



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE

JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS N° 61

COORDIANCIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E

INVESTIGACIÓN EN SALUD



**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y
HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

EDITH MARTÍNEZ ROSALES

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2021-1503-081

ASESORA:

DRA. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZALEZ



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

NAUCALPAN ESTADO DE MÉXICO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61**

PRESENTA:

EDITH MARTÍNEZ ROSALES

A U T O R I Z A C I O N E S

DRA. IRENE PADRÓN MARTÍNEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61

DRA. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZALEZ
ASESORA DE TESIS Y COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61.

DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL
ESTADO DE MÉXICO PONIENTE.

DRA. ROSA MARIA PIÑA NAVA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DEL ÓRGANO
DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL ESTADO
DE MEXICO PONIENTE.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS,
DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61**

PRESENTA:

EDITH MARTÍNEZ ROSALES

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ SANCHEZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

NAUCALPAN ESTADO DE MÉXICO 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS,
DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1503**.
H GRAL ZONA NUM 58

Registro COFEPRIS **17 CI 15 104 037**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 15 CEI 002 2017033**

FECHA **Martes, 20 de julio de 2021**

Dra. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZALEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF No 61**" 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-2021-1503-081

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


GERARDO VARGAS SANCHEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE

1.	RESUMEN	7
2.	MARCO TEÓRICO	8
2.1.	DEFINICIÓN	8
2.2.	EPIDEMIOLOGÍA	8
2.3.	ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	9
2.4.	ESTADIOS EVOLUTIVOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	10
2.5.	CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS SUSTITUTIVAS	11
2.6.	CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	12
3.	JUSTIFICACIÓN	15
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
5.	OBJETIVOS	17
5.1.	Objetivo general	17
5.2.	Objetivos específicos	17
6.	HIPÓTESIS	17
7.	SUJETOS MATERIAL Y MÉTODOS	18
7.1.	CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO	18
7.2.	DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	18
7.2.1.	TIPO DE ESTUDIO	18
7.2.2.	GRUPO DE ESTUDIO	19
7.3.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	19
7.4.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19
7.4.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
7.4.3.	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	19
7.4.	TAMAÑO DE LA MUESTRA	20
7.5.	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	20
7.6.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE: Enfermedad Renal Crónica.	20
7.6.2.	VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de Vida	20
7.6.3.	VARIABLE DE CONFUSIÓN: Comorbilidades	21
7.6.4.	VARIABLES DESCRIPTORAS	21
7.6.	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	22
7.7.	ANÁLISIS DE DATOS	22
7.8.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
7.9.	RECURSOS Y FINANCIAMIENTO	24
7.10.	FACTIBILIDAD	24
8.	RESULTADOS	25
8.1.	TABLAS Y GRÁFICOS	29
9.	DISCUSIÓN	41
10.	CONCLUSIONES	43
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
12.	ANEXOS	47

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento a Dios y a todos los seres que me acompañan por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa en mi vida.

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional.

A mi asesora y coordinadora clínica de educación e investigación en salud, Dra. Mayra Adoraim Aguilar Gonzalez por su apoyo, orientación y motivación para continuar con mi preparación profesional y para la elaboración de esta tesis.

A mi profesora titular del curso, Dra. Irene Padrón Martínez por su apoyo y orientación en el proceso de mi preparación profesional.

Finalmente agradecer a mis preciadas amigas de residencia, Ilse y Alejandra, por su compañía y su apoyo para lograr esta meta.

1. RESUMEN

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

AGUILAR-GONZALEZ MA¹, HERNÁNDEZ-RIVERA JA² PADRÓN-MARTÍNEZ I³, RIOS-CAMACHO E⁴, MARTÍNEZ-ROSALES E⁵.

Introducción: se define a la enfermedad renal crónica como la anormalidad en la estructura y función del riñón por más de tres meses ⁽¹⁾. El uso de terapia renal sustitutiva conlleva un impacto importante en la calidad de vida del paciente y sus redes de apoyo, por lo que es importante conocer su calidad de vida relacionada con la salud. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis, diálisis peritoneal y hemodiálisis en la UMF N° 61. **Material y métodos:** Se realizó un estudio Observacional, Prolectivo, Transversal, Descriptivo y Abierto; se aplicó la Encuesta de Salud SF-36. **Resultados:** Se estudiaron 117 pacientes, donde se obtuvo una media de calidad de vida de 53.3, con promedio en salud física de 48.67 y media en salud mental de 58. **Conclusiones:** existe un deterioro de 46.7 puntos con referencia al puntaje óptimo de 100, con mayor deterioro de la salud física respecto a la salud mental, consecuencia al detrimento físico que conlleva la propia enfermedad. El promedio obtenido en salud mental, indica una mejor adaptación de los pacientes a la enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica, Escala de Salud SF-36, Calidad de Vida.

