



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**GRADO DE FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD, EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MODALIDAD DE DIÁLISIS
PERITONEAL, EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE
ATENCIÓN**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
DRA. CITLALI MONROY FRANCO**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. DANAE PÉREZ LÓPEZ**

**ASESORA METODOLÓGICA
DRA. GABRIELA PASOS ARCE**



CIUDAD DE MÉXICO 2021





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.

GRADO DE FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MODALIDAD DE DIÁLISIS
PERITONEAL, EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.



U. M. F. No. 20

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE COLONIA
CONSEJO DE SALUD DE EMUJ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. DANAÉ PÉREZ LOPEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

ASESORA METODOLÓGICA

DRA. GABRIELA PASOS ARCE
MÉDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 24

**GRADO DE FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MODALIDAD DE DIÁLISIS
PERITONEAL, EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.**

Vo. Bo.



DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

DEDICATORIA

A Mezli

Porque tu llegada le dio un giro radical a mi vida y me condujo por el camino de la medicina, por ser quien dio y sigue dando felicidad a mi vida, porque a pesar de tu corta edad me has dado tantas lecciones, por ser la principal motivación para dirigirme hacia mis objetivos, por perdonar todas mis ausencias y siempre esperarme con los brazos abiertos. Por tu amor incondicional. Te amo más que a nada, más que a nadie.

A Israel

Por ser el mejor compañero de vida, mi mejor amigo, por estar a mi lado y apoyarme incondicionalmente desde el inicio de esta meta, por no dejarme caer y darme el impulso para salir adelante, especialmente aquellas veces que estuve a punto de renunciar, por prepararme el café y calentar mis pies, por todo este tiempo juntos, **gracias**. Te amo infinitamente.

A mis padres Felipe y Alejandrina

Por todo el amor que me han brindado durante toda mi vida, por ser mi ejemplo a seguir, por enseñarme a siempre luchar por mis sueños, por forjar en mis los valores más importantes y llenar mi vida de hermosos momentos que han hecho de mi la mujer que ahora soy, les debo todo lo que soy. Los amo con todo mi corazón.

A mis hermanos

Por ser mis primeros amigos, por siempre estar conmigo, en las buenas y en las malas, por no dejarme sola en mis momentos más difíciles y porque sé que siempre voy a contar con ustedes.

A todos ustedes: *Infinitas gracias*, mis logros son suyos también, porque estoy segura de que siempre creyeron en mí.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y acompañarme en cada paso, por ponerme en el camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía en este proceso.

A mis tutoras

A la *Dra. Santa* por compartir conmigo sus conocimientos para formarme como médico familiar, por su paciencia y por mostrarme la belleza de la medicina familiar, a la *Dra. Danae* por su apoyo en la realización de este proyecto, por su guía, enseñanzas y colaboración para el desarrollo de mis habilidades como médico.

A la Dra. Gabriela Rasos Arce

Por su disposición permanente, su apoyo, entusiasmo, interés y paciencia durante el desarrollo de todas las etapas de esta investigación, por abrirme las puertas de su consultorio y confiarme a sus pacientes.

A mis amigos de residencia

Por compartir juntos este sueño llamado residencia, porque vivimos y vencimos muchas dificultades, pero sobre todo por hacer el camino más llevadero, más divertido. Por todo su apoyo *Said, Polo, Xarely, Susana, gracias.*

A todos los pacientes

Por ser mi principal fuente de conocimiento y mis más grandes maestros, por permitirme escuchar sus cuerpos y tocar sus almas. Por su disposición y apoyo para la presente investigación: **Muchísimas gracias**

INDICE

| | Página |
|------------------------------------|---------------|
| Resumen | 1 |
| Introducción | 3 |
| Marco Teórico | 6 |
| Planteamiento del problema | 17 |
| Objetivos | 18 |
| Hipótesis | 19 |
| Sujetos, Material y Métodos | 20 |
| Resultados | 35 |
| Discusión | 61 |
| Conclusiones | 66 |
| Recomendaciones | 67 |
| Referencias | 69 |
| Anexos | 75 |

**GRADO DE FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MODALIDAD DE DIÁLISIS
PERITONEAL, EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.**

REGISTRO DE SIRELCIS

R-2021-3404-023

RESUMEN ESTRUCTURADO

GRADO DE FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MODALIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL, EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

MONROY-FRANCO C ¹, PÉREZ-LÓPEZ D ², PASOS-ARCE G ³

¹ Residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF20 IMSS.

² Médico especialista en Medicina Familiar UMF20 IMSS.

³ Médico especialista en Nefrología HGZ24 IMSS.

Introducción: La ERC constituye un problema de salud pública en nuestro país, la DP trae cambios sociales, familiares y médicos, que alteran la funcionalidad y la CV de los pacientes. **Objetivo:** Determinar el grado de funcionalidad de las actividades diarias y la CVRS, en pacientes con ERC en DP, en una unidad de segundo nivel. **Material y métodos:** Estudio analítico transversal, en 96 pacientes adultos con ERC en DP del HGZ 24 que acudieron a consulta nefrológica. Para determinar AIVD la escala de Lawton y Brody, para ABVD el índice de Barthel, para CVRS las láminas COOP/WONCA. Estadística descriptiva y multivariada por rsSpearman, WKendall, significancia $p \leq 0.05$. **Resultados:** 72% de los pacientes presentó dependencia para ABVD y 90% para AIVD. Ambos tipos de dependencia mostraron correlación ($p = .001$), así como con edad ($p=0.001$), escolaridad ($p=0.002$), tiempo en diálisis ($p=.000$), y diabetes ($p=.001$). Los pacientes con mayor dependencia para AVD tuvieron peor CVRS ($p < .000$) en las dimensiones: “forma física”, “actividades cotidianas” y “calidad de vida”. **Conclusiones:** Existe más dependencia y con mayor severidad a las AIVD que a las ABVD y ambos tipos de dependencia influyen sobre la CVRS. Detectar precozmente la discapacidad en las AIVD puede servir para iniciar programas de intervención y prevenir o retrasar la progresión.

Palabras clave: Calidad de vida, Diálisis Peritoneal, Enfermedad Renal, Funcionalidad.

ABSTRACT

DEGREE OF FUNCTIONALITY AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDER PERITONEAL DIALYSIS IN A SECOND LEVEL OF CARE UNIT.

MONROY-FRANCO C ¹, PÉREZ-LÓPEZ D ², PASOS-ARCE G ³

¹ Resident of the Family Medicine specialization course UMF20 IMSS.

² Specialist in Family Medicine UMF20 IMSS.

³ Medical specialist in Nephrology HGZ24 IMSS.

Introduction: CKD constitutes a public health problem in our country, PD brings social, family and medical changes, which alter the functionality and HRQOL of patients. **Objective:** To determine the degree of functionality of daily activities and HRQOL in patients with CKD on PD in a second level unit.

Methods: Cross-sectional analytical study of 96 adult patients with CKD on PD at HGZ 24 who attended nephrological consultation. To determine IADL the Lawton and Brody scale, for ABVD the Barthel index, for HRQoL the COOP/WONCA scales. Descriptive and multivariate statistics by rsSpearman, WKendall, significance $p \leq 0.05$. **Results:** 72% of patients presented dependence for ABVD and 90% for IADL. Both types of dependence showed correlation ($p = .001$), as well as with age ($p = 0.001$), schooling ($p = 0.002$), time on dialysis ($p = .000$), and diabetes ($p = .001$). Patients with greater dependence for ADLs had worse HRQoL ($p < .000$) in the dimensions: 'physical fitness', 'activities of daily living', and 'quality of life'. **Conclusions:** There is more dependence and with greater severity to IADLs than to ADLs and both types of dependence influence HRQOL. Early detection of disability in IADLs can serve to initiate intervention programs and prevent or delay progression.

Keywords: Quality of life, Peritoneal Dialysis, Kidney Disease, Functionality.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) es un problema creciente en México y en el mundo, cuya morbilidad se encuentra en ascenso. Se trata de una enfermedad no transmisible que, de no ser tratada oportunamente, puede tener un desenlace fatal, en ese sentido, los objetivos terapéuticos están enfocados al restablecimiento de la función renal mediante el empleo de Terapias de Reemplazo Renal (TRR) y la reducción de sus complicaciones. Esta situación crónica, avanzada y progresiva, afecta el grado de independencia de las personas que la padecen, al verse afectada su capacidad funcional, mermando no solo en los aspectos físicos, sino también laborales, sociales y familiares, lo que afecta a su vez, la calidad de vida de la persona y su familia, su rutina diaria y aumenta el número de años perdidos, el número de ingresos hospitalarios, los días de estancia y los costos para el paciente y el sistema de salud, lo que hace que se considere una enfermedad de alto costo.

Las personas que padecen ERCA perciben una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) deteriorada, derivada, entre otras cosas, a una alteración en la realización de las Actividades Básicas e Instrumentadas de la Vida Diaria (ABVD y AIVD). El deterioro de la CVRS no depende únicamente de la disminución de la función renal por la ERCA, sino que tiene varias aristas y se ve influida por el tipo y el número de enfermedades asociadas, así como las complicaciones derivadas de la enfermedad renal. Sin embargo, pese al impacto que tiene dicha enfermedad, el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes que cursan con ERCA es un tema poco investigado.

En relación a lo descrito previamente, la presente investigación pretende ayudar al personal de salud a establecer un plan de acción integral para prevenir y tratar la enfermedad renal crónica, ya que la literatura describe que, mediante un adecuado control de la enfermedad, se retrasan los problemas asociados a la misma, por lo

que se considera vital atender y priorizar el énfasis en aspectos como la calidad de vida, y no centrarse en los componentes de la enfermedad puramente biológicos.

Con los resultados originados de esta investigación, a través del uso del Índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody, se podrá obtener información acerca de la dependencia real que presenta este grupo de pacientes, lo que contribuirá, mediante el uso de escalas sencillas y de fácil aplicación en el primer nivel de atención, a ampliar el conocimiento para evaluar el impacto en su calidad de vida que genera la pérdida de independencia, para que de esta manera sea posible construir programas, proyectos, políticas y protocolos de manejo encaminados hacia el mejoramiento del nivel de independencia funcional del paciente renal.

Además, favorecerá la toma de decisiones del profesional de la salud de atención primaria, ya que se podrán implementar dichas escalas de valoración para determinar la CVRS percibida por cada uno de los pacientes, según su nivel de dependencia. A su vez, con los resultados obtenidos, las instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social, podrán optimizar sus servicios, ajustar sus programas de atención del paciente renal y preparar nuevas propuestas para este tipo de población, contribuyendo en enfocar los programas de intervención dirigidos a las verdaderas necesidades del paciente, valorando no sólo el aspecto físico, sino también social y emocional, que orienten las acciones del personal de salud. Dentro de las acciones a realizar se debe incluir aumentar el conocimiento de la población en general y entre el personal de salud respecto a la ERC, incluyendo el conocimiento de los factores de riesgo, el tratamiento adecuado de dichos factores, la detección precoz de la ERC, el desarrollo de intervenciones desde las primeras etapas de la ERC, el seguimiento adecuado al paciente para evitar la progresión del daño renal, el manejo multidisciplinario del enfermo, el crecimiento de las instalaciones para el tratamiento de pacientes con enfermedad renal en etapas avanzadas y el desarrollo de programas educativos para el personal de atención médica. La presente investigación puede servir de base para posteriores

investigaciones en comunidades de pacientes renales cuya línea de trabajo sea el mejoramiento de la calidad de vida del paciente renal.

Se realizó la búsqueda en PUBMED, así como Google Academic usando los siguientes términos de búsqueda: (México) AND (dialysis peritoneal)) AND (basic activities of daily life); (México) AND (dialysis peritoneal)) AND (instrumented activities of daily life); (México) AND (dialysis peritoneal)) AND (functional dependence)) AND (functional maillence) sin encontrar resultados, lo que sugiere que existe deficiencia en el conocimiento del problema de estudio, por lo que el conocer estas determinantes, pudiera contribuir en un futuro a establecer estrategias de mejora individual, social e institucional.

MARCO TEÓRICO

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de grandes dimensiones en el área de la salud pública, por su elevada incidencia, prevalencia, morbimortalidad, sus grandes costos sanitarios y por disminuir drásticamente la calidad de vida de quien la padece (1).

Según la guía KDIGO, publicada en el año 2013, la ERC se define como la disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) inferior a $60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$ o la presencia de lesión renal persistente durante al menos tres meses. Siendo el daño renal la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso de la tasa de filtrado glomerular. La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) incluye los estadios 4 y 5, definiéndose como la enfermedad renal crónica que cursa con $\text{FG} < 30\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ y $<15\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ respectivamente, en las cuales se vuelve indispensable utilizar fármacos muy especializados e incluso el uso de alguna modalidad de terapia renal de reemplazo (TRR) para prolongar la vida, los cuales incluyen la diálisis en cualquiera de sus modalidades o el trasplante renal (2).

La diálisis peritoneal (DP), es una TRR que consiste en la utilización del peritoneo y una solución especializada conocida como dializado. El dializado cumple la finalidad de remover los solutos y fluidos de la sangre en el paciente urémico, usando el peritoneo como un filtro, aprovechando su capacidad de osmosis y difusión de solutos al plasma y viceversa. El sistema consta de una bolsa que contiene el líquido de diálisis, el cual se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter que fue previamente implantado con una intervención quirúrgica y se drena a una bolsa de salida una vez pasado un tiempo, en el que se ha producido el intercambio de solutos en la membrana. Durante dicha práctica, se realiza este proceso alrededor de 3 a 5 veces al día dependiendo de las necesidades del paciente. (3)

Existen pocos estudios en cuanto a la incidencia y prevalencia de la ERC a nivel mundial, ya que ésta tiende a pasar desapercibida en estadios iniciales, y no es sino hasta que se entra a una etapa avanzada, cuando los primeros síntomas comienzan

a aparecer, sin embargo, el Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (GBD) reporta que, a nivel mundial en 2017, hubo 697.5 millones de casos de ERC. Ubica una tercera parte de los casos de ERC en dos países: China (132.3 millones de casos) e India (115.1 millones de casos). Bangladesh, Brasil, Indonesia, Japón, México, Nigeria, Pakistán, Rusia, Estados Unidos y Vietnam tuvieron más de 10 millones de casos de ERC cada uno. Este estudio, además, estima que, en 2017, 1.2 millones de personas murieron de ERC. La tasa global de mortalidad de todas las edades por ERC aumentó 41,5% entre 1990 y 2017. La prevalencia global de ERC para todas las edades aumentó 29.3% desde 1990. La ERC, en 2017, fue la responsable de 35.8 millones de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD), con la nefropatía diabética representando casi un tercio de los AVAD. En varias regiones, incluyendo en ellas a América Latina, la carga de ERC fue mucho mayor de lo esperado para el nivel de desarrollo. (4) Ahora bien, en el año 2015 el protocolo PROSPERO, buscó determinar la prevalencia global de ERC según los criterios de KDOQI en estudios observacionales publicados en la población general adulta, mediante una revisión sistemática y un metaanálisis se calculó una prevalencia de ERC global de 13.4% de la población mundial. En este estudio además se encontró que la prevalencia de ERC por etapa fue: Etapa 1 de 3.5%, etapa 2 de 3.9%, etapa 3 de 7.6%, etapa 4 de 0.4% y en etapa 5 de 0.1%, englobando a las etapas avanzadas (3 a 5) se encontró una prevalencia de 10.6%. Dichas cifras son relevantes al demostrar que la ERC se encuentra infradiagnosticada y que existe una prevalencia mayoritaria en el estadio 3, en el cual si no se realiza alguna intervención que evite la progresión del daño renal, éste inevitablemente llegará al estadio final requiriendo una TRR. (5)

En los últimos 50 años, México ha experimentado muchos cambios demográficos, con la disminución de la natalidad y la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, la cual hasta el año 2015 era de 77 años en mujeres y 72 años en hombres, influidos por el crecimiento económico del país, con la mejora en las condiciones de vida, la urbanización, la inversión en los servicios e infraestructura del sistema de salud, la formación de personal capacitado y avances en la medicina. Dicha

transición demográfica y el envejecimiento de la población, representa un reto para México, al tener que responder a los problemas emergentes y sus consecuencias, tal es el caso de la aparición de enfermedades crónicas, incluyendo en ellas a la ERC. (6)

Desafortunadamente, en México, actualmente no existe un registro nacional de casos de enfermedades renales, por lo que se desconoce con exactitud el número de pacientes que viven con ERC, así como sus características demográficas y el estadio de la enfermedad en que se encuentran. En el año 2014, el sistema de Datos Renales de los Estados Unidos estimaba que alrededor del 7% de la población mexicana contaba con el diagnóstico de ERC, esto es, más de 7.5 millones de personas. De ellas el 96% se encontraba entre los estadios 1 a 3; y poco más de 300 mil pacientes en etapas 4 y 5, es decir, con ERCA, en este estudio, además, se coloca en ese año al estado de Jalisco en el segundo lugar en incidencia y el séptimo en prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) a nivel mundial. Se calculó un crecimiento porcentual en incidencia entre 2001 y 2014 del 93% y en prevalencia del 343%. (7)

El Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME de Washington, D.C.) sitúa a la Diabetes mellitus la principal causa que genera la muerte por ERC en México, al encontrarse en el año 1990 en el lugar 19 como causa de muerte por nefropatía diabética a pasar a ocupar el tercer sitio como causa de muerte en 2015, lo cual representa un incremento de 670%, en cuanto al grupo de edad que presenta mayor mortalidad encontramos al rango de edad de entre los 45 a 75 años. Al publicarse en 2016 datos de entidades federativas, se encontró que la Ciudad de México cuenta con mayor mortalidad por ERC, seguido del estado de Veracruz, Puebla, Guerrero y Morelos, mientras que el estado con menor número de muertes es Baja California, San Luis Potosí, Aguascalientes. (8)

En el mundo, México es el país con mayor utilización de diálisis peritoneal (DP), se calcula que aproximadamente el 74% de los pacientes recibe esta modalidad de TRR, mientras que el 26% se encuentra en hemodiálisis (HD). Se dice que tal

inclinación hacia la primera tiene como principales motivos los gastos y la disponibilidad de recursos médicos y tecnológicos. (9) La selección de la modalidad de TRR, no solo depende de los factores médicos y psicosociales, si no que implica muchos más factores, incluidos el recurso financiero, el nivel educativo, la disponibilidad de recursos, las costumbres sociales y los hábitos culturales. (10)

Se calcula que aproximadamente el 73% de la población que requiere alguna TRR es atendida en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde sus derechohabientes se atienden en aproximadamente 160 hospitales que cuentan con el servicio de DP y/o HD. Se reporta que en el año 2014, los gastos generados para el tratamiento de la ERCA, representó para el Instituto, el 15% del gasto total anual de su mayor programa (Seguro de Enfermedades y Maternidad), el equivalente a aproximadamente \$13,250 millones de pesos; y que dicho gasto se invirtió en tan sólo el 0.8% de los derechohabientes (población con ERCT). (11) En el año 2016, el IMSS cuenta con registro de aproximadamente 63 991 pacientes en el programa de diálisis, de los cuales el 58% se encuentran en DP (DPCA 32.6% y DPA 25.4%) y 42% en HD (HDE 19.5%, HDI 22.5%). El costo anual promedio del tratamiento de un paciente con DP fue de \$203 675 pesos, con un costo anual para DPCA de \$191 593, mientras que para DPA fue de \$213 914 y para HD de \$321 553 pesos, cabe resaltar que el costo por hospitalización (independientemente del tipo de DP), representó entre 36 y 40% del costo total. El Instituto estima que para el año 2050, el gasto que consumirá el tratamiento de la ERCT, se incrementará 20 veces más en relación al gasto de 2010 (\$6545 contra \$134 677 millones de pesos). (12) Además, se calcula que para que el acceso a diálisis sea universal en nuestro país, se requeriría una inversión de más de 33,000 millones de pesos anuales (40% del presupuesto nacional destinado a salud). (13)

La diálisis peritoneal (DP) es un tratamiento que, si bien cumple el objetivo de prolongar la vida, trae consigo una serie de complicaciones y representa un reto tanto para la persona que la padece, como para su entorno familiar, social, laboral y genera afectación al individuo tanto física como psicológica, social y económica. El proceso para realizar la DP, genera en los pacientes una importante dependencia

hacia sus cuidadores y los profesionales de la salud que los atienden, específicamente hablando de aquellos individuos que gozaban de una independencia total previa, el impacto emocional que implica tal pérdida de su independencia es abrumador. Aunado a esto, los pacientes deben adaptar su estilo de vida y dedicar una gran cantidad de su tiempo en acudir a sesiones diarias de diálisis (o realizarlas en casa), someterse a dietas específicas, ingesta de múltiples y variados medicamentos, y someterse a otro tipo de procedimientos (transfusiones, etc.). La ERC produce de forma generalizada una disminución de la libido y la capacidad sexual, que, junto con la distorsión corporal, resulta devastador para ciertos grupos. La capacidad laboral se ve seriamente afectada o al menos en la mayoría implica una reducción de sus ingresos económicos, que, aunado al incremento de los gastos agrava la situación. (14)

