la calidad de vida que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

Procedimientos:..... Se aplicara el KDQOL -SF en pacientes con IRC en tratamiento con Diálisis Peritoneal

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:..... Reflexión sobre la calidad de vida de los pacientes con IRC en DP y la calidad de vida que merecen

Participación o retiro: El paciente tendrá la facultad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio de confidencialidad, asegurando datos personales y respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

NA	No autorizo que se tome la muestra
NA	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
NA	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Conocer cómo es la calidad de vida de los pacientes con IRC en tratamiento con Diálisis Peritoneal.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Torrijos Rivera Jocelyn Karina. Cel: 5525043633. Email: jocelyntorrijos@gmail.com
Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx
Dr. Vilchis Chaparro Eduardo. Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com
Dra. Toro Fontanell Ana Gloria Cel: 5544907941 Email: anafontanell@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

ANEXO 8

ENCUESTA APLICATIVA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.**

**TITULO DEL PROYECTO:
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA SECUNDARIA A DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS
PERITONEAL DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HGZ/UMF 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: 1 () FEMENINO 2 () MASCULINO

ESTADO LABORAL: 1 () EMPLEADO 2 () DESEMPLEADO

ESCOLARIDAD: 1 () SIN ESTUDIOS 2 () PRIMARIA
3 () PRIMARIA TRUNCA 4 () SECUNDARIA
5 () SECUNDARIA TRUNCA 6 () PREPARATORIA
7 () PREPARATORIA TRUNCA 8 () LICENCIATURA
9 () LICENCIATURA TRUNCA

RELIGIÓN: 1 () CATÓLICA 2 () CRISTIANA 3 () TESTIGO DE
JEHOVA 4 () NINGUNA

ESTADO CIVIL: 1 () SOLTERO 2 () CASADO 3 () DIVORCIADO
4 () VIUDO 5 () UNIÓN LIBRE

AÑOS DE PADECER LA ENFERMEDAD: _____

CALIDAD DE VIDA: 1 () MALA CALIDAD DE VIDA 2 () BUENA CALIDAD DE
VIDA

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE NEFROLÓGICO.

ENFERMEDAD RENAL Y CALIDAD DE VIDA (KDQOL – SF 36)

Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud y bienestar. Esta información permitirá saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de realizar sus actividades habituales.

Nos gustaría que para este estudio llenara el cuestionario sobre su salud, sobre cómo se ha sentido durante las últimas 4 semanas. Por favor marque con una “X” la casilla bajo la respuesta elegida para cada pregunta, para completar el cuestionario contará con 15 minutos.

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

(Marque una sola casilla)

- Excelente.....1
- Muy buena.....2
- Buena.....3
- Regular.....4
- Mala.....5

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

(Marque una sola casilla)

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

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. **Su salud actual, ¿le limita** para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

(Marque una sola casilla por pregunta)

a. **Esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores

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

- b. **Esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora
 Sí, me limita mucho ₁ Sí, me limita un poco ₂ No, no me limita nada ₃
- c. Coger o llevar la bolsa de la compra
 Sí, me limita mucho ₁ Sí, me limita un poco ₂ No, no me limita nada ₃
- d. Subir **varios** pisos por la escalera
 Sí, me limita mucho ₁ Sí, me limita un poco ₂ No, no me limita nada ₃
- e. Subir **un solo** piso por la escalera
 Sí, me limita mucho ₁ Sí, me limita un poco ₂ No, no me limita nada ₃
- f. Agacharse o arrodillarse
 Sí, me limita mucho ₁ Sí, me limita un poco ₂ No, no me limita nada ₃
- g. Caminar **un kilómetro o más**
 Sí, me limita mucho ₁ Sí, me limita un poco ₂ No, no me limita nada ₃
- h. Caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros).
 Sí, me limita mucho ₁ Sí, me limita un poca ₂ No, no me limita nada ₃
- i. Caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)
 Sí, me limita mucho ₁ Sí, me limita un poco ₂ No, no me limita nada ₃
- j. Bañarse o vestirse por sí mismo
 Sí, me limita mucho ₁ Sí, me limita un poco ₂ No, no me limita nada ₃

4. Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

(Marque una sola casilla por pregunta)

a. ¿Tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?