Cuando un individuo se encuentra diagnosticado con ERCA y es sometido a alguna de las modalidades de TRR, se produce en él una disminución de su capacidad para realizar sus actividades habituales, lo que se conoce como “capacidad funcional”, dicho término se refiere a aquella capacidad que posee una persona para realizar tareas esenciales sin ayuda, incluidas las tareas para el autocuidado, dichas actividades incluyen desde aquellas actividades primordiales llamadas “actividades básicas de la vida diaria” (ABVD), que exploran la independencia en bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, la continencia y alimentarse; y además actividades más complejas pero también fundamentales, que apoyan la vida independiente, llamadas “actividades instrumentadas de la vida diaria” (AIVD), las cuales valoran la independencia en el uso del teléfono, las compras, la preparación de alimentos, la limpieza, el lavado de ropa, el viaje, la toma de medicamentos y el manejo de las finanzas. La capacidad para realizar estas actividades depende de capacidades cognitivas, motoras y perceptivas. (15)

Una reducción en la capacidad funcional, o incluso su ausencia, se asocia con una mayor dependencia, mayor cantidad de ingresos hospitalarios, recurrencia en estos y un aumento de la mortalidad en la población general y en pacientes con enfermedades crónicas, en este sentido, la evaluación de las ABVD y AIVD es un

procedimiento simple y que conduce a la detección temprana de deterioro funcional, que puede ayudar a la implementación de intervenciones tempranas para prevenir o evitar otras situaciones graves como mayor dependencia, ingresos hospitalarios, caídas y discapacidad. (16)

El índice de Barthel (BI) es uno de los métodos más utilizados para evaluar las ABVD, este cuestionario valora la independencia del paciente, evalúa su capacidad de autocuidado y la intensidad de la atención requerida, valora 10 ABVD: alimentación, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras. La puntuación de cada actividad es diferente, asignándose un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos, con puntuación más baja al no poder realizar la actividad o depender de otra persona para llevarla a cabo y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (independencia). El punto de corte es 69, con un puntaje ≥ 60 se clasifica como independiente y un puntaje <60 indica dependencia funcional. (17)

El Índice de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody, es un método ampliamente utilizado a nivel mundial para evaluar las AIVD, con el que se establece el grado de funcionalidad para la realización de actividades instrumentadas, valora 8 actividades: Capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidados de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a sus medicamentos, manejo de finanzas. Se asigna un valor numérico 1 (independiente o semiindependiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). (18)

En los pacientes que son sometidos a diálisis, se ha observado una mayor prevalencia de dependencia funcional, la cual provoca una reducción de su calidad de vida, aumenta el uso de los servicios de salud y la sobrecarga del cuidador. (19)

La Organización Mundial de la Salud define a la Calidad de Vida como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones”. Sin embargo, el termino correcto para

evaluar a los pacientes con enfermedades crónicas es el de Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el cual se define como “la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar”, concepto que incluye el nivel de bienestar y satisfacción asociado a la vida de un individuo y cómo está afectada por la enfermedad desde el punto de vista del paciente. Abarca tres dimensiones importantes como son la dimensión física, la psicológica y la social. (20) Síntomas como fatiga, dolor, depresión, trastornos del sueño, dificultades cognitivas y disfunción sexual, son experimentados en gran proporción de los pacientes con ERCA, dichos síntomas tienen un impacto negativo en la CVRS y ésta tiende a deteriorarse significativamente con la progresión a etapas más avanzadas de la enfermedad, presentando una valoración más baja en la etapa 5 de la ERC. (21)

Determinar la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con ERC requiere un instrumento de medida que cumpla con criterios de fiabilidad y validez, que sea de fácil aplicación y entendimiento para los pacientes. En ese sentido, el cuestionario KDQOL-36 es uno de los más usados para este grupo de pacientes en específico, sin embargo, cuenta con la desventaja de ser muy extenso y se han descrito dificultades para su aplicación en pacientes de edad avanzada y aquellos con un bajo nivel de estudios, por lo que para este estudio optamos por la utilización de las láminas COOP-WONCA, el cual es un cuestionario reconocido internacionalmente, probado en población mexicana y que cuenta con niveles altos de validez y fiabilidad, se caracteriza por ser breve y de fácil comprensión. Las láminas fueron diseñadas inicialmente para valorar la CVRS en el primer nivel de atención y han sido probadas en pacientes con ERC con resultados significativos. Consta de 9 láminas que exploran una dimensión de la calidad de vida del paciente de manera completa, cada dimensión corresponde a lo sucedido en las últimas dos semanas en cuanto a: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividad social, cambio del estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de

vida en general. Las respuestas están ilustradas gráficamente con dibujos, a los que se les asigna un valor numérico del 1 al 5, a mayor puntuación, peor calidad de vida relacionada con la salud. (22)

En un estudio transversal realizado a 66 pacientes en HD, en un centro hospitalario en España en 2019 denominado “Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: Influencia sobre calidad de vida relacionada con la salud”, se encontró que el 80.3% de los pacientes tenían algún grado de dependencia en la AIVD, de estos 57.5% en grado moderado/severo, y una dependencia del 40.8% para las ABVD con un 9% en grado moderado/severo. La edad, el sexo y la situación laboral influyen en dependencia en las AIVD y las ABVD, no así el tiempo en HD, la etiología de la ERC ni el estado civil. Los pacientes con mayor grado de dependencia en las AIVD y las ABVD tuvieron peor CVRS. (23)

En el estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico denominado “Asociación de inicio de diálisis de mantenimiento con estado funcional y carga del cuidador” del año 2019, donde se analizaron 187 pacientes con una edad media de 75 ± 7 años, el 33% eran mujeres. Al comienzo de la diálisis, el 79% dependía de la atención en el estado funcional (30% ABVD, 78% AIVD), el 52% dependía leve / moderadamente y el 27% dependía severamente, la prevalencia de dependencia severa fue la más alta en la categoría de edad de ≥ 75 años. Después de 6 meses, el 40% experimentó una disminución en el estado funcional, el 34% permaneció estable, el 18% mejoró y el 8% murió. La disminución en el estado funcional se debió principalmente a la pérdida en la independencia de AIVD (37%), contra 16% de la ABVD. (24)

En el año 2015, el estudio “Prevalence and correlates of functional dependence among maintenance dialysis patients” de la universidad de Stanford, con 148 pacientes en diálisis, con una edad promedio de 56 años, se encontró que 87 (58.8%) mostraron cierta dependencia a las ABVD o a las AIVD, 70 de ellos (47.2%) con dependencia para las AIVD y 17 (11.5%) con una dependencia mixta (ABVD y AIVD). Las AIVD más afectadas fueron el uso de transporte público, compras, manejo de finanzas, preparación de alimentos, toma de medicación y el uso del teléfono; dentro de las ABVD fueron la capacidad para usar la ducha, reportando la

necesidad del empleo de una silla. El sexo masculino se asoció con el deterioro en las AVD. (25)

Un estudio transversal en España del año 2016 comparó la calidad de vida en pacientes en diálisis peritoneal (DP) contra pacientes con tratamiento conservador (TC) (sin diálisis), encontrando que el grupo de DP obtuvo puntajes menores en las dimensiones de función física (FF), rol físico (RF) y rol emocional (RE) en comparación con el grupo en TC, se deduce que dicha disminución en el puntaje se asocia a la afección en las actividades de la vida diaria; lo que conlleva a una disminución en la funcionalidad y como resultado una mayor dependencia, concluyendo que la DP impacta de forma negativa en las dimensiones para CV. (26)

Respecto a la CVRS, en la revista Duazary en 2015, se publicó un artículo denominado “Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica”, en donde se seleccionaron 52 artículos que midieran calidad de vida y se encontró que la dimensión de calidad de vida más afectada es la física, influenciada por la pérdida de independencia en la realización de sus actividades diarias, junto la restricción dietética, de líquidos, la toma de múltiples medicamentos y el someterse a tratamientos altamente invasivos y demandantes en pro de prologar su vida; la dimensión de salud mental se ve afectada ya que la mayoría de los pacientes presentan algún grado de depresión; de las tres modalidades de tratamiento para la insuficiencia renal, se observó que la que más afecta la calidad de vida del paciente es la hemodiálisis, seguida de diálisis peritoneal y por último el trasplante renal. (27)

En México, un estudio transversal realizado en un hospital de Morelia, Michoacán, encontró que, la peor CVRS se observó en los pacientes con IRT, obteniendo prácticamente el peor puntaje en todas las dimensiones de la escala SF-36 (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental), de todas ellas la dimensión de salud general fue la más afectada, además el grupo con mayor depresión fue el de IRT, así como también el que mayor número de fármacos emplea. Como causas de IRT en el grupo estudiado se encuentran: DM en

un 28% e hipertensión arterial en el 21%. El tiempo en terapia dialítica promedio fue de 1,66 años. La modalidad dialítica más frecuente fue la diálisis peritoneal. (28)

Otro estudio transversal realizado en un hospital perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social en 2007, con el objetivo de evaluar diferentes aspectos de la calidad de vida de los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria continua, utilizando la encuesta SF-36 encontró que el promedio de puntuaciones más baja correspondió a la salud física, seguido de salud emocional y salud general, mientras que la puntuación más alta se encontró en el rubro de salud mental; respecto a la edad se observó que los individuos entre 18 – 35 años calificaron con las puntuaciones más altas y los mayores de 56 años con las más bajas, no se encontraron diferencias en cuanto al sexo. (29)

En el Departamento de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, de la Ciudad de México, se realizó un estudio transversal con el objetivo de valorar la Dependencia funcional y enfermedad crónica en mexicanos mayores, donde se encontró que la prevalencia de dependencia funcional es alta en el grupo de adultos mayores de 65 años. Este estudio demuestra que las condiciones crónicas están estrechamente asociadas con la dependencia funcional. La prevalencia de dependencia funcional fue de 24 y 23% para BADL e IADL, respectivamente. La enfermedad articular, la enfermedad cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión se asociaron con la dependencia de BADL y IADL, este estudio reporta que la hipertensión arterial no se asocia con dependencia funcional ($p .393$), mientras que la diabetes mellitus si presenta correlación significativa con deterioro funcional ($p .005$), además, encontraron que, algunos factores sociodemográficos como la escolaridad y el nivel socioeconómico poseen una asociación directamente proporcional con las ABVD y AIVD. (30)

La presencia de hipertensión, diabetes y enfermedad cardiovascular, medidos por el índice de comorbilidad de Charlson, fueron predictores significativos del deterioro de las AVD en un estudio realizado en pacientes con ERC en estadios 3-5 del departamento de Medicina Interna del Hospital Beijing Chaoyang en China, entre octubre de 2017 y diciembre de 2018. (31)

Por otro lado, una revisión sistemática en España en 2019, asociaron la pérdida de CVRS con ser mujer, edad avanzada, comorbilidad asociada (hipertensión arterial y diabetes mellitus), dolor con limitaciones, presencia de ansiedad y/o depresión y mayor dependencia, mientras que un elevado grado de estudios y el ser casado se asocia con una mejor percepción de la CVRS. (32)

Ahora bien, en Kuwait, mediante un estudio transversal en 6 centro de diálisis, se determinó que la diabetes mellitus fue la principal causa de ERCT y ésta se asoció con una disminución promedio de 9.8 en la calidad de vida en comparación con los pacientes con otras causas de ERCT. (33)

Un estudio de cohorte prospectivo en China, comparó la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a lo largo del tiempo en pacientes que inician hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP), evaluando la CVRS a los 3, 12 y 24 meses, reportando que tanto los pacientes en HD como en DP experimentaron disminuciones significativas en diferentes dominios de CVRS durante dos años y el grado de cambios en la CVRS a lo largo del tiempo no fue diferente entre las modalidades de diálisis. (34)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública en nuestro país, por su elevada incidencia, marcada prevalencia, los elevados costos del tratamiento y por disminuir drásticamente la calidad de vida en la población que la padece.

En los estadios avanzados de la ERC, los pacientes son sometidos a diversas opciones de tratamiento, siendo la diálisis peritoneal una de las más usadas en México, este tratamiento les permite alcanzar una supervivencia prolongada, sin embargo, la dependencia que les genera el estar conectados en una máquina para poder vivir, el ser dependiente de las indicaciones del personal de salud, los cambios que implica para su estilo de vida, en algunos casos con deterioro de la capacidad cognitiva, y con el aumento también de las comorbilidades, tiene un impacto significativo en la vida de los pacientes, al afectar su grado de funcionalidad y con ello su calidad de vida.

La calidad de vida es un objetivo en la salud que cada vez adquiere mayor protagonismo, y se utiliza como medida de resultados en salud, especialmente donde las actuaciones ya no puedan dirigirse a prolongar la vida. Por ello, afrontar una enfermedad crónica y progresiva como es la ERC, puede aumentar la dependencia funcional del paciente, afectándolo en el ámbito físico, psicológico y social de su vida.

Por lo antes expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de funcionalidad y calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en modalidad de diálisis peritoneal, en una unidad de segundo nivel de atención?

OBJETIVOS

A. Objetivo general

Determinar el grado de funcionalidad de las actividades diarias y calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en modalidad de diálisis peritoneal, en una unidad de segundo nivel de atención

B. Objetivos específicos

- a. Identificar las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión, nivel socioeconómico) de los pacientes con diálisis peritoneal.
- b. Identificar el tiempo de evolución de diálisis peritoneal
- c. Conocer las principales comorbilidades con que cuentan los pacientes en diálisis peritoneal.
- d. Identificar el grado de funcionalidad en las actividades de la vida diaria de los pacientes con diálisis peritoneal.
- e. Identificar el grado de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en diálisis peritoneal.
- f. Identificar la relación de la funcionalidad en las actividades diarias con características sociodemográficas, tiempo de evolución de la diálisis y principales comorbilidades de los pacientes con diálisis peritoneal.
- g. Identificar la relación del grado de calidad de vida relacionada con la salud con características sociodemográficas, tiempo de evolución de la diálisis y principales comorbilidades de los pacientes con diálisis peritoneal.

HIPÓTESIS

H1: Existe relación significativa entre el grado de funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud, en los pacientes con enfermedad renal crónica en modalidad de diálisis peritoneal.

H0: No existe relación significativa entre el grado de funcionalidad y la calidad de vida relacionada a la salud, en los pacientes con enfermedad renal crónica en modalidad de diálisis peritoneal.

SUJETOS, MATERIALES Y MÉTODOS

1. **PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

Relacionar la funcionalidad de las actividades diarias con la calidad de vida relacionada con la salud, en los pacientes con diálisis peritoneal.

2. **LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO**

El estudio se realizó en un hospital de segundo nivel, considerando al Hospital General De Zona No 24. "Insurgentes". Av. Insurgentes Norte No. 1322. Col. Magdalena de las Salinas. Del. Gustavo A. Madero. Cp. 07760, puesto que es subsede de la especialidad de medicina Familiar.

3. **DISEÑO**

Transversal: Solo se tomaron a los pacientes en un solo momento.

Prospectivo: Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información.

Observacional: De acuerdo con la intervención del investigador.

Analítico: De acuerdo con la relación entre las variables, de asociación o de causalidad

4. **GRUPO DE ESTUDIO**

Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en modalidad de diálisis peritoneal de ambos géneros entre 18 y 89 años, en tratamiento en el H. G. Z. No 24.

5. **CRITERIOS DE ESTUDIO:**

Criterios de inclusión:

- Pacientes en diálisis peritoneal de ambos sexos entre los 18 y 89 años.
- Pacientes en modalidad de diálisis peritoneal desde hace por lo menos 12 meses.

- Pacientes en diálisis peritoneal que acudieron a la consulta externa de Nefrología o estuvieran hospitalizados en el área de Diálisis, Medicina Interna o Cirugía del H.G.Z. No 24 durante el mes de Julio de 2021.
- Pacientes en diálisis peritoneal que desearon participar en la encuesta y firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes en diálisis peritoneal que contestaron el 80% del cuestionario.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en diálisis peritoneal con un periodo menor a 12 meses en dicha modalidad.
- Pacientes en diálisis peritoneal con alguna imposibilidad física o mental, que impidió dar respuesta a los cuestionarios.
- Pacientes en diálisis peritoneal con alguna condición clínica inestable por alguna enfermedad concomitante aguda que impidió contestar la encuesta.

Criterios de eliminación:

- Pacientes en diálisis peritoneal que entregaron encuestas inconclusas o que contestaron menos del 80% del cuestionario
- Pacientes en diálisis peritoneal que por alguna circunstancia abandonaron o desertaron de la realización del estudio durante la aplicación de la encuesta.

6. TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

Participaron todos los pacientes con enfermedad renal crónica que acudieron al servicio de diálisis del HGZ 24 durante el periodo de Julio del 2021. El muestreo fue no probabilístico por casos consecutivos, que cumplían con los criterios de inclusión.

7. **DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ACUERDO CON EL NIVEL METODOLÓGICO:**

Variable dependiente: Calidad de vida relacionada con la salud.

Variables independientes: Grado de funcionalidad para las actividades diarias (básicas e instrumentales), edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión, nivel socioeconómico, tiempo de evolución de la diálisis peritoneal, comorbilidades.

a) Calidad de vida relacionada con la salud

- Definición conceptual: Valoración subjetiva del paciente sobre su bienestar global tanto en relación con su salud como a las consecuencias de la enfermedad y tratamiento.
- Definición operacional: El sujeto de estudio, puntuó la imagen que más se acerca a la situación diaria de vida. Las láminas COOP-WONCA, utiliza en cada dimensión una escala, cada rubro equivale a una imagen que tiene un puntaje específico. Se describen las dimensiones: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividad social, cambio del estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida en general
 - Tipo de variable: Cualitativa
 - Escala de medición: Ordinal
 - Unidad de medición:
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala

b) Grado de funcionalidad de las actividades diarias

- Definición conceptual: Capacidad de cumplir acciones requerida en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, así como realizar algunas actividades.

- Definición operacional: Mediante el instrumento de Índice de Barthel se midieron las actividades básicas de la vida diaria y con la escala de Lawton y Brody las actividades instrumentales de la vida diaria en los pacientes con diálisis peritoneal.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Unidad de medición:

Actividades instrumentales de la vida diaria:

- Independencia
- Dependencia ligera
- Dependencia moderada
- Dependencia severa
- Dependencia total

Actividades básicas de la vida diaria:

- Independencia
- Dependencia leve
- Dependencia moderada
- Dependencia grave
- Dependencia total

c) Tiempo de evolución de diálisis peritoneal

- Definición conceptual: Periodo de tiempo transcurrido desde del inicio del tratamiento con diálisis peritoneal.
- Definición operacional: Numero de meses cumplidos en diálisis peritoneal.
- Tipo de variable: Cuantitativa
- Escala de medición: Razón
- Unidad de medición: por intervalos
 - 1) 0-11 meses
 - 2) 1-5 años
 - 3) 6-10 años

- 4) 11-15 años
- 5) 16 años y más

d) Edad

- Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo
- Definición operacional: Número de años cumplidos. Desarrollado en la pregunta 1 de la cedula de identificación.
- Tipo de variable: Cuantitativa
- Escala de medición: Discreta
- Unidad de medición:
18, 19, 20....

e) Sexo

- Definición conceptual: Condición orgánica que distingue machos de hembras
- Definición operacional: Se obtuvo dato mediante encuesta aplicada, en la pregunta No. 2, de que sexo es.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal Dicotómica
- Unidad de medición:
1. Masculino
2. Femenino

f) Escolaridad

- Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente
- Definición operacional: A través del cuestionario de datos sociodemográficos, en la pregunta No 3 el nivel escolar realizado.
- Tipo de variable: Cualitativa

- Escala de medición: Ordinal
- Unidad de medición:
 - Ninguna
 - Primaria
 - Secundaria
 - Preparatoria
 - Licenciatura
 - Posgrado

g) Estado civil

- Definición conceptual: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles
- Definición operacional: A través del cuestionario de datos sociodemográficos, en la pregunta No. 4, que estado civil tiene en ese momento.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal politómica.
- Unidad de medición:
 - Soltero
 - Casado
 - Viudo
 - Divorciado
 - Unión Libre

h) Religión

- Definición conceptual: Conjunto de creencias o dogmas a cerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.

- Definición operacional: A través del cuestionario de datos sociodemográficos, en la pregunta No 5
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal politómica
- Unidad de medición:
 - Ateo
 - Católico
 - Cristiano
 - Testigo de Jehová
 - Otra

i) Comorbilidad

- Definición conceptual: Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.
- Definición operacional: La presencia de enfermedades coexistentes en relación con la ERC
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal politómica
- Unidad de medición:
 - i. Diabetes Mellitus
 - ii. Hipertensión Arterial
 - iii. Obesidad
 - iv. Ninguna
 - v. Otra

j) Nivel socioeconómico

- Definición conceptual: Posición o estatus que tiene una persona en la sociedad a partir de los recursos que posee la persona y su familia
- Definición operacional: Se categorizó de acuerdo con el cuestionario AMAI.
- Tipo de variable: Cualitativa

- Escala de medición: Ordinal
- Unidad de medición:
 - A/B: Nivel alto
 - C+: Nivel medio alto
 - C: Nivel medio típico
 - C-: Nivel medio bajo
 - D+: Nivel bajo superior
 - D: Nivel bajo inferior
 - E: Nivel marginal

8. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Mediante acuerdo y vínculo entre la Unidad de Medicina Familiar y el Hospital General de Zona No. 24, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, se buscó autorización por escrito con los directivos de dicho hospital para la realización de una investigación sobre la asociación entre el nivel de funcionalidad y la calidad de vida de pacientes en modalidad de diálisis peritoneal, estudio a cargo de la investigadora principal y del médico residente.

-Se solicitó autorización a los comités de: ética e investigación. Una vez se contó con el mismo se procedió a realizar la búsqueda de los sujetos de estudio.

-Se buscó a los participantes en la sala de diálisis peritoneal y consulta externa de nefrología del HGZ 24, se informó de forma verbal y escrita a los pacientes candidatos en que consiste la investigación. Mencionando los beneficios individuales, sociales y científicos de la investigación, así como los posibles riesgos de la realización de la encuesta, haciendo hincapié en que dicha encuesta se realizó siempre y cuando se hubiera firmado la carta de consentimiento informado en la cual se autorizó la aplicación de esta.

-Previo a la aplicación de la encuesta, se les explicó los objetivos y características del estudio, los datos proporcionados se manejaron de forma anónima y los

participantes, pudieron abandonar la encuesta en el momento que ellos lo decidieran.

-Para la entrega de encuestas, el paciente presentó el consentimiento informado perfectamente requisitado y firmado.

-Se repartió el cuestionario y se procedió a resolver dudas en la interpretación de las preguntas y datos generales del instrumento.

-Una vez terminado el llenado del cuestionario, se revisó el llenado correcto de preguntas y que no existiera omisión de datos, de tal manera se dio por terminada la aplicación de la encuesta y se agradeció por la participación.

-Se les informó que, en caso de que desearan conocer su resultado, bastaba con enviar un correo electrónico a: danaeperez@hotmail.com o citmonroyf@gmail.com, o bien, dirigirse por teléfono a 55 57-87-44-22 Ext. 15320

-Una vez terminada la recolección de datos, se realizó el análisis de los mismos, estableciendo una base de datos en el programa IBM SPSS STATISTICS VERSION 21.0

-Se emitieron tablas de salida para la presentación de resultados, análisis de estos y discusión.

-Se realizó la redacción de conclusiones y recomendaciones, así se dio por concluido el proyecto

9. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumentos para evaluar funcionalidad

- **Escala de Lawton y Brody para actividades Instrumentadas de la Vida Diaria**

El objetivo de este instrumento es establecer el grado de funcionalidad en las actividades instrumentales de la vida diaria. Dicho instrumento consta de ocho apartados que exploran la capacidad de realizar actividades como uso del teléfono, hacer compras, preparación de alimentos, limpieza de la casa, uso de medios de transporte, lavado de ropa, toma de medicamentos y manejo de

finanzas. Se asigna un valor numérico 1 (independiente o semiindependiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene mediante interrogatorio directo al individuo o su cuidador. Las propiedades psicométricas de la versión española de la escala de Lawton y Brody muestran una excelente fiabilidad y validez. En relación con la consistencia interna, se encontró un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.94. Por su parte, el análisis de factores exploratorio mostró que las cargas de los distintos factores oscilaban entre 0.67 y 0.90, mientras que el análisis de factores confirmatorio corroboró la homogeneidad del constructo.

En cuanto a la validez concurrente, todos los coeficientes de correlación fueron superiores a 0.40 (comparado con el índice de Barthel, la escala SF-12, la WOMAC-escala y el QuickDASH). Por último, los resultados de sensibilidad al cambio fueron moderados-altos (tamaño del efecto entre 0.79 y 0.84 en pacientes clasificados como “peores”).

Puntaje escala de Lawton y Brody:

- Independencia: 8 puntos
- Dependencia ligera: 6-7 puntos
- Dependencia moderada: 4-5 puntos
- Dependencia severa: 2-3 puntos
- Dependencia total: 0-1 puntos

- Índice de Barthel

El objetivo de este instrumento es establecer el grado de independencia de las actividades básicas de la vida diaria. Dicho instrumento está integrado por diez apartados que exploran las actividades básicas de la vida diaria: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso del retrete, trasladarse, deambular y uso de escalones. Se asigna un valor numérico 10 (independiente), 5 (semiindependiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor

de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 100 (independencia total). La información se obtiene mediante interrogatorio directo al individuo o su cuidador. Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador. Ha mostrado una alta validez concurrente con el índice de Katz y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral.

Puntaje Índice de Barthel:

- Independencia: 100 puntos
- Dependencia leve: 60-95 puntos
- Dependencia moderada: 40-55 puntos
- Dependencia grave: 20-35 puntos
- Dependencia total 0-15 puntos

Instrumento para evaluar la calidad de vida.

- *Láminas COOP-WONCA*

El objetivo de este instrumento es establecer el grado de calidad de vida relacionada con la salud. Dicho instrumento consta de 9 láminas que exploran una dimensión de la calidad de vida del paciente de manera completa, cada dimensión corresponde a lo sucedido en las últimas dos semanas en cuanto a: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividad social, cambio del estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida en general. Se asigna un valor numérico del 1 al 5, a mayor puntuación, peor calidad de vida relacionada con la salud. La confiabilidad del test a las 2 semanas, evaluada por medio de los coeficientes de correlación de Spearman, varía en 0,52-0,72 en la versión española. El cuestionario demostró tener una buena validez La matriz multirrasgo multimétodo (MTMM) entre el SF-36 y las viñetas ofrece una validez convergente (media de dimensiones equivalentes) del 0,68. De

acuerdo con las respuestas en cada dimensión se otorga el puntaje de la siguiente forma:

- I. *Forma física*: “muy intensa” (puntaje de 1), “intensa” (puntaje de 2), “moderada” (puntaje de 3), “ligera” (puntaje de 4), y “muy ligera” (puntaje de 5),
- II. *Sentimientos*: “nada en absoluto” (puntaje de 1), “un poco” (puntaje de 2), “moderadamente” (puntaje de 3), “bastante” (puntaje de 4), e “intensamente” (puntaje de 5)
- III. *Actividades cotidianas*: “nada en absoluto” (puntaje de 1), “un poco de dificultad” (puntaje de 2), “dificultad moderada” (puntaje de 3), “mucho dificultad” (puntaje de 4), “todo, no he podido hacer nada” (puntaje de 5)
- IV. *Actividades sociales*: “nada en absoluto” (puntaje de 1), “ligeramente” (puntaje de 2), “moderadamente” (puntaje de 3), “bastante” (puntaje de 4) y “muchísimo” (puntaje de 5)
- V. *Cambio en el estado de salud*: “mucho mejor” (puntaje de 1), “un poco mejor” (puntaje de 2), “igual: por el estilo” (puntaje de 3), “un poco peor” (puntaje de 4), “mucho peor” (puntaje de 5)
- VI. *Estado de Salud*: “excelente” (puntaje de 1), “muy buena” (puntaje de 2), “buena” (puntaje de 3), “regular” (puntaje de 4) y “mala” (puntaje de 5)
- VII. *Dolor*: “nada de dolor” (puntaje de 1), “dolor muy leve” (puntaje de 2), “dolor ligero” (puntaje de 3), “dolor moderado” (puntaje de 4) y “dolor intenso” (puntaje de 5)
- VIII. *Apoyo social*: “si, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme” (puntaje de 1), “si, bastante gente” (puntaje de 2), “si, algunas personas” (puntaje de 3), “si alguien habla” (puntaje de 4) y “nada en absoluto” (puntaje de 5)
- IX. *Calidad de vida*: Se puntúa, de acuerdo con la escala señalada por el sujeto de estudio. Donde, “estupendamente, no podía ir mejor”; equivale a 1; “bastante bien”: puntaje de 2; “a veces bien, a veces mal, bien y mal a partes iguales”: puntaje de 3; “bastante mal”: puntaje de 4; “muy mal: no podían haber ido peor”: puntaje de 5.

Instrumento para evaluar nivel socioeconómico

- **Cuestionario AMAI**

El objetivo de este instrumento es agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo con su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes. Considera las siguientes seis características del hogar: Escolaridad del jefe del hogar, Número de dormitorios, Numero de baños completos, Número de personas ocupadas de 14 años y más, Número de autos, Tenencia de internet. En cada categoría de las preguntas se presenta también los puntos con los que cada una de ellas contribuye al modelo. Una vez hecha la suma de los puntos obtenidos en el hogar se debe consultar la tabla de clasificación que aparece al final del documento para conocer el nivel en el que queda clasificado el hogar. Clasifica siete niveles de acuerdo con el puntaje obtenido: Nivel: A/B: >205, C+: 166-204, C: 136-165, C-: 112-135, D+: 90-111, D: 48-89, E: 0-47. A mayor puntaje, mejor nivel socioeconómico.

Pregunta No. 1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

| Respuesta | Puntos |
|-------------------------|--------|
| Sin Instrucción | 0 |
| Preescolar | 0 |
| Primaria Incompleta | 10 |
| Primaria Completa | 22 |
| Secundaria Incompleta | 23 |
| Secundaria Completa | 31 |
| Preparatoria Incompleta | 35 |
| Preparatoria Completa | 43 |
| Licenciatura Incompleta | 59 |
| Licenciatura Completa | 73 |
| Posgrado | 101 |

Pregunta No 2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?

| Respuesta | Puntos |
|-----------|--------|
| 1 | 0 |
| 1 | 24 |
| 2 o más | 4 |

Pregunta No. 3 ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

| Respuesta | Puntos |
|-----------|--------|
| 1 | 0 |
| 1 | 18 |
| 2 o más | 37 |

Pregunta No. 4 Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

| Respuesta | Puntos |
|-----------|--------|
| No Tiene | 0 |
| Si tiene | 31 |

Pregunta No 5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

| Respuesta | Puntos |
|-----------|--------|
| 1 | 0 |
| 1 | 15 |
| 2 | 31 |
| 3 | 46 |
| 4 o más | 61 |

Pregunta No 6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

| Respuesta | Puntos |
|-----------|--------|
| 1 | 0 |
| 1 | 6 |

| | |
|---------|----|
| 2 | 12 |
| 3 | 17 |
| 4 o más | 23 |

10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se vaciaron los resultados en el programa IBM SPSS STATISTICS VERSION 21.0. El presente se trató de un estudio transversal, analítico, se utilizó análisis descriptivo para variables cualitativas: frecuencias y porcentajes, y para variables cuantitativas medidas de tendencia central (media, mediana, DE). Análisis multivariado para asociación de variables rs Spearman y W Kendall, se consideró significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

El presente estudio se realizó en 96 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en estadio 5 de la clasificación de KDIGO, en tratamiento bajo la modalidad de Diálisis Peritoneal, adscritos al Hospital General de Zona No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, los cuales cumplían con los criterios de inclusión, se encontró que la población estudiada cuenta con las siguientes características sociodemográficas:

Con respecto a la edad de los participantes, se obtuvo una máxima de 72 (n=1), una mínima de 20 (n=2), una media de 55.6, con desviación estándar de ± 12.4 años. Al organizar a los participantes por grupos de edad, se encontró que, el 49% (n=47) pertenecían al grupo de mayores de 60 años, el 42% (n=40) al grupo de 35 a 59 años y el 9% (n=9) al grupo de 18 a 34 años.

En cuanto al sexo, el 54% (n=52) pertenecían al sexo femenino, mientras que el 46% (n=44) de los participantes, pertenecían al sexo masculino.

Acerca de la escolaridad, se identificó que el mayor porcentaje cursó con educación secundaria en el 38% (n=36), seguido de la educación primaria con un 27% (n=26), la preparatoria en un 24% (n=23), el nivel licenciatura en un 7% (n=7), sin instrucción académica en un 3% (n=3) y el posgrado 1% (n=1).

En relación con el estado civil, el 41% (n=39) de ellos se encontraban casados, el 18% (n=17) eran viudos, un 17% (n=16) se refieren solteros, un 15% (n=14) viven en unión libre y el 10% (n=10) se encuentran divorciados.

Con relación a la religión, el mayor porcentaje de los encuestados profesa la religión católica con un 70% (n=67), seguido en frecuencia de aquellos con religión cristiana con un 17% (n=16), encontrando un 7% (n=7) que se consideran ateos, un 2% (n=2) testigos de Jehová y un 4% (n=4) profesando otras religiones.

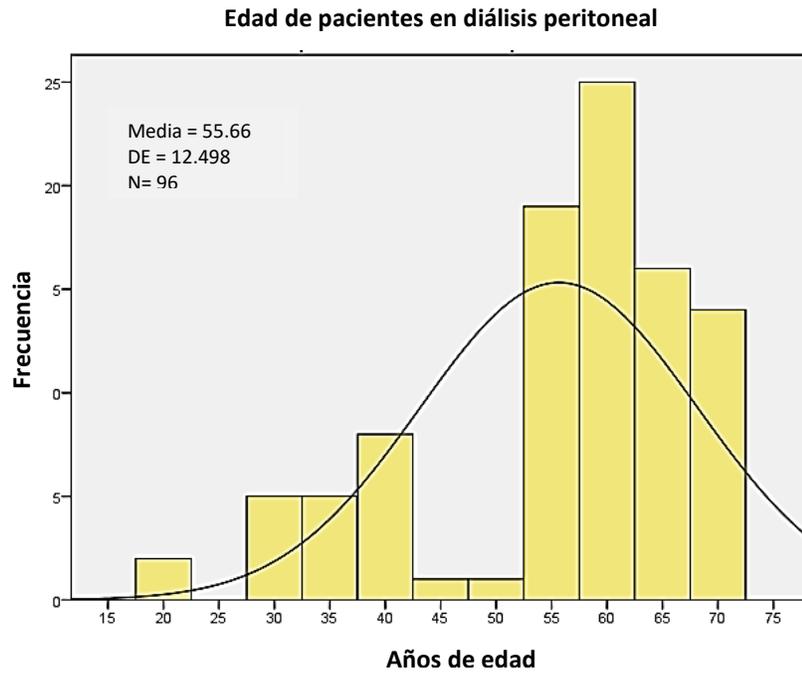
En tanto al nivel socioeconómico, se encontró que el 25% (n=24) se ubican en un nivel C-, seguido de un 21% (n=20) en el nivel C, un 20% (n=19) en nivel C+, el 17% (n=16) en el nivel D+, el 14% (n=13) en el nivel D, y en menor porcentaje un 2% (n=2) para los niveles A/B y E. (Tabla 1, Gráficos 1 al 7)

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los pacientes en diálisis peritoneal, adscritos al HGZ 24.

| VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS | | | |
|-----------------------------|--------------------|----------|----------|
| Edad | Mínimo | | 20 |
| | Máximo | | 72 |
| | Media | | 55.6 |
| | DE | | 12.4 |
| | | N | % |
| | 18 a 34 años | 47 | 49 |
| | 35 a 59 años | 40 | 42 |
| | Mayores de 60 años | 9 | 9 |
| Sexo | Masculino | 44 | 46 |
| | Femenino | 52 | 54 |
| Escolaridad | Ninguna | 3 | 3.1 |
| | Primaria | 26 | 27.1 |
| | Secundaria | 36 | 37.5 |
| | Preparatoria | 23 | 24 |
| | Licenciatura | 7 | 7.3 |
| | Posgrado | 1 | 1 |
| Estado Civil | Soltero | 16 | 16.7 |
| | Casado | 39 | 40.6 |
| | Viudo | 17 | 17.7 |
| | Divorciado | 10 | 10.4 |
| | Unión Libre | 14 | 14.6 |
| Religión | Ateo | 7 | 7.3 |
| | Católico | 67 | 69.8 |
| | Cristiano | 16 | 16.7 |
| | Testigo de Jehová | 2 | 2.1 |
| | Otra | 4 | 4.2 |
| Nivel socioeconómico | A/B | 2 | 2.1 |
| | C+ | 19 | 19.8 |
| | C | 20 | 20.8 |
| | C- | 24 | 25.0 |
| | D+ | 16 | 16.7 |
| | D | 13 | 13.5 |
| | E | 2 | 2.1 |

Fuente: concentrado de datos

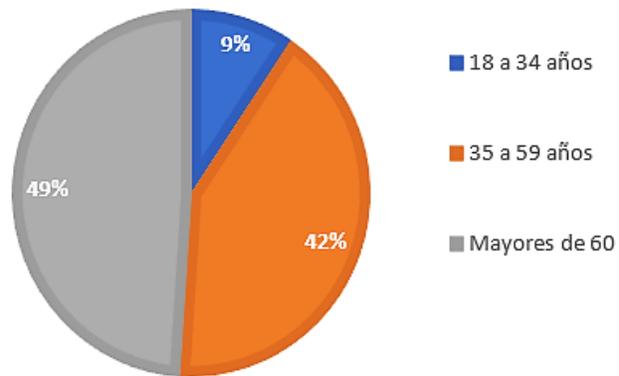
Gráfico 1. Edad de los pacientes en Diálisis peritoneal, adscritos al HGZ24



Fuente: concentrado de datos

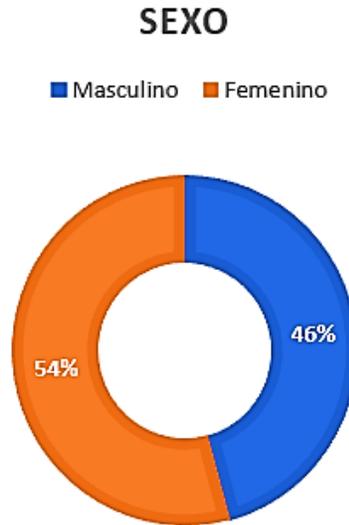
Gráfico 2. Porcentaje de pacientes en Diálisis peritoneal, por grupos de edad, adscritos al HGZ24

PARTICIPANTES POR GRUPO DE EDAD



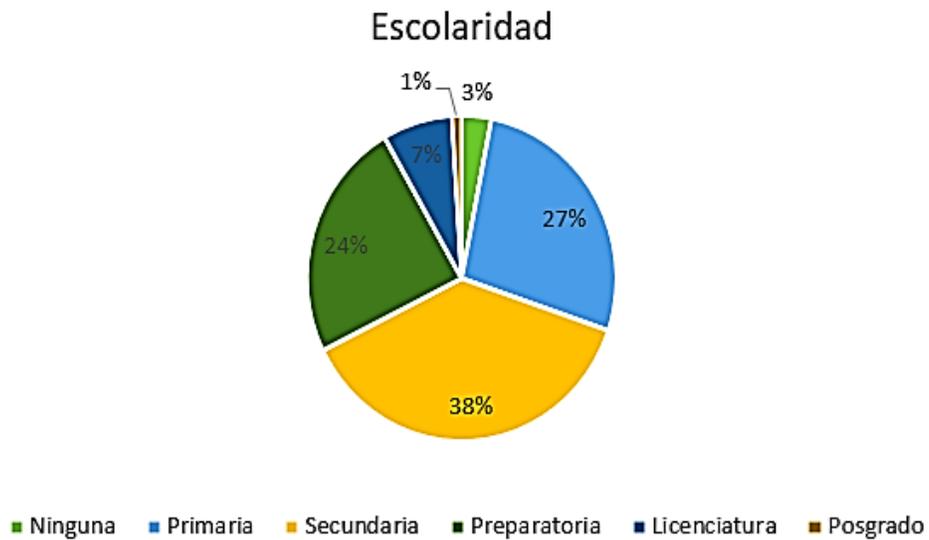
Fuente: concentrado de datos

Gráfico 3. Sexo de los pacientes en Diálisis Peritoneal, adscritos al HGZ 24



Fuente: concentrado de datos

Gráfico 4. Escolaridad de los pacientes en Diálisis Peritoneal, adscritos al HGZ 24



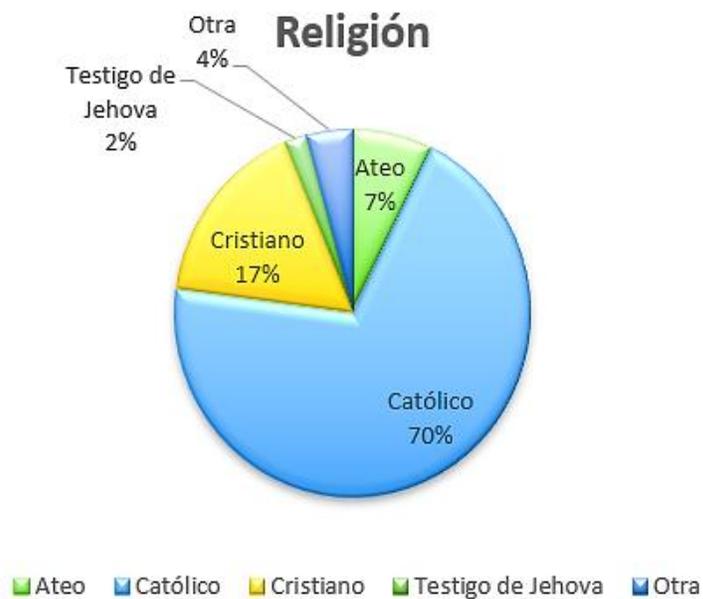
Fuente: concentrado de datos

Gráfico 5. Estado civil de los pacientes en Diálisis Peritoneal, adscritos al HGZ 24



Fuente: concentrado de datos

Gráfico 6. Religión de los pacientes en Diálisis Peritoneal, adscritos al HGZ 24



Fuente: concentrado de datos

Gráfico 7. Nivel socioeconómico de pacientes en Diálisis Peritoneal, adscritos al HGZ 24



Fuente: concentrado de datos

Con respecto al tiempo transcurrido entre el inicio de la terapia de reemplazo renal a la realización de este estudio, se encontró que el mínimo de permanencia del grupo estudiado fue de 1 año y el máximo 9 años, con un promedio de 2.49 años con una desviación estándar de 1.92, el 40% (n=38) llevaban un año en dicha modalidad, seguido de un 27% (n=26) con dos años, un 14% (n=13) tres años, el 5% (n=5) cuatro años, el 4% (n=4) para seis y siete años, el 2% (n=2) para cinco y ocho años, y en menor porcentaje un 1% (n=1) para 9. Al agrupar los años vividos en diálisis en quinquenios, el 89% (n=85) se encuentran entre 1 y 5 años, mientras que el 11% (n=11) entre 6 y 10 años, no alcanzando rango mayor a éste. (Tabla 2, gráficos 8 a 10).