Sí 1 No 2

b. ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer?

Sí 1 No 2

c. ¿Tuvo que dejar **de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

Sí 1 No 2

d. ¿Tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?

Sí 1 No 2

5. Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún **problema emocional** (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

(Marque una sola casilla por pregunta)

a. ¿Tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, **por algún problema emocional**?

Sí 1 No 2

b. ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, **por algún problema emocional**?

Sí 1 No 2

c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas **tan cuidadosamente** como de costumbre, **por algún problema emocional**?

Sí 1 No 2

6. 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?

(Marque una sola casilla)

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

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

(Marque una sola casilla)

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

8. 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)?

(Marque una sola casilla)

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

9. 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...

(Marque una sola casilla por pregunta)

- | | Siempre | Casi siempre | muchas veces | algunas veces | solo alguna vez | nunca |
|--|---------|--------------|--------------|---------------|-----------------|-------|
| a. se sintió lleno de vitalidad?..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... | 6 |
| b. estuvo muy nervioso?..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... | 6 |
| c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... | 6 |
| d. se sintió calmado y tranquilo?..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... | 6 |
| e. Tuvo mucha energía?..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... | 6 |
| f. se sintió desanimado y triste?..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... | 6 |
| g. Se sintió agotado?..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... | 6 |
| h. Se sintió feliz?..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... | 6 |
| i. Se sintió cansado?..... | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... | 6 |

10. 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)?

(Marque una sola casilla)

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

11. Por favor, diga si le parece **CIERTA** o **FALSA** cada una de las siguientes frases.

(Marque una sola casilla por pregunta)

Totalmente	bastante	No lo sé	bastante	Totalmente
Cierta	Cierta		falsa	falsa

a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.....1.....2.....3.....4.....6

b. Estoy tan sano como cualquiera.....1.....2.....3.....4.....6

c. Creo que mi salud va a empeorar.....1.....2.....3.....4.....6

d. Mi salud es excelente.....1.....2.....3.....4.....6

12. ¿En qué medida considera **CIERTAS** o **FALSAS** en su caso **cada una** de las siguientes afirmaciones?

(Marque una sola casilla por pregunta)

Totalmente	bastante	No lo sé	bastante	Totalmente
Cierta	Cierta		falsa	falsa

a. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida.....1.....2.....3.....4.....5

b. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo... ..1..... 2.....3.....4.....5

c. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón.....1.....2.....3.....4.....5

d. Me siento una carga para la familia.....1.....2.....3.....4.....5

13. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. Dé a cada pregunta la respuesta que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante las **4 últimas semanas**, ¿cuánto tiempo...

(Marque una sola casilla por pregunta)

Siempre Casi muchas algunas solo nunca
Siempre veces veces alguna vez

a. se aisló, o se apartó de la gente que le rodeaba?.....1.....2.....3.....4.....5.....6

b. reaccionó lentamente a las cosas que se decían o hacían?.....1.....2.....3.....4.....5.....6

c. estuvo irritable con los que le rodeaban?.....1.....2.....3.....4.....5.....6

d. tuvo dificultades para concentrarse o pensar?.....1.....2.....3.....4.....5.....6

e. se llevó bien con los demás?.....1.....2.....3.....4.....5.....6

f. se sintió desorientado?.....1.....2.....3.....4.....5.....6

14. Durante las **4 últimas semanas**, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?

(Marque una sola casilla por pregunta)

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
a. ¿Dolores musculares?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
b. ¿Dolor en el pecho?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
c. ¿Calambres?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
d. ¿Picores en la piel?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
e. ¿Sequedad de piel?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
f. ¿Falta de aire?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
g. ¿Desmayos o mareo?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
h. ¿Falta de apetito?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
i. ¿Agotado/a, sin fuerzas?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
j. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
k. ¿Náuseas o molestias del estómago?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
l. Sólo para pacientes en hemodiálisis: ¿Problemas con la fístula?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
m. Sólo para pacientes en diálisis peritoneal: ¿Problemas con el catéter?.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5

EFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

15. 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?