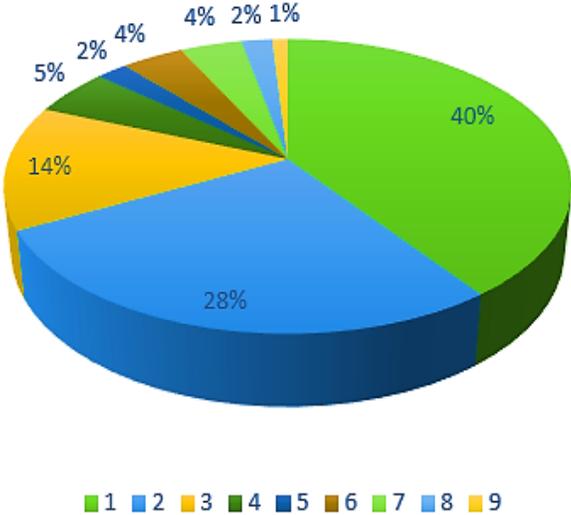
Tabla 2. Tiempo de evolución en diálisis peritoneal de pacientes adscritos al HGZ 24

| | | | | |
|---------------------------|----------|-----------|----|----|
| Tiempo en Diálisis | Mínimo | 1 año | | |
| | Máximo | 9 años | | |
| | Promedio | 2.49 años | | |
| | DE | 1.92 años | | |
| | | N | % | % |
| | 1 año | 38 | 40 | 89 |
| | 2 años | 26 | 27 | |
| | 3 años | 13 | 14 | |
| | 4 años | 5 | 5 | |
| | 5 años | 2 | 2 | |
| | 6 años | 4 | 4 | 11 |
| | 7 años | 4 | 4 | |
| 8 años | 2 | 2 | | |
| 9 años | 1 | 1 | | |

Fuente: concentrado de datos

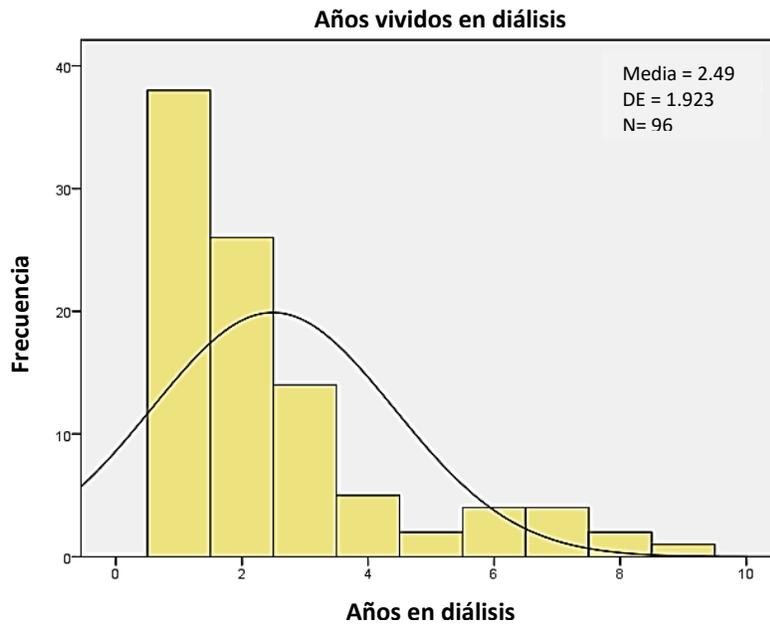
Gráfico 8. Porcentaje de años vividos en modalidad de diálisis peritoneal

Porcentajes de años en diálisis



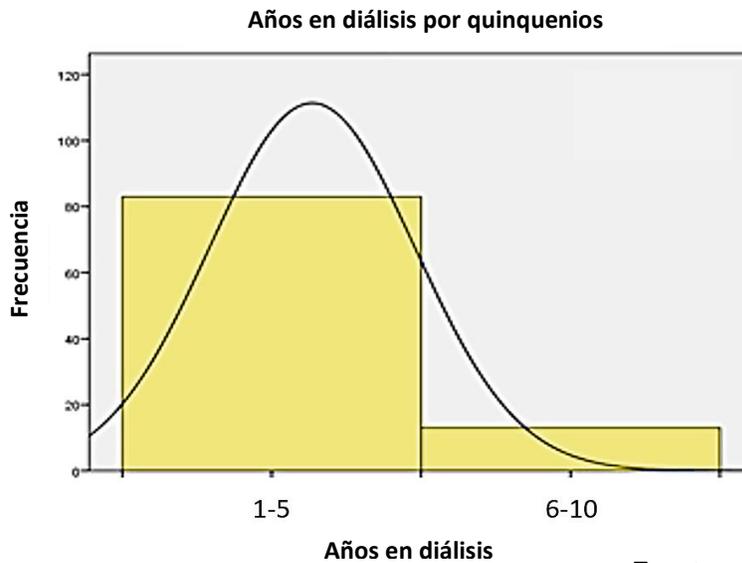
Fuente: concentrado de datos

Gráfico 9. Años vividos en modalidad de diálisis peritoneal



Fuente: concentrado de datos

Gráfico 10. Años vividos en modalidad de diálisis peritoneal en quinquenios



Fuente: concentrado de datos

Dentro de las enfermedades agregadas a la Enfermedad Renal Crónica en el grupo estudiado, el 85% (n=82) refieren presentar Hipertensión arterial sistémica, el 73%

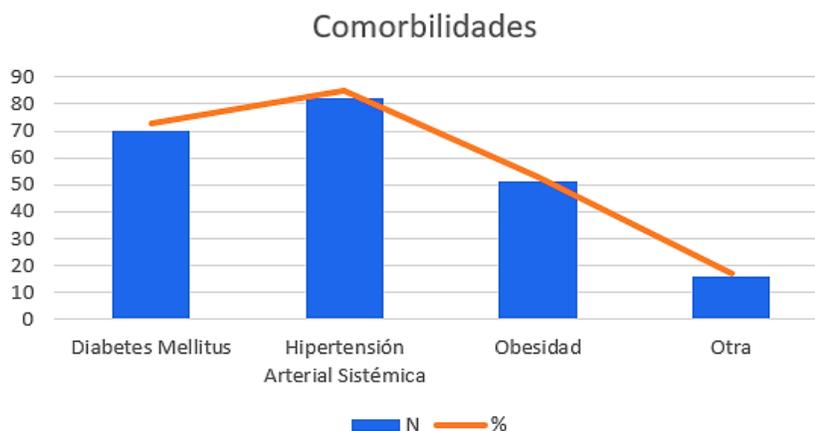
(n=70) cuentan con diagnóstico de Diabetes mellitus, un 53% (n=51) padecen obesidad y el 17% (n=16) cuentan con otros diagnósticos. (Tabla 3, gráfico 11)

Tabla 3. Comorbilidades de los pacientes en diálisis peritoneal del HGZ24.

| Comorbilidad | | N | % |
|-------------------|----------------------------------|----|----|
| HAS | Con HAS | 82 | 85 |
| | Sin HAS | 14 | 15 |
| DM2 | Con DM2 | 70 | 73 |
| | Sin DM2 | 26 | 27 |
| Obesidad | Con Obesidad | 51 | 53 |
| | Sin Obesidad | 45 | 47 |
| Otra comorbilidad | Hipotiroidismo | 4 | 4 |
| | Ca. Basocelular | 1 | 1 |
| | Ca. Testicular | 1 | 1 |
| | Enfermedad multiinfarto | 1 | 1 |
| | Hiperplasia Prostática Benigna | 1 | 1 |
| | Hipoplasia renal | 1 | 1 |
| | Angina de pecho | 1 | 1 |
| | IAM, Cateterismo, aterosclerosis | 1 | 1 |
| | Mieloma múltiple | 1 | 1 |
| | Psoriasis | 1 | 1 |
| | Secuelas de polio | 1 | 1 |
| | Sx. Hemolítico urémico | 1 | 1 |
| | Vértigo | 1 | 1 |

Fuente: concentrado de datos

Gráfico 11. Comorbilidades de los pacientes en diálisis peritoneal del HGZ24



Fuente: concentrado de datos

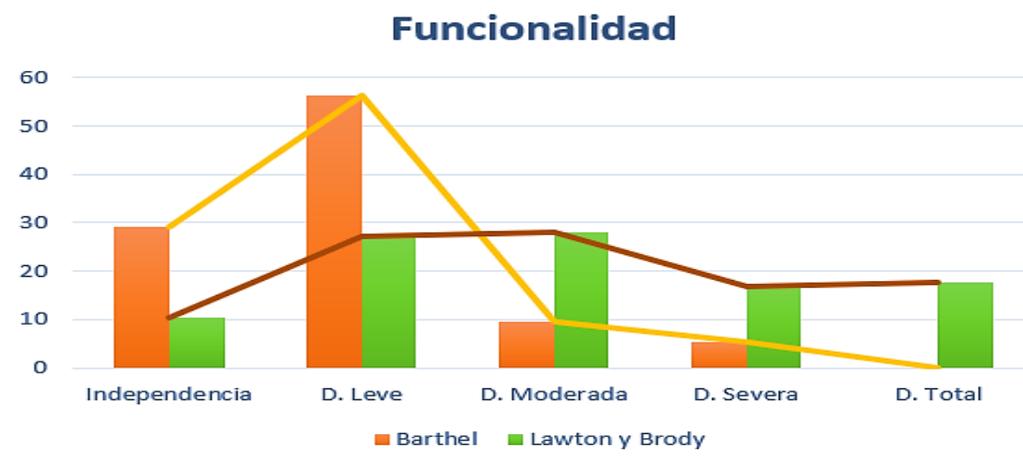
Los resultados de la aplicación de los instrumentos para evaluar la funcionalidad por el índice de Barthel para las ABVD clasifican al 56% (n=54) con dependencia leve, un 28% (n=27) como independientes, el 7% (n=7) con dependencia moderada y el 8% (n=8) con dependencia severa, no reportando casos de dependencia total; mientras que la escala de Lawton y Brody para las AIVD clasifican al 28% (n=27) con dependencia moderada, un 27% (n=26) con dependencia leve, al 18% (n=17) con dependencia total, al 17% (n=16) con dependencia severa y el 10% (n=10) con independencia. (Tabla 4, gráfico 12)

Tabla 4. Grado de funcionalidad de las actividades de la vida diaria de los pacientes en diálisis peritoneal del HGZ24.

| | | N | % |
|---------------------------------|---------------|----|----|
| Índice de Barthel (ABVD) | Independencia | 28 | 29 |
| | D. Leve | 54 | 56 |
| | D. Moderada | 9 | 10 |
| | D. Severa | 5 | 5 |
| | D. Total | 0 | 0 |
| Escala de Lawton y Brody (AIVD) | Independencia | 10 | 10 |
| | D. Leve | 26 | 27 |
| | D. Moderada | 27 | 28 |
| | D. Severa | 16 | 17 |
| | D. Total | 17 | 18 |

Fuente: concentrado de datos

Gráfico 12. Resultado de ABVD y AIVD



Fuente: concentrado de datos

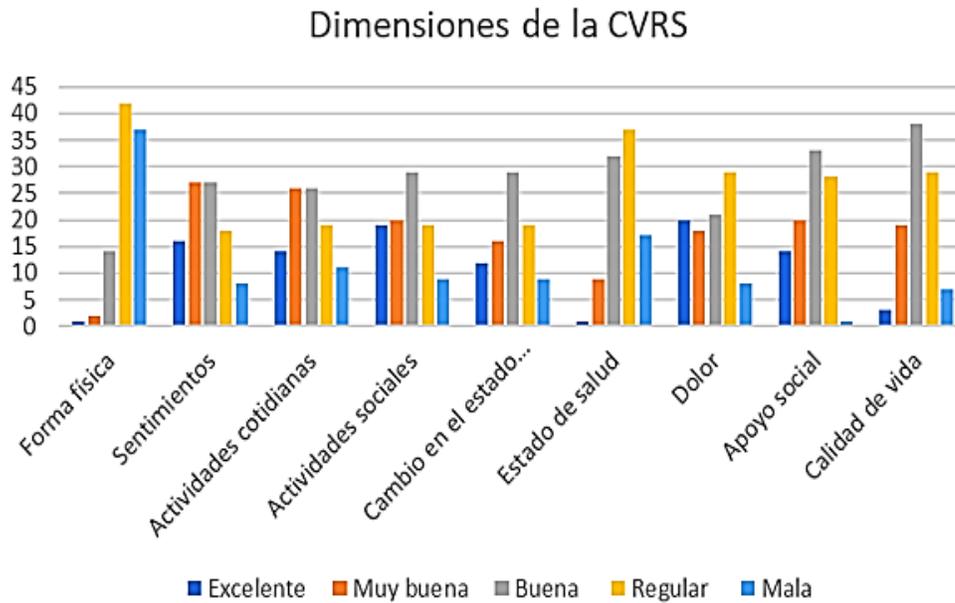
La calidad de vida relacionada con la salud, en sus diferentes dimensiones, evaluada con las láminas COOP-WONCA, percibida por los participantes ubica que, en cuanto a las dimensiones de sentimientos y actividades cotidianas un 28% (n=27) y 27% (n=26) respectivamente, la describen como buena y muy buena; mientras que para las dimensiones de actividades sociales, cambio en el estado de salud, apoyo social y calidad de vida el 30% (n=29), 42% (n=40), 34% (n=33) y 40% (n=38) respectivamente, la perciben como buena; en tanto que, en las dimensiones de forma física, estado de salud y dolor el mayor porcentaje 44% (n=42), 39% (n=37) y 30% (n=29) respectivamente, la catalogan como regular. (Tabla 5, gráfico 13)

Tabla 5. Puntuaciones en las dimensiones de CVRS en las láminas Coop-Wonca

| Dimensiones de Calidad de Vida | Excelente | | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | |
|-------------------------------------|-----------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Forma física | 1 | 1 | 2 | 2 | 14 | 15 | 42 | 44 | 37 | 39 |
| Sentimientos | 16 | 17 | 27 | 28 | 27 | 28 | 18 | 19 | 8 | 8 |
| Actividades cotidianas | 14 | 15 | 26 | 27 | 26 | 27 | 19 | 20 | 11 | 12 |
| Actividades sociales | 19 | 20 | 20 | 21 | 29 | 30 | 19 | 20 | 9 | 9 |
| Cambio en el estado de salud | 12 | 13 | 16 | 17 | 40 | 42 | 22 | 23 | 6 | 6 |
| Estado de salud | 1 | 1 | 9 | 9 | 32 | 33 | 37 | 39 | 17 | 18 |
| Dolor | 20 | 21 | 18 | 19 | 21 | 22 | 29 | 30 | 8 | 8 |
| Apoyo social | 14 | 15 | 20 | 21 | 33 | 34 | 28 | 29 | 1 | 1 |
| Calidad de vida | 3 | 3 | 18 | 19 | 38 | 40 | 30 | 31 | 7 | 7 |

Fuente: concentrado de datos

Gráfico 13. Frecuencias en las dimensiones de la CVRS



Fuente: concentrado de datos

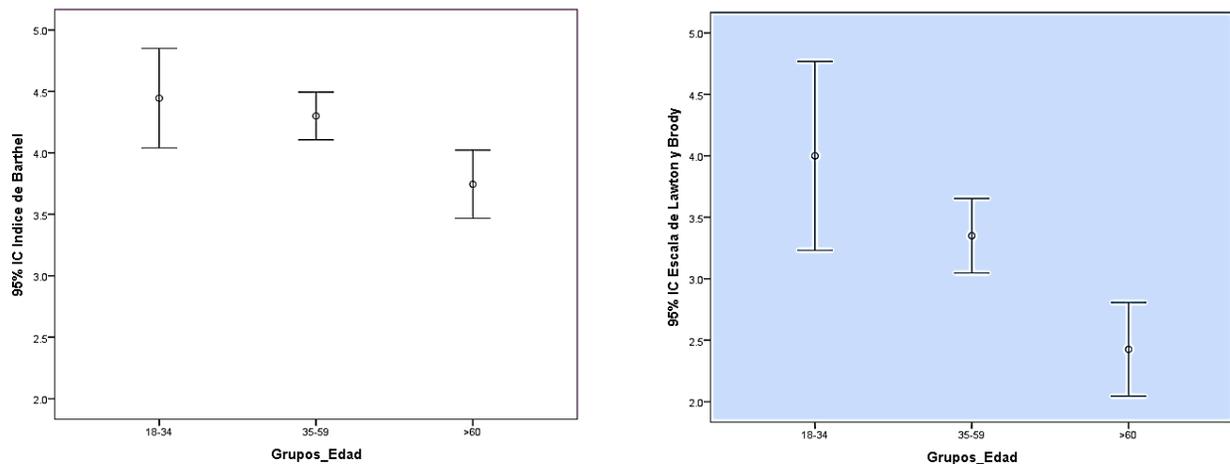
En cuanto a la funcionalidad, se encontró significancia estadística en la correlación entre la dependencia funcional para las ABVD medidas por el Índice de Barthel con mayor edad ($P=.001$), mayor tiempo en diálisis ($P=.000$), la presencia de diabetes mellitus ($P=.036$) y menor grado de escolaridad ($P=.002$). Con respecto a la correlación entre la dependencia funcional para las AIVD medidas por la Escala de Lawton y Brody, se encontró significancia estadística con mayor edad ($P=.000$), menor grado de escolaridad ($P=.000$), peor nivel socioeconómico ($P=.007$), mayor tiempo en diálisis ($P=.000$), la presencia de diabetes mellitus ($P=.001$) y obesidad ($P=.002$). El resto de los factores como el sexo, el estado civil, la religión y la presencia de hipertensión arterial no mostraron significancia estadística. (Tabla 6, gráfico 14)

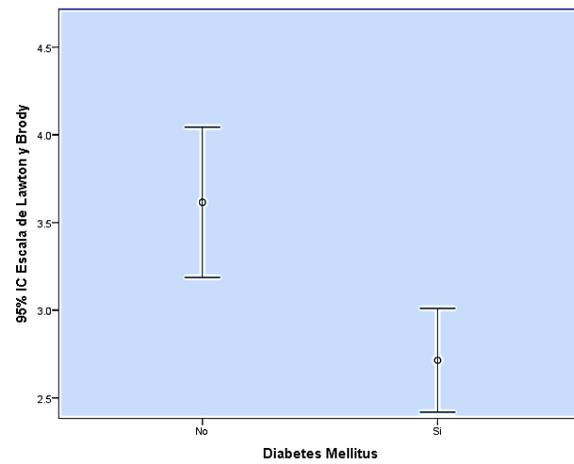
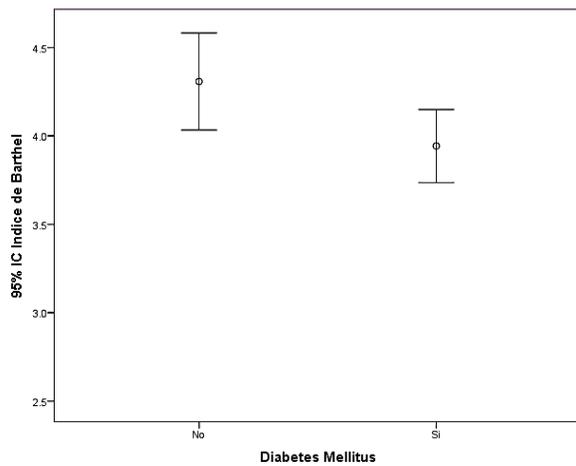
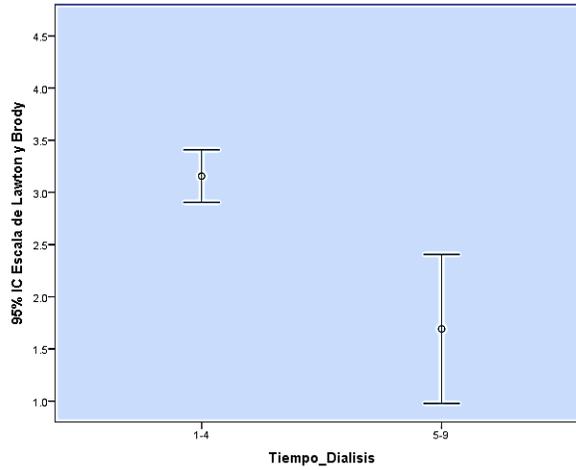
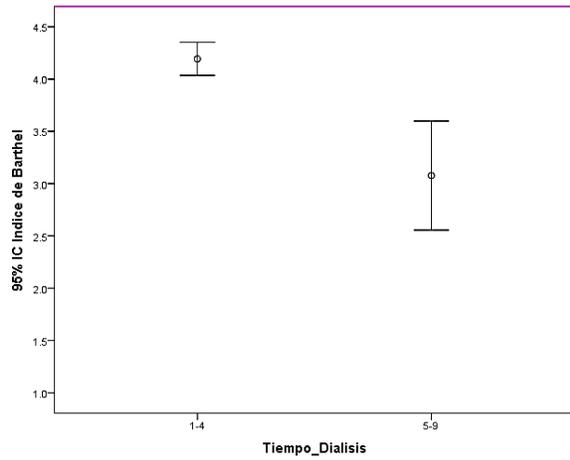
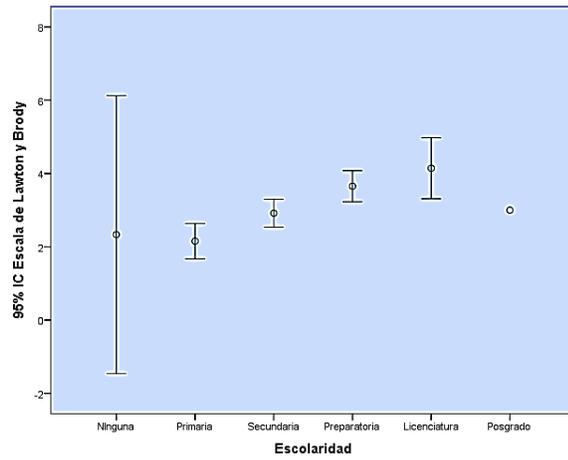
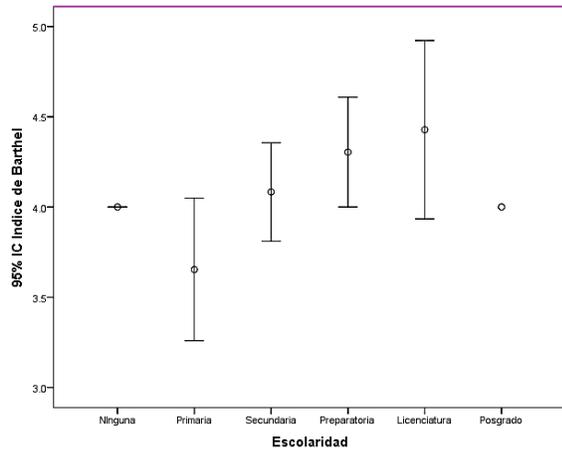
Tabla 6. Dependencia para las ABVD y AIVD y su relación con las variables sociodemográficas.

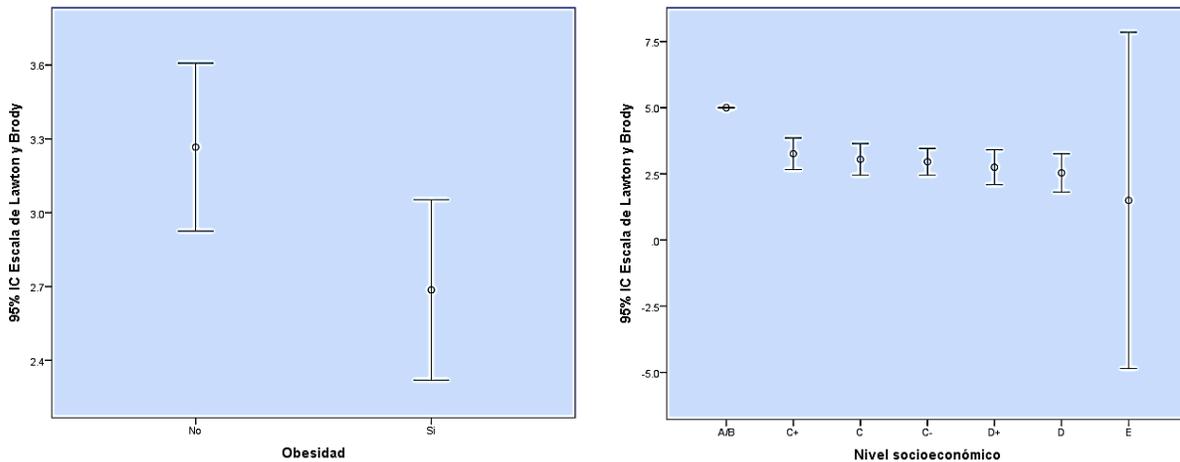
| | Índice de Barthel (ABVD) | | Escala de Lawton y Brody (AIVD) | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| | P | Coefficiente de correlación | P | Coefficiente de correlación |
| Edad | .001 | -.336 | .000 | -.433 |
| Sexo | .625 | -.052 | .764 | -0.34 |
| Escolaridad | .002 | .222 | .000 | .386 |
| Estado civil | .783 | -.025 | .103 | -.131 |
| Religión | .351 | .081 | .848 | -.016 |
| Nivel socioeconómico | .335 | -.080 | .007 | -.219 |
| Tiempo en diálisis | .000 | -.433 | .000 | -.373 |
| Diabetes Mellitus | .036 | -.183 | .001 | -.323 |
| Hipertensión arterial | .664 | -.039 | .208 | -.114 |
| Obesidad | .410 | -.086 | .022 | -.251 |

Fuente: concentrado de datos

Gráfico 14. Correlaciones entre ABVD y variables sociodemográficas







Fuente: concentrado de datos

En la CVRS, se encontró significancia estadística al correlacionar las diferentes dimensiones de la calidad de vida con edad, escolaridad, tiempo en diálisis, diabetes mellitus y obesidad, con una asociación negativa para la mayoría de las variables por el coeficiente de correlación, con excepción de escolaridad, la cual tiene una correlación positiva, de la siguiente forma: (Tabla 7, gráficos 14 a 18)

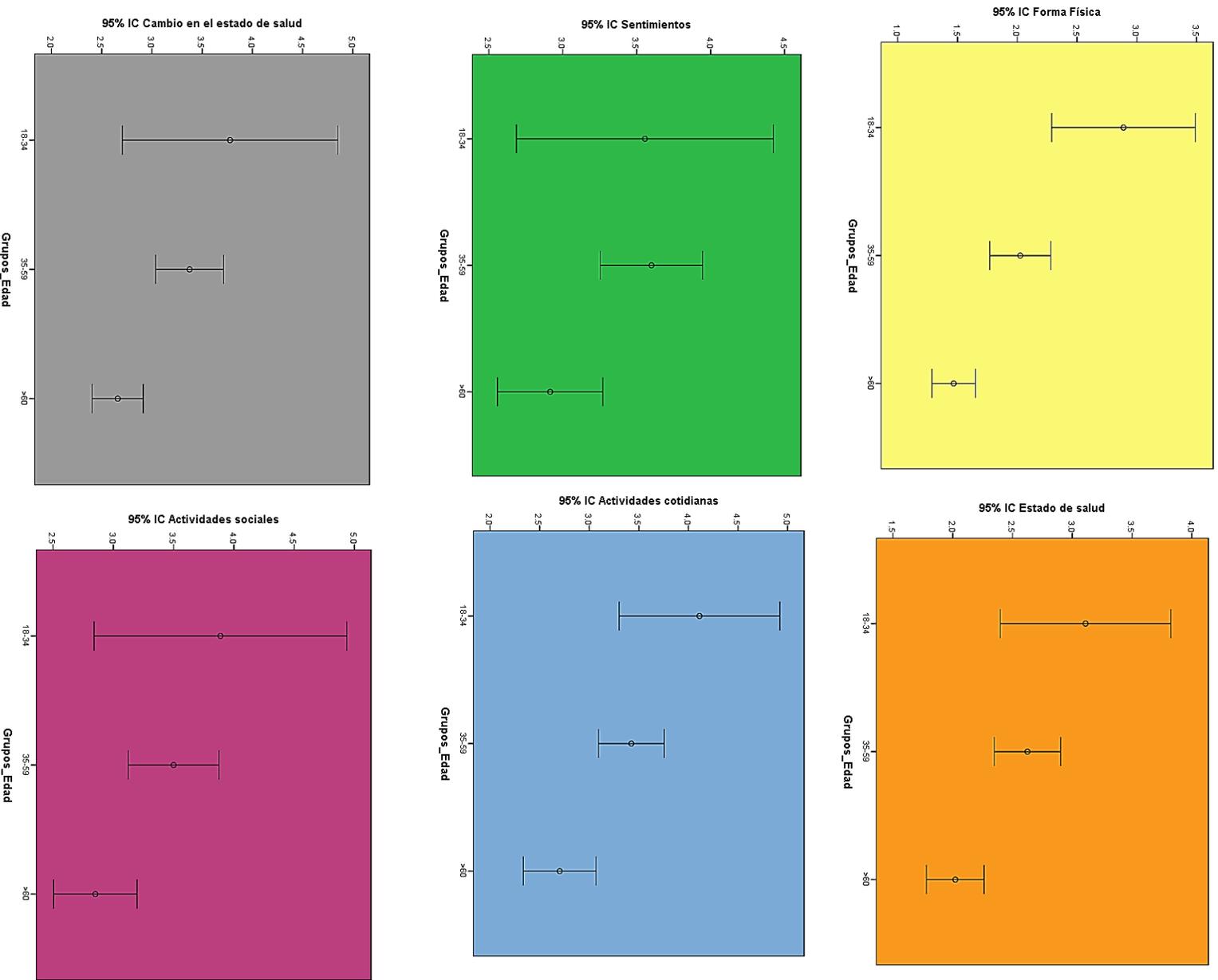
- *Forma física:* mayor edad (P=.000), menor escolaridad (P=.000), mayor tiempo en diálisis (P=.028), presencia de diabetes mellitus (P=.000) y obesidad (P=.046).
- *Sentimientos:* mayor edad (P=.004) y mayor tiempo en diálisis (P=.035).
- *Actividades cotidianas:* mayor edad (P=.000), menor escolaridad (P=.007), mayor tiempo en diálisis (P=.005) y presencia de diabetes mellitus (P=.000).
- *Actividades sociales:* mayor edad (P=.002), menor escolaridad (P=.022), mayor tiempo en diálisis (P=.029) y presencia de diabetes mellitus (P=.009).
- *Cambio en el estado de salud:* mayor edad (P=.000).
- *Estado de salud:* mayor edad (P=.000), mayor tiempo en diálisis (P=.040) y presencia de diabetes mellitus (P=.001).
- *Dolor:* mayor edad (P=.044) y menor escolaridad (P=.024).
- *Apoyo social:* mayor edad (P=.009), menor escolaridad (P=.022) y presencia de diabetes mellitus (P=.034).
- *Calidad de vida:* mayor edad (P=.000), menor escolaridad (P=.000), mayor tiempo en diálisis (P=.007) y presencia de diabetes mellitus (P=.003).

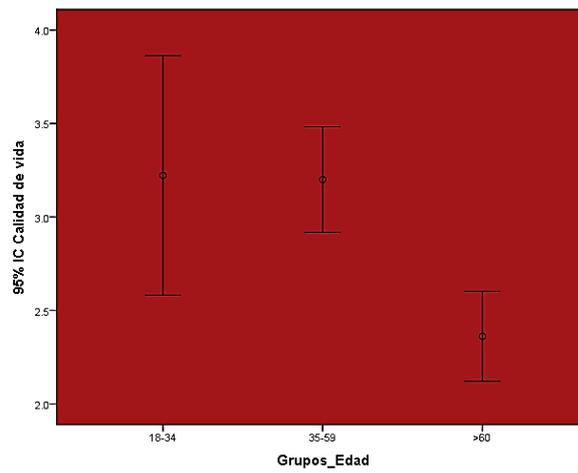
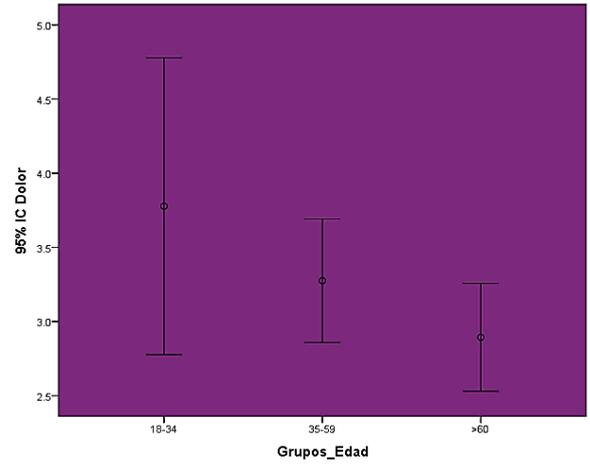
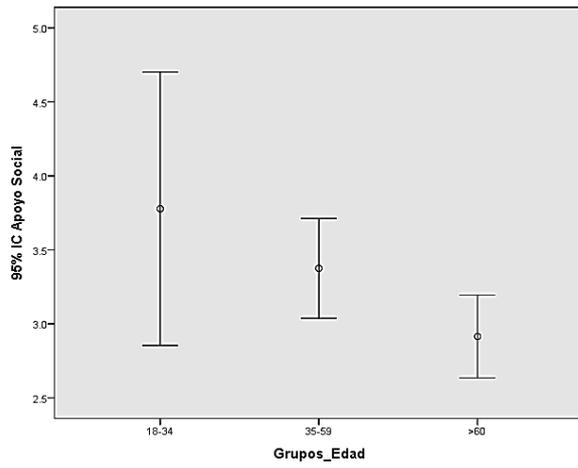
Tabla 7. Correlación de Spearman y W Kendall para Calidad de Vida

| | <i>Forma física</i> | | <i>Sentimientos</i> | | <i>Actividades cotidianas</i> | | <i>Actividades sociales</i> | | <i>Cambio en el estado de salud</i> | | <i>Estado de salud</i> | | <i>Dolor</i> | | <i>Apoyo Social</i> | | <i>Calidad de Vida</i> | |
|------------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|
| | P | Coefficiente de correlación | P | Coefficiente de correlación | P | Coefficiente de correlación | P | Coefficiente de correlación | P | Coefficiente de correlación | P | Coefficiente de correlación | P | Coefficiente de correlación | P | Coefficiente de correlación | P | Coefficiente de correlación |
| Edad | .000 | -.510 | .004 | -.291 | .000 | -.373 | .002 | -.310 | .000 | -.385 | .000 | -.411 | .044 | .206 | .009 | -.265 | .000 | -.443 |
| Sexo | .646 | .050 | .208 | -.145 | .486 | -.079 | .820 | -.026 | .896 | .015 | .314 | -.113 | .264 | .126 | .231 | .135 | .560 | -.065 |
| Escolaridad | .000 | .277 | .189 | .118 | .007 | .223 | .022 | .189 | .661 | .032 | .268 | .091 | .024 | .187 | .022 | .181 | .000 | .307 |
| Estado civil | .637 | -.044 | .657 | -.038 | .803 | -.020 | .681 | .033 | .720 | .033 | .722 | .030 | .164 | -.116 | .342 | -.076 | .677 | -.035 |
| Religión | .274 | .085 | .623 | 0.43 | .887 | .011 | .535 | .053 | .455 | .063 | 1.0 | .000 | .910 | .008 | .829 | -.019 | .560 | .046 |
| Nivel socioeconómico | .123 | -.125 | .127 | -.123 | .196 | -.105 | .273 | -.091 | .311 | -.084 | .447 | -.066 | .286 | -.093 | .735 | -.028 | .134 | -.112 |
| Tiempo en diálisis | .028 | -.225 | .035 | -.215 | .005 | .285 | .024 | -.230 | .342 | -.098 | .040 | -.210 | .199 | -.132 | .550 | -.062 | .007 | -.273 |
| Diabetes Mellitus | .000 | -.394 | .109 | -.153 | .000 | -.358 | .009 | -.260 | .076 | -.172 | .001 | -.339 | .400 | -.085 | .034 | -.214 | .003 | -.289 |
| Hipertensión arterial | .070 | -.147 | .914 | .009 | .838 | -.015 | .788 | -.020 | .105 | .113 | .704 | -.029 | .131 | -.113 | .489 | -.046 | .361 | -.082 |
| Obesidad | .046 | -.214 | .090 | -.190 | .142 | -.169 | .314 | -.116 | .361 | -.102 | .062 | -.201 | .615 | .058 | .051 | -.214 | .064 | -.201 |

Fuente: concentrado de datos

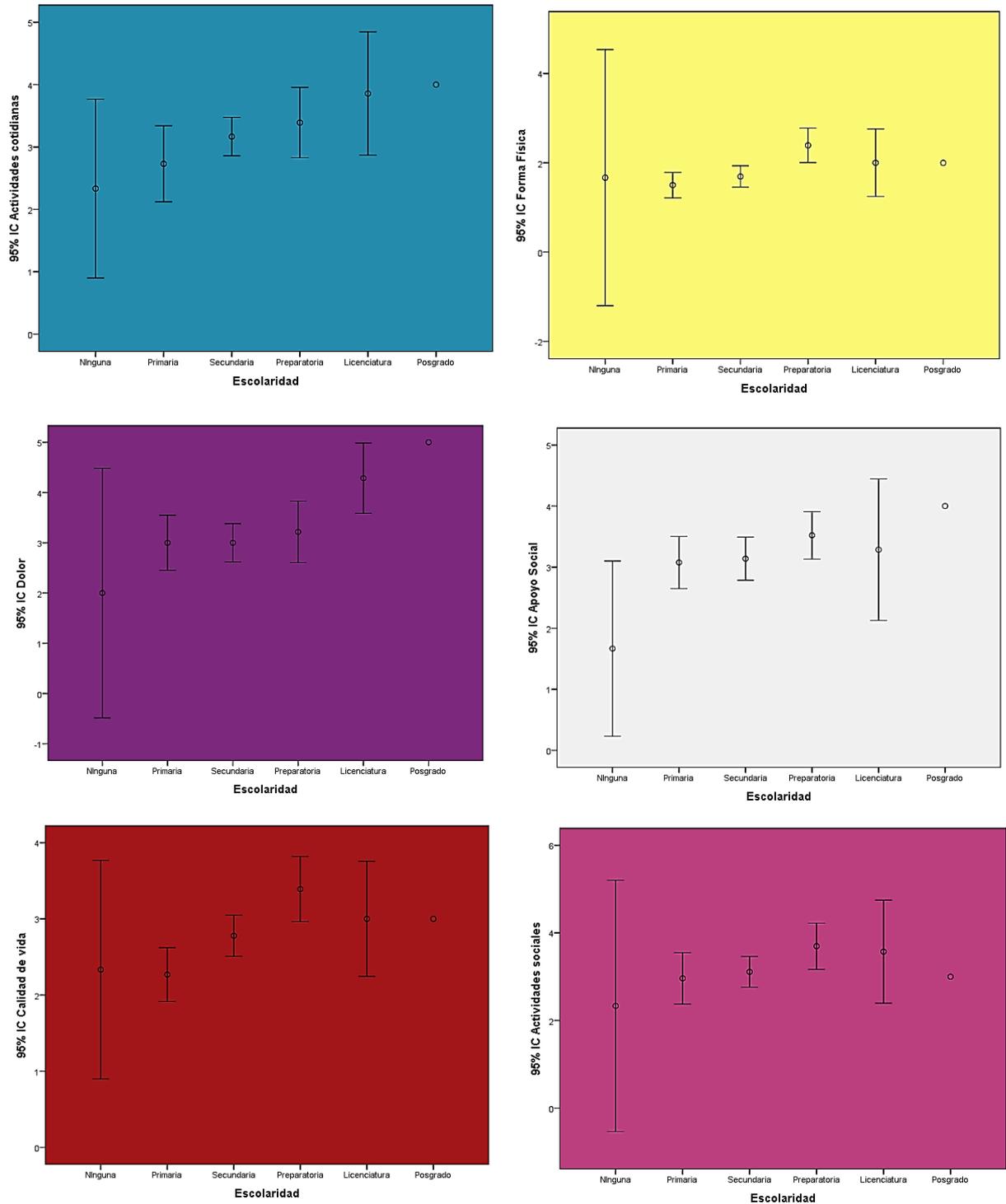
Gráfico 14. Correlaciones significativas entre las dimensiones de la CVRS y Edad.