(Marque una sola casilla por pregunta)

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
a. ¿Limitación de líquidos?.....	1	2	3	4	5
b. ¿Limitaciones de dieta?.....	1	2	3	4	5
c. ¿Su capacidad para trabajar en casa?.....	1	2	3	4	5
d. ¿Su capacidad para viajar?.....	1	2	3	4	5
e. ¿Depender de médicos y otro personal sanitario?.....	1	2	3	4	5
f. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad de riñón?.....	1	2	3	4	5
g. ¿Su vida sexual?.....	1	2	3	4	5
h. ¿Su aspecto físico?.....	1	2	3	4	5

Las dos siguientes preguntas son personales y se refieren a su vida sexual. Sus respuestas son importantes para comprender los efectos de la enfermedad del riñón en la vida de las personas.

16. ¿Hasta qué punto supusieron un problema cada una de las siguientes cosas, durante las **4 últimas semanas**?

(Marque una sola casilla por pregunta)

	Ningún Problema	muy poco Problema	algún problema	mucho problema	muchísimo problema.
a. Disfrutar de su actividad sexual.....	1	2	3	4	5
b. Excitarse sexualmente.....	1	2	3	4	5

En la siguiente pregunta valore cómo duerme usted en una escala que va de 0 a 10, por favor. El 0 representa que duerme “Muy mal” y el 10 representa que duerme “Muy bien.” Si cree que usted duerme justo entre “Muy mal” y “Muy bien,” rodee con un círculo el número 5, por favor. Si cree que duerme un poco mejor que el nivel 5, rodee el número 6. Si cree que duerme un poco peor, rodee el 4 (y así sucesivamente).

17. En una escala que va de 0 a 10, valore cómo duerme usted en general.

(Marque una sola casilla)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy mal

Muy bien

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo...

(Marque una sola casilla por pregunta)

Nunca Sólo Algunas muchas casi siempre
 Alguna veces veces siempre
 Vez

a. ¿Se despertó por la noche y le costó volverse a dormir?.....1.....2.....3.....4.....5.....6

b. ¿Durmió todo lo que necesitaba?.....1.....2.....3.....4.....5.....6

c. ¿Le costó mantenerse despierto durante el día?.....1.....2.....3.....4.....5.....6

19. En relación con **su familia y sus amigos**, valore su nivel de satisfacción con...

(Marque una sola casilla por pregunta)

Muy Bastante Bastante Muy
 Insatisfecho Insatisfecho Satisfecho Satisfecho

a. El tiempo que tiene para estar con su familia y sus amigos.....1.....2.....3.....4

b. El apoyo que le dan su familia y sus amigos.....1.....2.....3.....4

20. Durante las **4 últimas semanas**, ¿realizó un trabajo remunerado?

(Marque una sola casilla)

Sí.....1

No.....2

21. ¿Su salud le ha impedido realizar un trabajo remunerado?

(Marque una sola casilla)

Sí.....1

No.....2

22. En general, ¿cómo diría que es su salud?

(Marque una sola casilla)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La PEOR
Salud
Posible
(tan mala o peor que
estar muerto)

A MEDIAS
entre la peor
posible y la
perfecta

LA MEJOR
salud
posible

SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS RECIBIDOS

23. Piense en la atención que recibe en la diálisis. Valore, según su grado de satisfacción, la amabilidad y el interés que muestran hacia usted como persona.

(Marque una sola casilla)

- Muy malos.....1
- Muy buenos.....2
- Buenos.....3
- Regulares.....4
- Malos.....5
- Los mejores.....6
- Excelentes.....7

24. ¿En qué medida considera **CIERTAS** o **FALSAS** en su caso **cada una** de las siguientes afirmaciones?

(Marque una sola casilla por pregunta)

Totalmente Cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
----------------------	--------------------	----------	-------------------	---------------------

a. El personal de diálisis me anima a ser todo lo Independiente posible.....1.....2.....3.....4.....5

b. El personal de diálisis me apoya para hacer frente a mi enfermedad
.....1.....2.....3.....4.....5