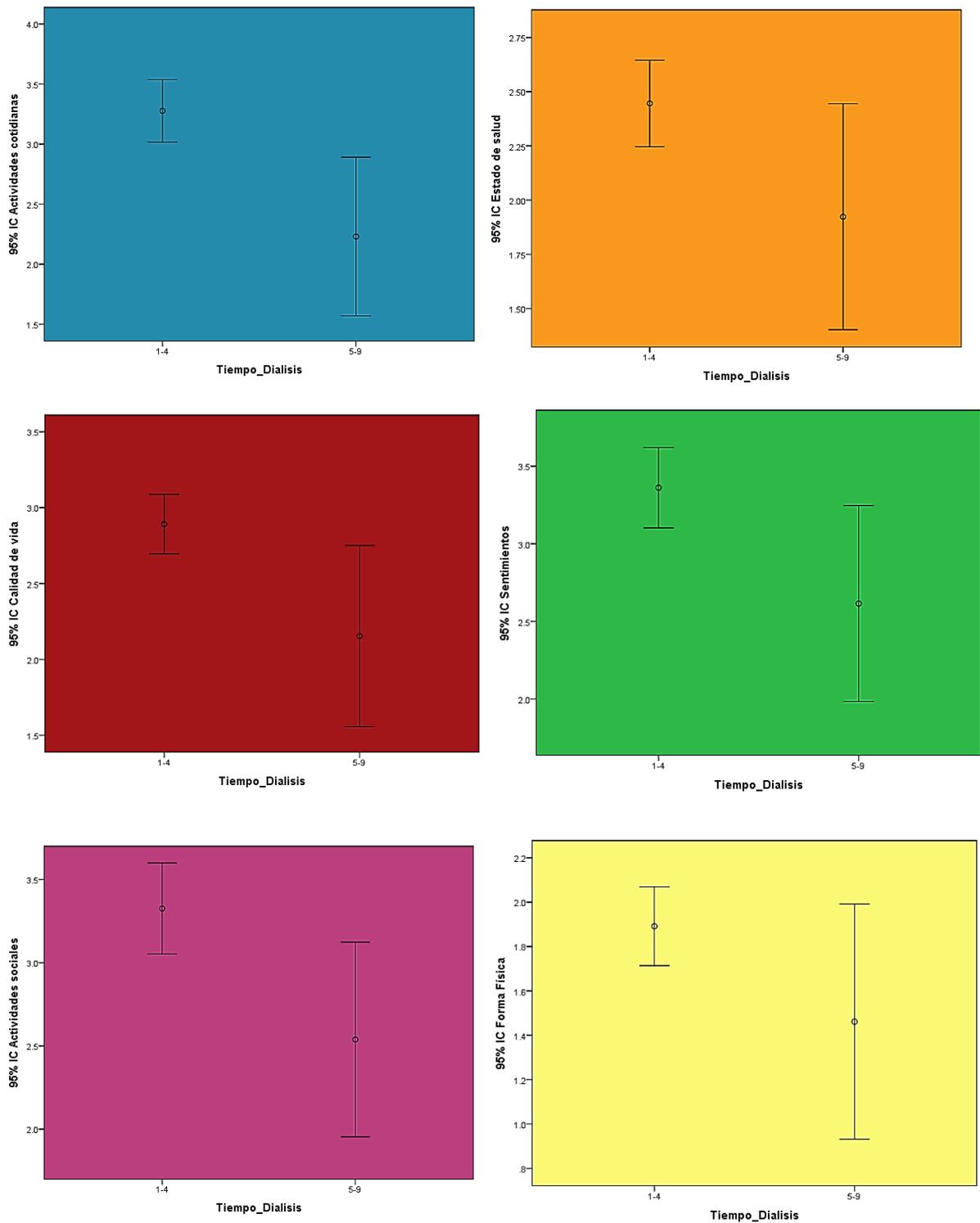
Fuente: concentrado de datos

Gráfico 15. Correlaciones significativas entre las dimensiones de la CVRS y Escolaridad



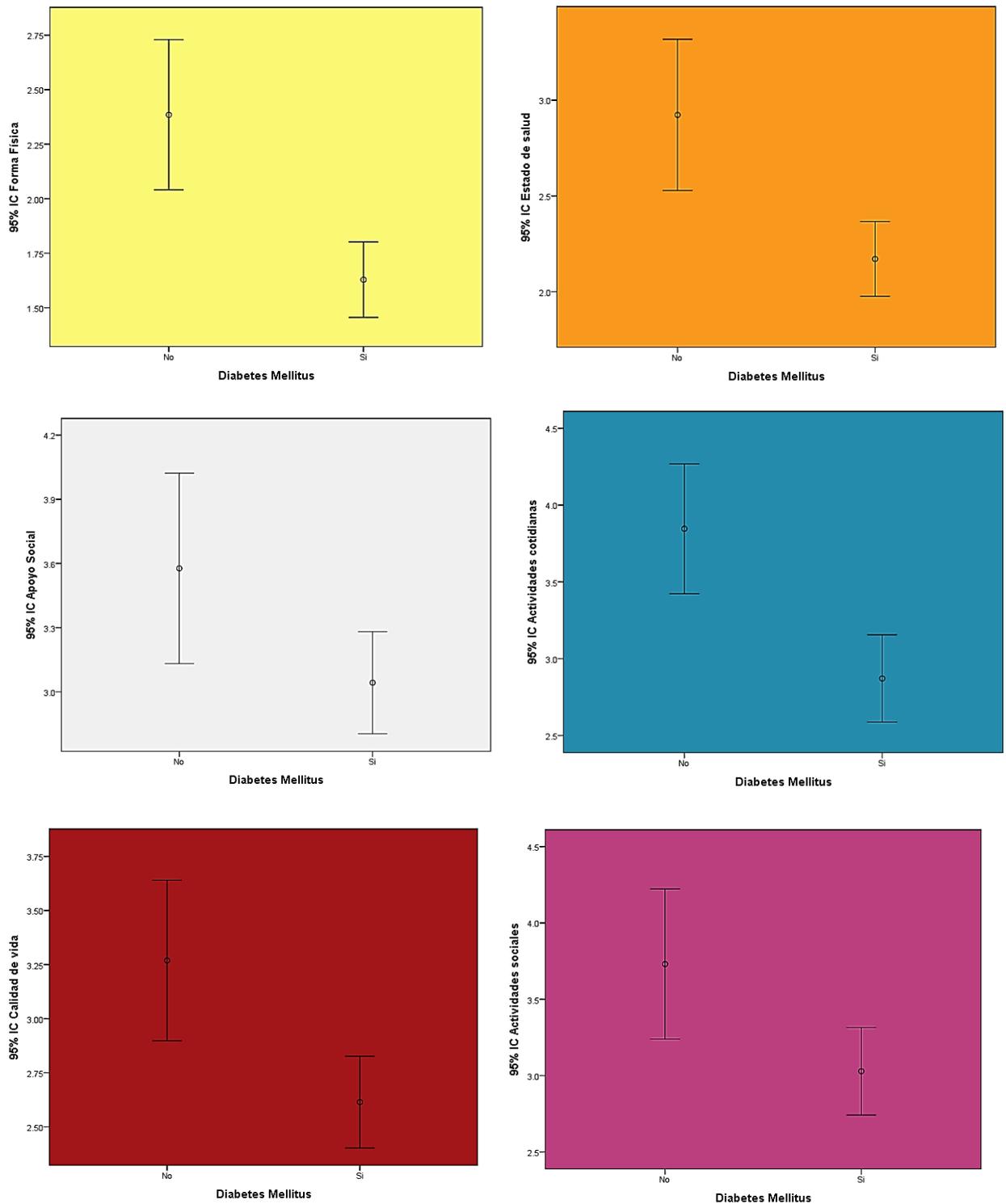
Fuente: concentrado de datos

Gráfico 16. Correlaciones significativas entre las dimensiones de la CVRS y Tiempo en diálisis.



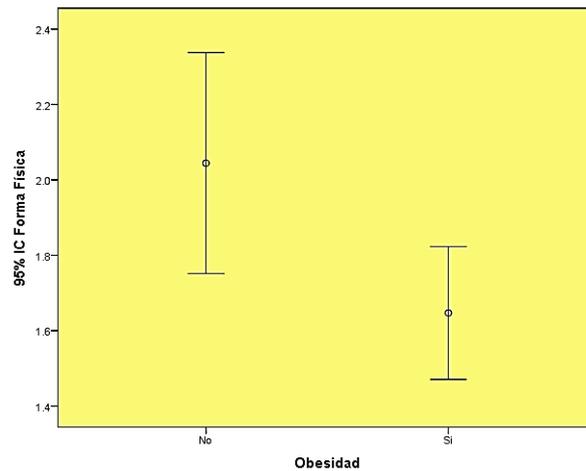
Fuente: concentrado de datos

Gráfico 17. Correlaciones significativas entre las dimensiones de la CVRS y Diabetes Mellitus.



Fuente: concentrado de datos

Gráfico 18. Correlación significativa entre las dimensiones de la CVRS y Obesidad.



Fuente: concentrado de datos

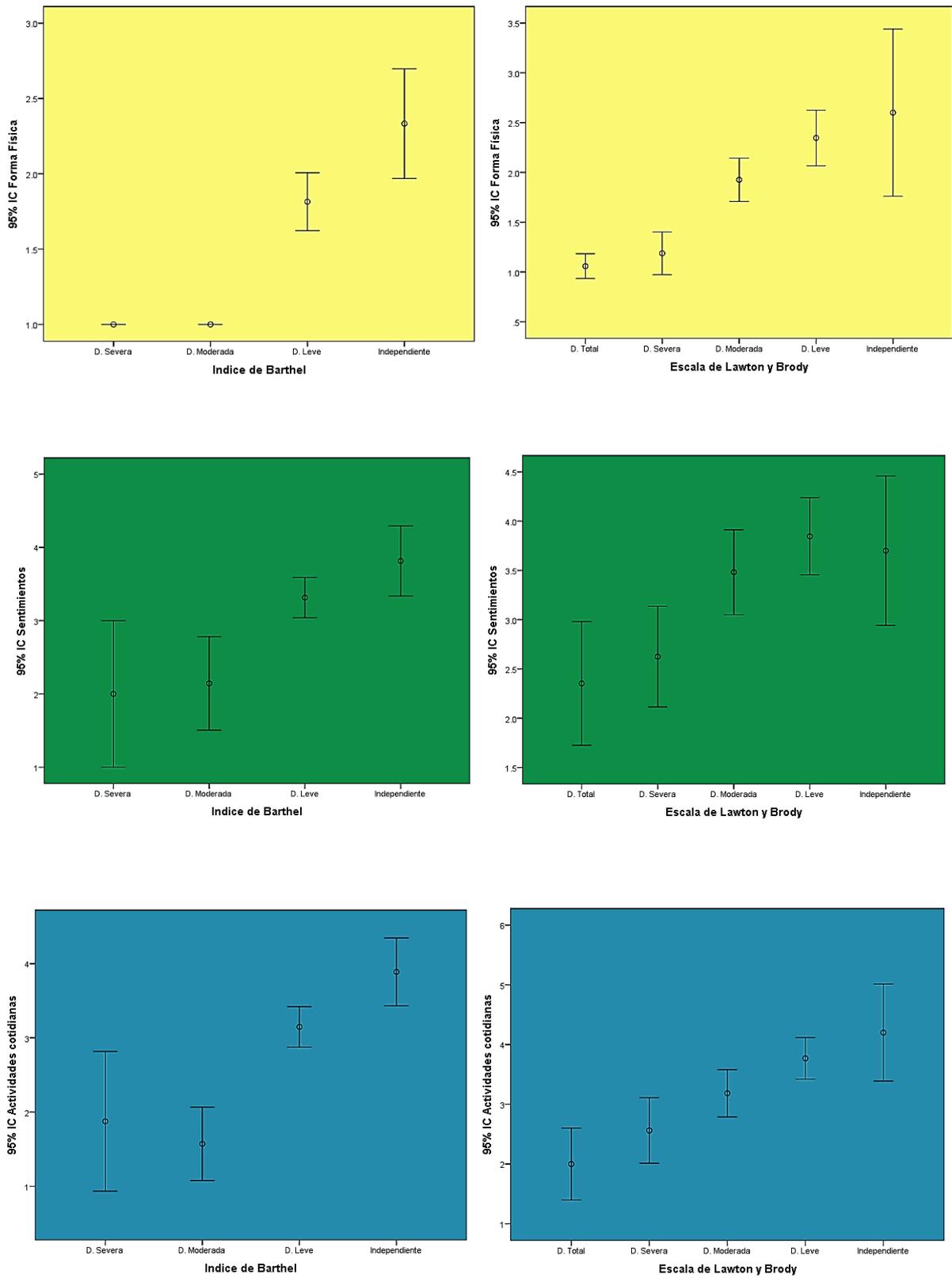
Al analizar la asociación entre la dependencia funcional, medida por el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, se encontró que existe correlación estadísticamente significativa entre el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody con cada una de las dimensiones de la CVRS, con un coeficiente de correlación positivo, que sugiere una asociación directamente proporcional. (Tabla 8, gráfico 19)

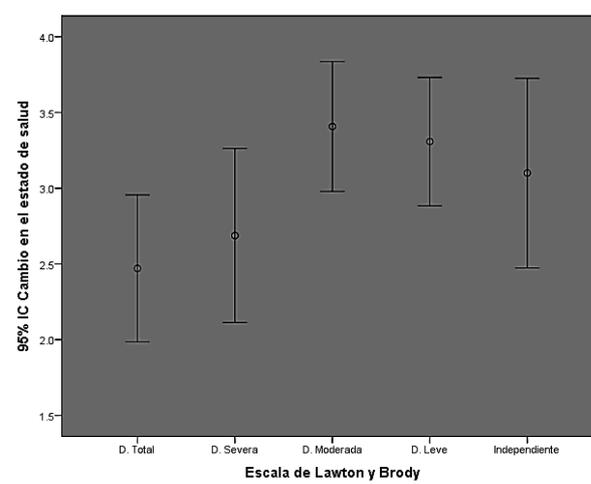
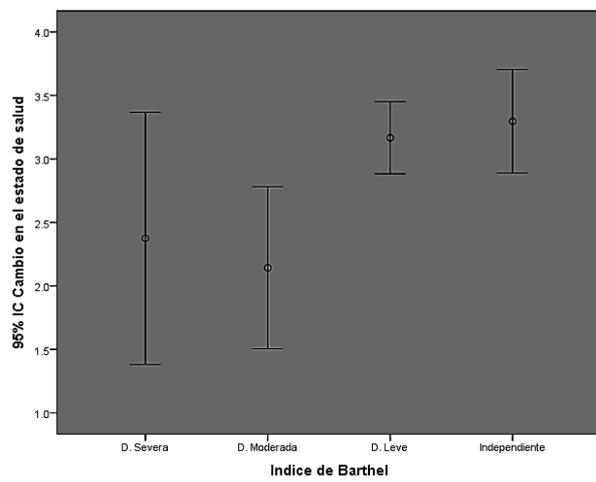
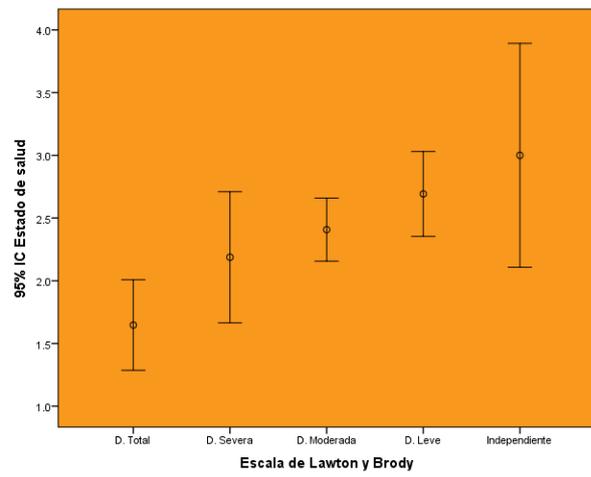
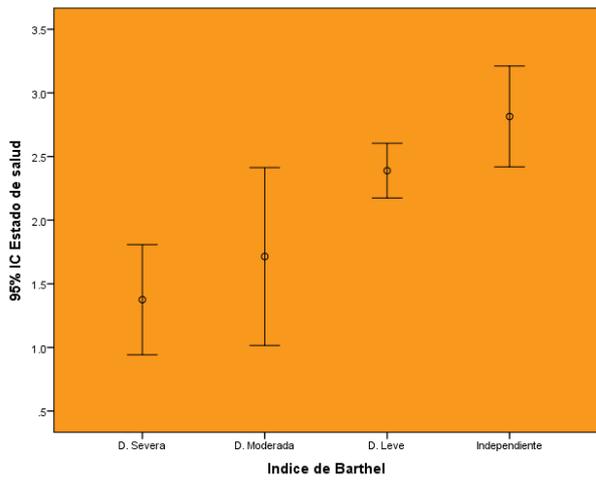
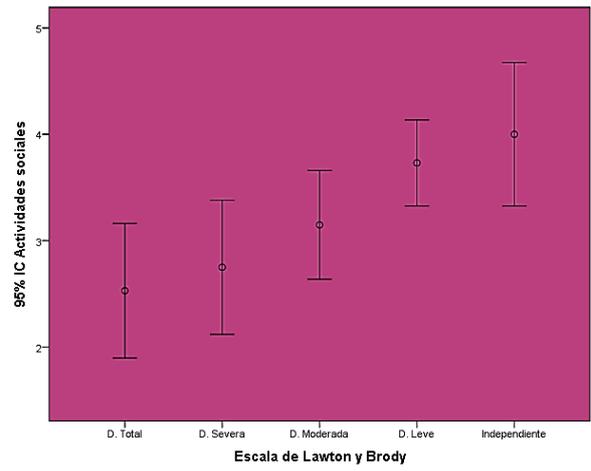
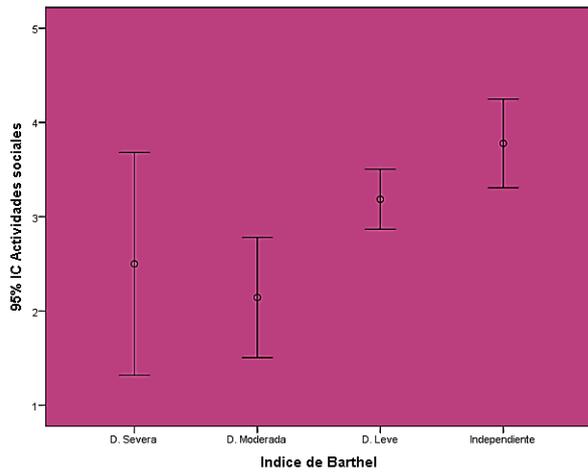
Tabla 8. Correlación W Kendall entre el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody con la CVRS

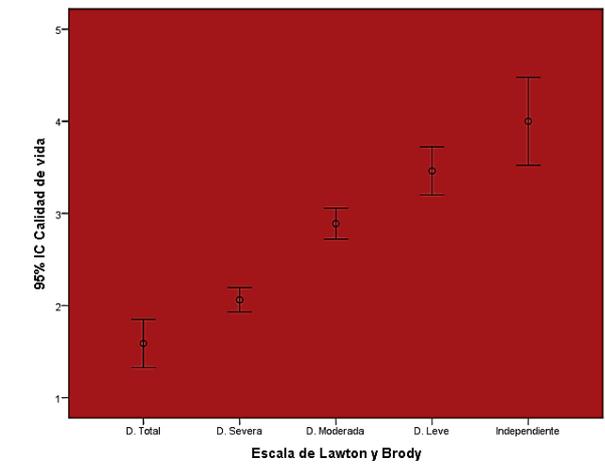
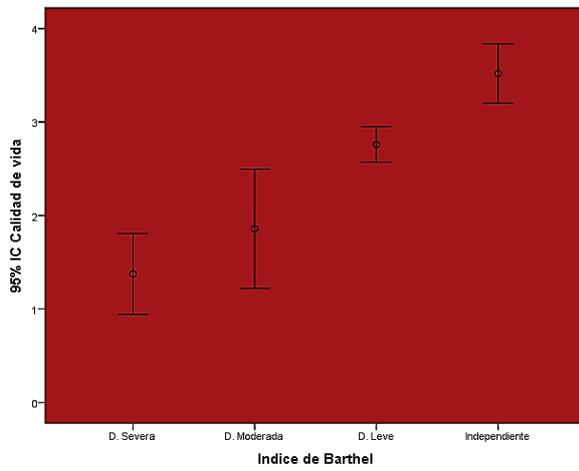
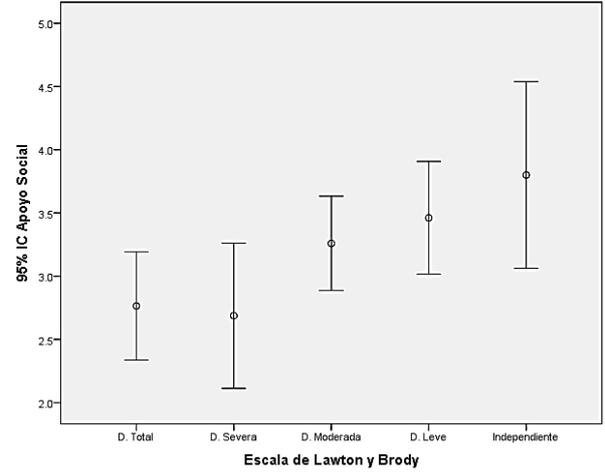
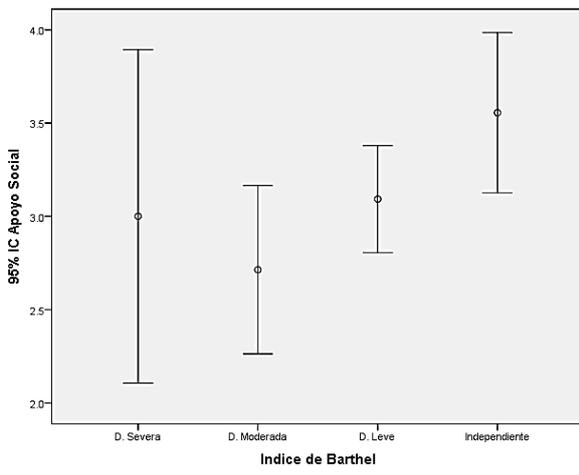
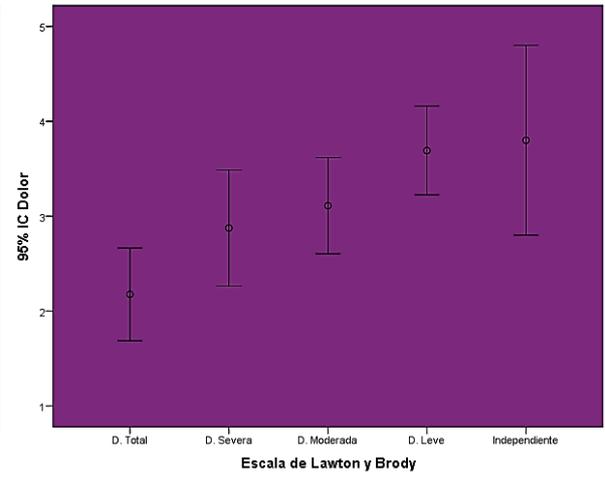
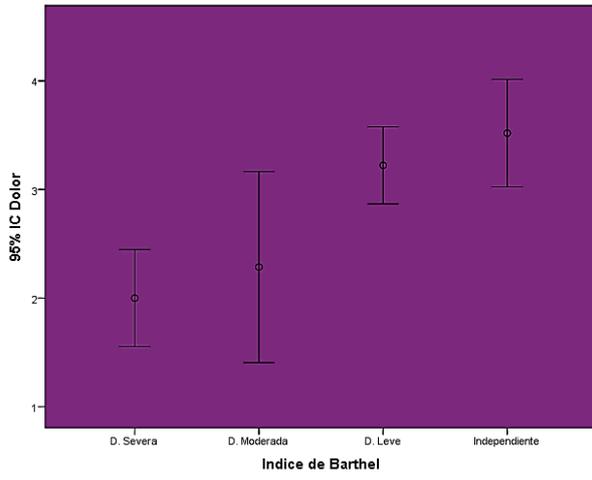
| | <i>Índice de Barthel</i> | | <i>Escala de Lawton y Brody</i> | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| | P | Coefficiente de correlación | P | Coefficiente de correlación |
| <i>Forma física</i> | .000 | .393 | .000 | .624 |
| <i>Sentimientos</i> | .000 | .345 | .000 | .378 |
| <i>Actividades cotidianas</i> | .000 | .424 | .000 | .493 |
| <i>Actividades sociales</i> | .000 | .288 | .000 | .336 |
| <i>Cambio en el estado de salud</i> | .011 | .201 | .006 | .211 |
| <i>Estado de salud</i> | .000 | .328 | .000 | .382 |
| <i>Dolor</i> | .001 | .243 | .000 | .352 |
| <i>Apoyo social</i> | .021 | .166 | .000 | .275 |
| <i>Calidad de vida</i> | .000 | .493 | .000 | .786 |

Fuente: concentrado de datos

Gráfico 19. Correlación entre las dimensiones de la CVRS y la funcionalidad.







Fuente: concentrado de datos

De acuerdo con la escala de medición de las variables dependientes (ordinales) para estadística no paramétrica, se seleccionó la prueba de Jonckheere-Terpstra para k muestras independientes para la comprobación de hipótesis, con la que se encuentran distribuciones diferentes entre los grados de funcionalidad para el índice de Barthel y cada una de las dimensiones de la CVRS, al igual que para la escala de Lawton y Brody con cada una de las dimensiones de la CVRS, con lo que se rechaza la hipótesis nula. (Tabla 9)

Tabla 9. Prueba de Jonckheere-Terpstra para hipótesis en función de las ABVD y AIVD con la CVRS.

| | Forma Física | Sentimientos | Actividades cotidianas | Actividades sociales | Cambio en el estado de salud | Estado de salud | Dolor | Apoyo Social | Calidad de vida |
|---|--------------|--------------|------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------|-------------|--------------|-----------------|
| Número de niveles en Índice de Barthel | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| P | .000 | .000 | .000 | .000 | .010 | .000 | .002 | .034 | .000 |
| Número de niveles en Escala Lawton y Brody | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| P | .000 | .000 | .000 | .000 | .012 | .000 | .000 | .001 | .000 |

Fuente: concentrado de datos

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio indican que la dependencia en las actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD) son condiciones con una prevalencia elevada en los pacientes en diálisis peritoneal y se asocian con una CVRS reducida. El deterioro funcional se encuentra asociadas a factores como la edad, el grado de escolaridad, el tiempo en diálisis, el nivel socioeconómico, la presencia de diabetes mellitus y obesidad.

La dependencia funcional para las ABVD y AIVD ha sido escasamente estudiada en diálisis peritoneal. En el estudio transversal de **Kavanagh y cols** (25), con pacientes en diálisis, encontraron que el 59% de los sujetos mostraban dependencia para las actividades de la vida diaria, con un 47% con dependencia para las AIVD, y un 12% con dependencia en las ABVD, mientras que un estudio transversal realizado en España por **Arenas-Jiménez y cols** (23), con pacientes en hemodiálisis reportaban un 80% de dependencia para las AIVD y 41% para las ABVD. En comparación con nuestro estudio, que encontró que un 72% de los pacientes presentaba algún grado de dependencia para las ABVD (15% con dependencia moderada-severa), y un 90% para las AIVD (63% con dependencia moderada-total). En nuestro estudio la prevalencia es superior a otros estudios, lo que puede estar motivado por factores como las características específicas de la población atendida en el centro hospitalario en cuestión y que la recogida de información fue realizada por un único personal (médico residente), lo que evita los sesgos de observador. Las AIVD en comparación con las ABVD representan mayor complejidad y requieren más autonomía personal e interacción con el medio, lo que justificaría su aparición más precoz y la mayor prevalencia y severidad encontrada en nuestro estudio. Por otra parte, ambos tipos de dependencia funcional mostraron asociación estadísticamente significativa entre ellas, lo que orientaría hacia la posibilidad de que estamos ante diferentes gradaciones del mismo problema

En nuestro estudio la edad, escolaridad, nivel socioeconómico, tiempo en diálisis, diabetes mellitus y obesidad mostraron asociación estadísticamente significativa con la discapacidad funcional para la AIVD. El sexo, estado civil, religión y la hipertensión arterial no mostraron asociación estadísticamente significativa con la dependencia en las AIVD.

Con respecto a las ABVD se encontró asociación estadísticamente significativa con la edad, escolaridad, tiempo en diálisis y diabetes mellitus, mientras que el sexo, estado civil, religión, nivel socioeconómico, obesidad y la hipertensión arterial no mostraron asociación.

Es bien sabido que la dependencia de las personas mayores de las capacidades de la vida diaria aumenta con la edad, independientemente de la presencia o no de ERC. En nuestro estudio, la edad mostró una fuerte correlación con la ABVD y AIVD, confirmando el efecto de la edad sobre las AVD en pacientes con enfermedad renal crónica.

Aunque la diálisis tiene beneficios inmediatos, también supone un importante factor de estrés. Una vez iniciada la diálisis, existe una tendencia de disminución sustancial y sostenida del estado funcional de los pacientes con el paso del tiempo de acuerdo con lo reportado por **Goto y cols** (24), que reporta a los 6 meses del inicio de la diálisis una disminución en la situación funcional del 40%. La pérdida en la situación funcional se caracterizó principalmente por la disminución en AIVD en un 37%, con menor afectación en las ABVD con un 16%. Si bien, este estudio no analiza el deterioro funcional con respecto al periodo de inicio de la terapia de sustitución renal, si evidencia la mayor prevalencia de deterioro en las AIVD con respecto a las ABVD, concordante con dicho autor, además de una fuerte correlación entre el tiempo en diálisis y el deterioro funcional.

De acuerdo con **Chang y cols** (31), la presencia de enfermedades crónicas, y las complicaciones derivadas de éstas, han demostrado ser uno de los factores de riesgo para la disminución funcional, la discapacidad y la dependencia. Con respecto a la diabetes mellitus, en el estudio de **Barrantes-Monge M y cols** (30), ésta se asoció con dependencia funcional severa y moderada en ABVD, y

dependencia severa en AIVD, además que la asociaron con otras que llevan a la dependencia funcional: deterioro cognitivo, enfermedad cardíaca y depresión. Esto es coherente con nuestros hallazgos, al encontrar asociación significativa entre la presencia de diabetes mellitus y el deterioro en las ABVD y AIVD, así como la presencia de obesidad y el deterioro de las AIVD, siendo tales enfermedades crónicas factores de riesgo importantes en el deterioro funcional de los pacientes en diálisis.

Con respecto al sexo, **Kavanagh y cols** (25), encontró relación entre el sexo masculino y la dependencia funcional en los pacientes en diálisis, mientras que, para la escolaridad, no encontró significancia estadística, por otro lado, en el estudio de **Barrantes-Monge M y col** (30), el nivel socioeconómico así como la escolaridad mostraron correlación con las ABVD y AIVD, datos que concuerdan con lo observado en este estudio en donde existe asociación directa entre la escolaridad, las ABVD y las AIVD, así como asociación del nivel socioeconómico con las AIVD, sin embargo, en este estudio no se encontró asociación significativa con el sexo de los participantes y el déficit funcional. En nuestro estudio contamos con factores protectores como la escolaridad, desde secundaria completa hasta posgrado, así como niveles socioeconómicos medios.

La CVRS abarca el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud. Según **Arenas-Jiménez y cols** (23), la pérdida de la autonomía tiene un fuerte impacto en la CVRS, la cual se ha relacionado con factores como el sexo (peor CVRS en mujeres) y el grado de dependencia, tanto para las ABVD como para las AIVD, de manera que una mayor dependencia se asocia con peor CVRS, principalmente en las dimensiones «actividades cotidianas», «actividades sociales» y «apoyo social», mientras que **Luis Sandoval-Jurado y cols** (29), no encuentran asociación con respecto al sexo y describen la «salud física» como la dimensión más afectada, seguida de «salud emocional» y «salud general». En este estudio, no se encontró asociación con el sexo en ninguna de las dimensiones de la CVRS,

además que la peor CVRS de forma global, es percibida en las dimensiones «forma física», «estado de salud» y «dolor», resultados concordantes con **Luis Sandoval-Jurado y cols** (29), así como con **Chino-Hernández y cols** (26), que señalan a las dimensiones «salud física» y «rol físico» como las peores evaluadas y **Pabón-Varela y cols** (27), que identifican a la dimensión «salud física» como la más afectada. La baja calidad de vida desde la percepción de la salud física se puede comprender a partir de las limitaciones en la realización de las ABVD y las AIVD presentes en estos pacientes, a pesar de ello, perciben mejores puntuaciones en las dimensiones psicológicas, que pudiera ser atribuido a que, en su mayoría, se sienten tranquilos al encontrarse bajo tratamiento y se sienten en paz consigo mismos. En la dimensión social, los pacientes refieren una calidad de vida baja, secundario a su aspecto físico y el tiempo que invierten a la realización de la diálisis, lo que les impide salir a reuniones y con lo que tienden a aislarse.

La edad, se asoció con peor percepción de la CVRS en todas sus dimensiones en este estudio, resultados concordantes con **Luis Sandoval-Jurado y cols** (29), donde evidencian una correlación negativa con el aumento de la edad en enfermos renales crónicos en diálisis. Si bien, la muestra de nuestro estudio correspondía en su mayoría a mayores de 60 años, se aprecia un gran impacto en la CVRS en todos los pacientes en tratamiento con diálisis, la edad avanzada se asocia con peor percepción en la CVRS debido a que incrementa la inactividad física y que el impacto del envejecimiento en el funcionamiento físico tiene efecto en la capacidad de participación en su entorno, con detrimento de su CV.

En cuanto al tiempo en la modalidad de diálisis peritoneal, **Jung HY y cols** (34), demostraron que existen disminuciones significativas en diferentes dominios de CVRS de los pacientes en DP y HD durante dos años, situación que concuerda con este estudio, donde se aprecia una disminución de la CVRS asociada a los años en diálisis, lo cual no resulta extraño debido a que, con el tiempo, algunos factores precipitantes van en aumento como la edad y las comorbilidades en estos pacientes.

El estudio de **Sánchez-Cabezas et al** (32) relaciona un elevado nivel de estudios con una mejor puntuación en la CVRS, similar a lo encontrado en el presente estudio, donde la escolaridad se asoció a mejor percepción de la CVRS en las dimensiones de «forma física», «actividades cotidianas», «actividades sociales», «dolor», «apoyo social» y «calidad de vida». Un mayor grado de instrucción académica puede favorecer el acceso a la información, el desarrollo de habilidades para la vida, la elección de prácticas saludables y el empoderamiento de los individuos en defensa de su salud, siendo entonces éste un factor protector.

Si bien algunos autores como **Torres-Toledano M y cols** (8) y **Ambriz Murillo y cols** (28), identifican a la diabetes mellitus como la principal causa de ERC, encontramos en este estudio que la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en la población estudiada, sin embargo, la diabetes mellitus fue la comorbilidad asociada con mayor deterioro de la calidad de vida, resultados similares a los reportados **por Boubakari Ibrahimou y Ahmed N. Albatineh** (33), tal tendencia puede ser atribuida a que la hipertensión arterial suele aparecer secundaria a la propia enfermedad renal y es, la diabetes mellitus la que se asocia con la aparición de otras manifestaciones que pueden empeorar la percepción de la CVRS como la depresión, cuya prevalencia no se indagó en este estudio.

CONCLUSIONES

Del presente trabajo de tesis podemos encontrar las siguientes conclusiones:

- Los objetivos del estudio se cumplieron en su totalidad.
- En cuanto a la hipótesis planteada, cumplió lo establecido ya que los pacientes en diálisis peritoneal presentan dependencia para sus AVD, con mayor prevalencia y con un grado de severidad mayor para las AIVD (90% de los cuales un 63% refería dependencia moderada-total) que para las ABVD (76%, con un 15% con dependencia moderada-severa), al mismo tiempo que el nivel de dependencia en ambos tipos de actividades tiene una importante influencia sobre la CVRS, deteriorándola en todas sus dimensiones ($P=.000$).
- Se determina que los pacientes en diálisis peritoneal presentan una edad promedio de 55.6 ± 12.4 años, predominando en adultos mayores de 60 años (49%), femeninos (54%), escolaridad secundaria (38%), casados (41%), católicos (70%), nivel socioeconómico medio bajo o C- (25%), con hipertensión arterial sistémica (85%).
- El promedio de tiempo en diálisis de la población estudiada fue de 2.49 ± 1.92 años, encontrándose en un 87% en los primeros 5 años de tratamiento, predominando aquellos con un año de permanencia en dicha modalidad (40%).
- Se relaciona la discapacidad funcional para las AIVD con mayor edad, menor escolaridad, menor nivel socioeconómico, mayor tiempo en diálisis, presencia de diabetes mellitus y obesidad, mientras que para las ABVD se asocia solo con edad, escolaridad, tiempo en diálisis y diabetes.
- Las tres dimensiones de la CVRS más afectadas fueron: forma física (44%), estado de salud (39%) y dolor (30%). El deterioro de la CVRS se asocia con mayor grado de dependencia, edad avanzada, baja escolaridad, mayor tiempo en diálisis y comorbilidad asociada: diabetes mellitus y obesidad.

RECOMENDACIONES

Uno de los objetivos del Instituto Mexicano del Seguro Social es el control de las enfermedades crónicas, mediante acciones preventivas, de detección y control de las enfermedades no transmisibles.

Las principales causas de morbimortalidad de la población mexicana están fuertemente ligadas a factores modificables como los estilos de vida, por lo que podrían evitarse al sensibilizar a la sociedad sobre la modificación de comportamientos y toma de decisiones respecto a su salud.

La ERC aparece como complicación del descontrol de otras enfermedades crónicas, principalmente a consecuencia de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, por lo tanto, se debe fortalecer el manejo de las enfermedades crónicas de la población en general como medida para frenar la incidencia de la ERCT.

La dependencia se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal que, de no identificarse y tratarse adecuadamente en tiempo y forma, precisa que el individuo necesite de la ayuda de otras personas para realizar sus actividades de la vida cotidiana, por lo que la detección temprana del déficit es importante y su medición debería ser incorporada rutinariamente en la atención de los pacientes en diálisis, prestando más atención a la evaluación de las AVD a medida que aumenta la edad. Una mejor identificación del paciente en riesgo de deterioro funcional podría conducir a una mejor toma de decisiones y, por lo tanto, a menos sufrimiento y menos costos de atención médica. Además, podría conducir a estrategias preventivas con respecto al deterioro funcional.

Detectar la aparición de discapacidad en la realización de AIVD, al ser de aparición precoz, puede servir para poner en marcha programas de intervención que ayuden a prevenir, revertir o retrasar la progresión de dicho deterioro funcional para evitar que afecte a otras esferas de la vida del individuo.

Nuestros resultados sugieren que la DP impacta de forma negativa en las dimensiones para CV, un área de oportunidad sería implementar un programa de rehabilitación con terapia ocupacional, ya que los pacientes en diálisis se someten a estresores (procedimientos quirúrgicos, constantes visitas a centros médicos y hospitalizaciones) que pudieran justificar la pérdida de la funcionalidad por lo que, son necesarios más estudios con la finalidad de crear estrategias que minimicen este desenlace.

Posterior a la investigación, se recomienda, respecto a la dimensión social implementar hábitos de comunicación entre los pacientes, así como con el personal de salud. En relación con la dimensión física, se recomienda brindar a los pacientes información verbal, escrita, ilustrativa, etc., sobre los cuidados de su estado físico y su salud mencionando lo que pueden y deben realizar bajo los márgenes de su enfermedad con las debidas precauciones correspondientes. En la dimensión psicológica, programar, en determinadas ocasiones, la visita del familiar como apoyo para dialogar con los pacientes con el fin de escucharlos y orientarlos referente a sus opiniones de sí mismos. Lo anterior es necesario considerando que, ante innumerables factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes sometidos a diálisis, estos pueden pasar de ser factores protectores a ser factores de riesgo; por lo que el personal de salud debe tomarlos en cuenta para establecer su plan de cuidados centrado en la percepción de los pacientes y detectar necesidades de autocuidado que faciliten su transitar durante la terapia de reemplazo.

REFERENCIAS

1. Martínez-Castelao A, Górriz J, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, et-al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *AtenPrimaria*. . [Internet] 2014 [consultado 2020 Marzo 16]; 46(9): p. 501-519. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-documento-consenso-deteccion-manejo-enfermedad-renal-cronica-articulo-X0211699514053919> DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12455
2. Official Journal of the International Society of Nephrology. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Inter., Suppl.* [Internet] 2013 [consultado 2020 Marzo 24] January; 3(1): p. 1-150. Disponible en : https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
3. Pereira J, Boada-Morales L, Peñaranda-Flores D, Torrado-Navarro Y. Diálisis y Hemodiálisis. Una revisión actual según la evidencia. *Revista Nefr Arg.* . [Internet] 2017 [consultado 2020 Sep. 05]; 15(1). p 1-19. Disponible en: http://www.afam.org.ar/textos/material_junio_2019/dialisis_y_hemodialisis_revision_segun_la_evidencia.pdf
4. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of Chronic Kidney Disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. . [Internet] 2020 [consultado 2020 ago. 5]; 395(10225): p. 709-733. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32061315/>
5. Hill R, Fatoba T, Oke L, Hirst A, O'Callaghan A, Lasserson S, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease. A Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS ONE*. [Internet] 2016 [consultado 2020 Sep 17]; 11(7): p 1-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4934905/pdf/pone.0158765.pdf> DOI: 10.1371/journal.pone.0158765

6. González S, González A, Chickris K. La Transición Demográfica en México. CULCyT. . [Internet] 2018 [consultado 2020 Sep. 15]; 1(65): p 61-74. Disponible en: <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/2665>
7. The United States Renal Data System (USRDS). The 2019 Annual Data Report. Epidemiology of kidney disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2019. [Internet] 2019 [consultado 2020 Mayo 24]. 1 (75): p 1-69. Disponible en: <https://www.usrds.org/annual-data-report/>
8. Torres-Toledano M, Granados-Garcia V, Lopez-Ocaña L. Carga de la enfermedad renal crónica. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2017 [consultado 2020 marzo 15] 2017; 55(Supl 2): p. S118-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457755436002/457755436002.pdf>
9. López-Cervantes M; Rojas-Russell ME; Tirado-Gómez LL; Durán-Arenas L; Pacheco-Domínguez RL; Venado-Estrada AA; et al. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. México, D.F.: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. [Internet] 2009 [consultado 2020 Mayo 18]. 1ª Ed: p 1-192. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/ERC_AMTSM.pdf
10. Allen N. Measuring, Managing, and Improving Quality in the End-Stage Renal Disease Treatment Setting: Peritoneal Dialysis, Am J Kidney Dis. [Internet] 1994 [consultado 2020 Mayo 15]; 24(2): p. 368-375. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272638612802046) DOI: [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(12\)80204-6](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(12)80204-6)
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012-2013. [Internet] 2016 [consultado 2020 Marzo 24] 1 (1): p 1-360. Disponible en:

http://archivos.diputados.gob.mx/Comisiones_LXII/seguridad_social/informes/INFORME_IMSS_2013.pdf

12. Cortés S, Álvarez S, Orozco G, Soto M, Martínez R, Cueto M. Impacto económico de la enfermedad renal crónica: Perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2017 [consultado 2020 marzo 24]; 55(Supl 2): p. 124-132. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/articloe/view/2502
13. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad. Red Estratégica de Servicios de Salud contra La Enfermedad Renal Crónica en México. [Internet] 2017 [consultado 2020 Marzo 24]. Disponible en: https://www.theisn.org/images/taskforce/Mexico/Report_%20Strategic%20Health%20Care%20Network%20Against%20CKD%20in%20Mexico.pdf
14. Padierna-Acero J. Aspectos psicosociales y calidad de vida en Diálisis peritoneal. En: Montenegro J, Correa-Rotter R, Riella M. Tratado de Diálisis Peritoneal. Barcelona, España, Ediciones ELSEVIER; 2009. p. 603-616.
15. Bossola M, DiStasio E, Antocicco M, Pepe G, Tazza L, Zuccala G, et al. Functional impairment is associated with an increased risk of mortality in patients on chronic hemodialysis. BMC Nephrology. [Internet] 2016 [consultado 2020 Marzo 25]; 17(72). p 1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27391964/> DOI: [10.1186/s12882-016-0302-y](https://doi.org/10.1186/s12882-016-0302-y)
16. Chang J, Wen-Wen H, Yang-Fei W, Qian-Mei S. Main Risk Factors Related to Activities of Daily Living in Non-Dialysis Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3–5: A Case–Control Study. Clin Interv Aging. [Internet] 2020 [consultado 2020 Julio 16]; 15(1). P 609-618 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7200239/> DOI: [10.2147/CIA.S249137](https://doi.org/10.2147/CIA.S249137)
17. Muñoz SC, Rojas OP, Mazurca NG. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. Fisioter Pesqui. . [Internet] 2015 [consultado 2020 Mayo 12]; 22(1). P 76-83. Disponible en:

<https://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf> DOI: 10.590/1809-2950/13327822012015

18. Secretaría de Salud. Principios del Abordaje Gerontológico en la persona Adulta Mayor e Intervenciones Básicas. México. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; 2012.
19. Bowling CB, Sawyer P, Campbell RC, Ahmed A, Allman RM. Impact of chronic kidney disease on activities of daily living in community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. [Internet] 2011 [consultado 2020 Marzo 24]; Jun; 66(6): p 689-694. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21459762/> DOI: 10.1093/gerona/glr043.
20. Rivera-Vázquez P, Rojas W. Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Rev. enferm Herediana*. [Internet] 2017 [consultado 2020 Marzo 26]; 10(2): p. 82-88. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3362> DOI: <https://doi.org/10.20453/renh.v10i2.3362>
21. Chong K, Unruh M. Why does quality of life remain an under-investigated issue in chronic kidney disease and why is it rarely set as an outcome measure in trials in this population? *Nephrol Dial Transplant*. [Internet] 2017 [consultado 2020 marzo 24]; 32(2) (suppl_2): ii47-ii52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28206614/> DOI: 10.1093/ndt/gfw399.
22. Martín F, Reig A, Ferrer R, Sarró F. Láminas COOP/WONCA: ¿un instrumento válido para determinar la CVRS en el paciente en diálisis? *Nefrol*. . [Internet] 2004 [consultado 2020 Marzo 28]; 24(2). P 97-197. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-laminas-coop-wonca-un-instrumento-valido-articulo-X0211699504016740>
23. Arenas M, Navarro M, Serrano E, Alvarez-Ude F. Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud. *Rev. Nefrol*. [Internet] 2019 [consultado 2020 Abril 4]; 39(5); p 455-562. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-dependencia->

actividades-instrumentales-vida-diaria-articulo-S0211699519300827

DOI: 10.1016/j.nefro.2019.03.006

- 24.** Goto NA, Van Loon IN, Boereboom FTJ, Emmelot-Vonk MH, Willems HC, Bots ML, et al. Association of Initiation of Maintenance Dialysis with Functional Status and Caregiver Burden. Clin J Am Soc Nephrol. . [Internet] 2019 [consultado 2020 Junio 16] Jul 5; 14(7): p 1039-1047. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31248948/> DOI: 10.2215/CJN.13131118.
- 25.** Kavanagh NT, Schiller B, Saxena AB, Thomas IC, Kurella Tamura M. Prevalence and correlates of functional dependence among maintenance dialysis patients. Hemodial Int. [Internet] 2015 [consultado 2020 junio 5] Oct;19(4): p 593-600. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hdi.12286>
- 26.** Chino-Hernández B, Acuña-Arellano A, Hernández-Colín F, Utrera-Ruiz D, Duarte-Mote J, Garduño-García J. La calidad de vida en mayores con insuficiencia renal crónica estadio V. Rev. Esp Geriatr Gerontol. [Internet] 2016 [consultado 2020 Marzo 25]; 51(5): p 298-299 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-calidad-vida-mayores-con-S0211139X16000135> DOI: 10.1016/j.regg.2015.12.011
- 27.** Pabón-Varela Y, Paez-Hernandez KS, Rodríguez-Daza KD, Medina-Atencia CE, López-Tavera M, Salcedo-Quintero LV. Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. Duazary, [Internet] 2015 [consultado 2020 Marzo 20]12(2): p 157 - 163. Disponible en:<https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1473> DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.1473>
- 28.** Ambriz Y, Menor R, Campos-González ID, Cardiel MH. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. Reumatol Clin. , [Internet] 2015 [consultado 2020 Marzo 28]; 11(2): p. 68-72. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-calidad-vida-relacionada-con-salud-articulo-S1699258X14000825> DOI: 10.1016/j.reuma.2014.03.006

29. Sandoval-Jurado L, Ceballos-Martínez ZI, Navarrete-Novelo C, González-Hernández F, Hernández-Colín V. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria continua. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc., [Internet] 2007 [consultado 2020 marzo 26]; 45(2): p. 105-109. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im072b.pdf>
30. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud publica Mex. [Internet] 2007 [consultado 2020 marzo 26];49(Suppl: 4): p 459-466. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000004
31. Chang J, Hou WW, Wang YF, Sun QM. Principales factores de riesgo relacionados con las actividades de la vida diaria en pacientes sin diálisis con enfermedad renal crónica Etapa 3-5: Un estudio de casos y controles. Clin Interv Envejecimiento. 2020; 15: 609-618. Publicado 2020 1 de mayo. doi:10.2147/CIA. S249137
32. Sánchez-Cabezas AM, Morillo-Gallego N, Merino-Martínez RM, Crespo-Montero R. Calidad de vida de los pacientes en diálisis. Revisión sistemática. Enferm Nefrol. [Internet] 2019 [consultado 2020 julio 27]; 22(3): p239-255. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842019000300003>
33. Ibrahimou, B., & Albatineh, A. N. (2019). Predictors of Quality of Life among Peritoneal Dialysis Patients with End-Stage Renal Disease in Kuwait. *Peritoneal Dialysis International*, 39(2), 180–182. <https://doi.org/10.3747/pdi.2018.00140>
34. Jung HY, Jeon Y, Park Y, Kim YS, Kang SW, Yang CW, Kim NH, Choi JY, Cho JH, Park SH, Kim CD, Kim YL. Mejor calidad de vida de la diálisis peritoneal en comparación con la hemodiálisis durante un período de dos años después del inicio de la diálisis. 2019 Julio 16;9(1):10266. doi: 10.1038/s41598-019-46744-1. PMID: 31312004; PMCID: PMC6635359.

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3404**
UNIDAD FAMILIAR NUP1 29

Registro COLEPRIS **18 CI 09 005 002**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 013 2018082**

FECHA **Lunes, 28 de junio de 2021**

Dr. Danae Perez Lopez

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **GRADO DE FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MODALIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL, EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3404-023

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. miguel alfredo zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS

SECTOR PÚBLICO Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(adultos)
Anexo 2**

| | |
|---------------------------------------|--|
| Nombre del estudio: | GRADO DE FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MODALIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL, EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN |
| Patrocinador externo (si aplica): | No aplica. Su participación no retribuirá algún beneficio económico. |
| Lugar y fecha: | Insurgentes norte No. 1322, Magdalena de las Salinas, Del. Gustavo A. Madero, 07760. Ciudad de México. CDMX a ___de___ del 2021 |
| Número de registro institucional: | R-2021-3404-023 |
| Justificación y objetivo del estudio: | Las enfermedades crónicas, pueden afectar su calidad de vida y la manera en cómo se desenvuelve en su casa, familia y con las personas. Conocer las áreas afectadas, permitirá en un futuro establecer estrategias de mejora en la atención médica. El <u>Objetivo general de esta investigación es</u> investigar como afecta la calidad de vida en la salud y la funcionalidad en los enfermos con insuficiencia renal crónica. |
| Procedimientos: | Al participar en este estudio se te aplicara una encuesta que podrás contestar en 30 minutos o menos, solicitando algunos de tus datos personales y se te realizarán algunas preguntas de cómo te sientes emocionalmente , con los demás y de cómo realizas tus actividades en casa o si alguien te tiene que ayudar a realizarlas |
| Posibles riesgos y molestias: | El participar en este estudio no te ocasionara ningún riesgo a tu físico, persona o a tu familia, solo algunas preguntas pueden despertarte algunas |

| | |
|---|--|
| | emociones y recuerdos de lo que podías realizar antes de tener enfermedad renal crónica y diálisis |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | El contestar la encuesta no obtendrás ningún beneficio económico, de servicios o medicamentos adicionales a lo que el medico te indique, el beneficio es para conocer como se sientes y como dependen de los demás ante la enfermedad renal crónica e informarle al personal de salud de realizar medidas oportunas para que en un futuro se lleguen a estrategias que puedan ayudar a los pacientes a mejorar su calidad de vida en su salud. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Usted puede conocer sus resultados, solo basta con solicitarlo a través de su número de folio. Si se encontrase con alteración en la calidad derivará en la salud o funcionalidad, se le derivara de forma oportuna con los especialistas correspondientes. |
| Participación o retiro: | Usted tiene la libertad de ingresar al estudio de manera libre y autónoma así como abandonarlo en el momento que lo desee o simplemente no contestar la encuesta. |
| Privacidad y confidencialidad: | Toda información que nos proporciones será manejada y procesada únicamente por los investigadores, resguardando con estricta confidencialidad tus datos personales y respuestas proporcionadas. En caso de difundir los resultados esto se hará de manera general sin identificar algún dato personal. |
| En caso de colección de material biológico (si aplica): | |
| <input type="checkbox"/> | No acepto participar en el estudio. |
| <input type="checkbox"/> | Si acepto participar en el estudio |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigadora | o Dra. Danae Pérez López. Profesora adjunta del curso de |
| Investigador Responsable: | especialización en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS. Teléfono: 57-87-44-22 Ext. 15320. Email: danaeperez@hotmail.com |
| Colaboradores: | Dra. Gabriela Pasos Arce. Médico Especialista en Nefrología en el |

Hospital General de Zona No 24. "Insurgentes" IMSS. Teléfono: 57-47-35-00 Email: nefrologagaby@yahoo.com.mx

Dra. Citlali Monroy Franco, Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar en la Unidad De Medicina Familiar No. 20 IMSS. Teléfono: 57-87-44-22 Ext. 15320. Email: citmonroyf@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 "VALLEJO"
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA**



**ENCUESTA PARA CONOCER EL GRADO DE FUNCIONALIDAD EN LAS
ACTIVIDADES DIARIAS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MODALIDAD DE DIÁLISIS
PERITONEAL.**

FOLIO: _____

FECHA: _____

PRIMERA PARTE. CEDULA DE IDENTIFICACIÓN

Instrucciones:

Por favor de respuesta a las siguientes preguntas, de la forma más precisa que pueda.

1. ¿Cuál es su edad? _____

Por favor de respuesta a las siguientes preguntas, circule la respuesta que mas se acerca a su situación.

2. ¿Cuál es su sexo?

- 1) Masculino 2) Femenino

3. ¿Cuál es su ultimo grado de estudios?

- 1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Licenciatura

4. ¿Cuál es su estado civil?

- 1) Soltero 2) Casado 3) Viudo 4) Divorciado 5) Unión Libre

5. ¿Cuál es su religión?

- 1) Ateo 2) Católico 3) Cristiano 4) Testigo de Jehová 5) Otra

6. ¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento con diálisis peritoneal?

- 1) 0-11 meses 2) 1-5 años 3) 6-10 años 4) 11-15 años 5) Más de 16 años

7. Circule si padece, alguna de estas enfermedades. Si existe alguna otra, por favor escriba cual.

- 1) Diabetes Mellitus 2) Hipertensión arterial 3) Obesidad 4) Ninguna
5) Otra: _____

SEGUNDA PARTE. DATOS SOCIOECONÓMICOS

Por favor de respuesta a las siguientes preguntas, circule la respuesta que mas se acerca a su situación

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| A) Sin Instrucción | G) Preparatoria Incompleta |
| B) Preescolar | H) Preparatoria Completa |
| C) Primaria Incompleta | I) Licenciatura Incompleta |
| D) Primaria Completa | J) Licenciatura Completa |
| E) Secundaria Incompleta | K) Posgrado |
| F) Secundaria Completa | |

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en su vivienda?

- A) 0 B) 1 C) 2 o más

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

- A) 0 B) 1 C) 2 o más

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

- A) NO TIENE B) SÍ TIENE

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

- A) 0 B) 1 C) 2 D) 3 E) 4 o más

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

- A) 0 B) 1 C) 2 D) 3 E) 4 o más

TERCERA PARTE. FUNCIONALIDAD DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN.

A continuación, se presenta una serie de preguntas referentes a la capacidad que presenta al realizar actividades específicas, trate de ser lo más sincero posible.

Indique cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a su situación actual.

INDICE DE BARTEL

| ACTIVIDAD | SITUACIÓN DEL PACIENTE | PUNTUACIÓN |
|-------------------|---|------------|
| Comer | Totalmente independiente | 10 |
| | Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Lavarse | Independiente: entra y sale solo del baño | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Vestirse | Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos. | 10 |
| | Necesita ayuda | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Arreglarse | Independiente para lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. | 5 |
| | Dependiente | 0 |

| | | |
|--|---|----|
| Deposiciones (la semana previa) | Continencia normal | 10 |
| | Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas. | 5 |
| | Incontinencia | 0 |
| Micción (la semana previa) | Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta. | 10 |
| | Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar la sonda. | 5 |
| | Incontinencia | 0 |
| Usar el retrete | Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa, etc. | 10 |
| | Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo. | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Trasladarse | Independiente para ir del sillón a la cama | 15 |
| | Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo | 10 |
| | Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Deambular | Independiente, camina solo 50 metros | 15 |
| | Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros. | 10 |
| | Independiente en silla de ruedas sin ayuda | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Escalones | Independiente para bajar y subir escaleras | 10 |
| | Necesita ayuda o supervisión para hacerlo | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Total | | |

RESULTADO: _____

ESCALA DE LAWTON Y BRODY. ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA

| ACTIVIDAD | SITUACIÓN DEL PACIENTE | PUNTOS |
|--|--|---------------|
| Capacidad para usar el teléfono | Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc. | 1 |
| | Marca unos cuantos números bien conocidos | 1 |
| | Contesta el teléfono, pero no marca | 1 |
| | No usa el teléfono | 0 |
| Ir de compras | Realiza todas las compras necesarias con independencia | 1 |
| | Compra con independencia pequeñas cosas | 0 |
| | Necesita compañía para realizar cualquier compra | 0 |
| | Completamente incapaz de ir de compras | 0 |
| Preparación de la comida | Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia | 1 |
| | Prepara las comidas si se le dan los ingredientes | 0 |
| | Calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada | 0 |
| | Necesita que se le prepare y sirva la comida | 0 |
| Cuidar de la casa | Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados) | 1 |
| | Realiza tareas domésticas ligeras como lavar los platos o hacer la cama | 1 |
| | Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable | 1 |
| | Necesita ayuda en todas las tareas de la casa | 0 |
| | No participa en ninguna tarea domestica | 0 |
| Lavado de ropa | Realiza completamente el lavado de ropa personal | 1 |
| | Lava ropa pequeña | 1 |
| | Necesita que otro se ocupe del lavado | 0 |

| | | |
|--|--|---|
| Medio de transporte | Viaja con independencia en transporte públicos o conduce su automóvil | 1 |
| | Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte publico | 1 |
| | Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona | 1 |
| | Solo viaja en taxi o automóvil son ayuda de otros | 0 |
| | No viaja | 0 |
| Responsabilidad sobre la medicación | Es capaz de tomar por sí mismo sus medicamentos a la hora y con la dosis correcta | 1 |
| | Toma responsablemente la medicación si la dosis se le prepara con anticipación | 0 |
| | No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación | 0 |
| Capacidad de utilizar el dinero | Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos | 1 |
| | Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. | 1 |
| | Incapaz de manejar el dinero | 0 |
| Total | | |

RESULTADO _____

CUARTA PARTE. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

LAMINAS DE MEDICION DEL ESTADO FUNCIONAL COOP/WONCA

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN.

A continuación, encontrará una serie de dibujos acerca de su estado de salud. Con ellas intentamos conocer cómo es su salud. Hay un total de 9 preguntas.

Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas. Lea cada pregunta detenidamente y después rodee con un círculo el número (a la derecha del dibujo) que mejor describa su situación.

FORMA FÍSICA

Durante las últimas 2 semanas, ¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

| | | |
|--|--|---|
| Muy intensa (por ejemplo: correr deprisa) |  | 1 |
| Intensa (por ejemplo: correr con suavidad) |  | 2 |
| Moderada (por ejemplo: caminar a paso rápido) |  | 3 |
| Ligera (por ejemplo: caminar despacio) |  | 4 |
| Muy ligera (por ejemplo: caminar lentamente o no poder caminar) |  | 5 |

SENTIMIENTOS

Durante las últimas dos semanas, ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

| | | |
|------------------|---|---|
| Nada en absoluto |  | 1 |
| Un poco |  | 2 |
| Moderadamente |  | 3 |
| Bastante |  | 4 |
| Intensamente |  | 5 |

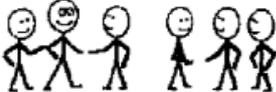
ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante las últimas dos semanas, ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| Ninguna en absoluto |  | 1 |
| Un poco de dificultad |  | 2 |
| Dificultad moderada |  | 3 |
| Mucha dificultad |  | 4 |
| Todo, no he podido hacer nada |  | 5 |

ACTIVIDADES SOCIALES

Durante las últimas dos semanas, ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecino o grupos?

| | | |
|----------------------|--|---|
| No; nada en absoluto |  | 1 |
| Ligeramente |  | 2 |
| Moderadamente |  | 3 |
| Bastante |  | 4 |
| Muchísimo |  | 5 |

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

| | | |
|----------------------|---|---|
| Mucho mejor |  | 1 |
| Un poco mejor |  | 2 |
| Igual; por el estilo |  | 3 |
| Un poco peor |  | 4 |
| Mucho peor |  | 5 |

ESTADO DE SALUD

Durante las últimas dos semanas, ¿Cómo calificaría su salud general?

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

DOLOR

Durante las últimas dos semanas, ¿Cuánto dolor ha tenido?

| | | |
|----------------|--|---|
| Nada de dolor |  | 1 |
| Dolor muy leve |  | 2 |
| Dolor ligero |  | 3 |
| Dolor moderado |  | 4 |
| Dolor intenso |  | 5 |

APOYO SOCIAL

Durante las últimas dos semanas, ¿Había alguien dispuesto a ayudarle si necesitaba ayuda y quería ayuda? por ejemplo, si:

- Se encontraba nervioso, solo o triste.
- Caía enfermo y tenía que quedarse en la cama.
- Necesitaba hablar con alguien.
- Necesitaba ayuda con las tareas de la casa.
- Necesitaba ayuda para cuidar de sí mismo.

| | | |
|--|---|----------|
| <p>Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme</p> |  | <p>1</p> |
| <p>Sí, bastante gente</p> |  | <p>2</p> |
| <p>Sí, algunas personas</p> |  | <p>3</p> |
| <p>Sí, alguien había</p> |  | <p>4</p> |
| <p>Nada en absoluto</p> |  | <p>5</p> |

CALIDAD DE VIDA

¿Qué tal le han ido las cosas durante las últimas dos semanas?

| | |
|---|---|
| Estupendamente, no podian ir mejor | 1 |
| | |
| Bastante bien | 2 |
| | |
| A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales | 3 |
| | |
| Bastante mal | 4 |
| | |
| Muy mal: no podian haber ido peor | 5 |

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!