Experiencia de Grupo

1. Médico Especialización en Medicina Familiar, Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la UMF 61. 2. Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez", Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Nefrológicas. Ciudad de México. 3. Médico Especialización en Medicina Familiar, Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar Modalidad ENARM. 4. Médico Especialización en Medicina Familiar, Profesor Titular del Curso de Especialización de Medicina Familiar para Médicos Generales IMSS ECA. 5. Residente de la Especialidad en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 61.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN

La KDIGO define a la enfermedad renal crónica (ERC) como la anormalidad en la estructura y función del riñón por más de tres meses con implicaciones para la salud. Las guías KDIGO clasifican la enfermedad renal crónica con base a la causa, a la categoría del filtrado glomerular y a la albuminuria. ⁽¹⁾

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

Según el Reporte anual de la USRDS (The United States Renal Data System), los países y regiones con la más alta incidencia de tratamiento para el estadio final de la enfermedad renal en 2018 fue Jalisco, México (595 pacientes por millón de habitantes), Taiwán (523 ppmh), Hungría (508 ppmh), Estados Unidos (395 ppmh) y Aguascalientes, México (372 ppmh). Muchas áreas en Asia presentaron una alta incidencia en rangos mayores o iguales a 300 pacientes por millón de habitantes como Singapur (347 ppmh), Corea del Sur (340 ppmh) y Japón (300 ppmh). ⁽²⁾

La prevalencia de enfermedad renal crónica y sus condiciones asociadas entre adultos de los Estados Unidos del 2015 al 2018; se identificó que 13.1% de los adultos presentaron diabetes Mellitus (DM), 28.1% tuvieron hipertensión arterial, 6.7% enfermedad cardiovascular y 41.5% fueron obesos. La prevalencia de bajo filtrado glomerular y albuminuria fue más alta en estos subgrupos que en el general de la población adulta de Estados Unidos. ⁽²⁾

La prevalencia en los factores de riesgo para enfermedad renal crónica incluyen la edad avanzada (15.6% a 18.5%), DM (8.5% a 13.1%) e hipertensión arterial (24.6% a 28.1%) incrementándose del 2003-2006 al 2015-2018. ⁽²⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana para la Salud (OPS) y al reporte anual del sistema de datos renales de Estados Unidos (USRDS) 2018, se estima que el 10% de la población mundial cursa con ERC. Alrededor del mundo, 415 millones de adultos tienen Diabetes, 1.4 billones de adultos tienen Hipertensión, y 2.1 billones de niños y adultos presentan sobrepeso u obesidad. La prevalencia de enfermedad renal crónica en adultos con Diabetes tipo 2 es de aproximadamente 25 a 40% dependiendo de factores poblacionales. En los Estados Unidos, la prevalencia de ERC es de aproximadamente 30% entre adultos con Hipertensión y de 17% en adultos con obesidad. ⁽³⁾

En tanto México registra una incidencia de 467 casos de ERC por cada 1,000,000 de habitantes, siendo la mayor reportada de los 48 países participantes, dentro de los que se encuentran Estados Unidos, Japón, Chile y Brasil. Al realizar un análisis comparativo, en seis años se incrementó la incidencia en un 38%; en el 59% de los casos, la Diabetes Mellitus fue la principal causa de ERC. La prevalencia de ERC en México (de acuerdo a información del estado de Jalisco del 2012) es de 1,409 pacientes por cada 1,000,000 de habitantes (14%). Del 2006 al 2012 la prevalencia reportada aumento un 45.7%, de los cuales el 88.3% requirió de diálisis. Por lo que en México la ERC es una de las principales causas de hospitalización y atención de

urgencias; el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ⁽³⁾

De acuerdo al Reporte de Salud Mundial de la OMS y al Proyecto de Carga Global de la Enfermedad, la ERC en México en el 2013 fue la tercera causa de mortalidad ajustada por edad y sexo con el 9% de todas las muertes reportadas, además de contribuir al 8.1% de los años perdidos de vida por muerte prematura (APMP) y el 5.7% de los años de vida saludables perdidos por discapacidad (AVISA). ⁽³⁾

El Instituto Mexicano del Seguro Social, atiende aproximadamente al 73% de la población mexicana que requiere diálisis o trasplante. En el año 2014, el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, representó para el Instituto, el 15% del gasto total anual de su mayor programa (Seguro de Enfermedades y Maternidad), aproximadamente \$13,250 millones de pesos; este gasto se invirtió en tan sólo el 0.8% de los derechohabientes (población con IRCT). Se estima además que si en nuestro país, el acceso a diálisis fuese universal, se requeriría una inversión de más de 33,000 millones de pesos anuales, lo que representaría cerca del 40% del presupuesto nacional destinado a salud. ⁽³⁾

2.3. ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

1. Procesos capaces de causar lesión renal ⁽⁴⁾

Enfermedades renales primarias:

- Glomerulonefritis extracapilar: tipos I, II y III.
- Glomerulonefritis mesangioproliferativas.
- Nefropatías tubulointersticiales:
 - ❖ Pielonefritis crónica con reflujo vesicoureteral.
 - ❖ Pielonefritis crónica con obstrucción.
 - ❖ Nefropatía obstructiva congénita.
 - ❖ Pielonefritis idiopática
- Nefropatías quísticas y displasias renales:
 - ❖ Poliquistosis AD
 - ❖ Poliquistosis AR
 - ❖ Enfermedad quística medular nefroptosis
 - ❖ Displasia renal bilateral.
- Nefropatías por nefrotóxicos:
 - ❖ Analgésicos: AAS, paracetamol.
 - ❖ AINES.
 - ❖ Litio.
 - ❖ Antineoplásicos: cisplatino, nitrosureas.
 - ❖ Ciclosporina A.
 - ❖ Metales: plomo, cadmio, cromo.
- Nefropatías heredofamiliares.
 - ❖ Síndrome de Alport
 - ❖ Nefritis progresiva hereditaria sin sordera
 - ❖ Enfermedad de Fabry.

Enfermedades renales secundarias:

- Nefropatías vasculares.
 - ❖ Síndrome hemolítico-urémico.
 - ❖ Nefropatía isquémica (ateromatosis).
 - ❖ Vasculitis.
 - ❖ Enfermedad renal ateroembólica.
 - ❖ Síndrome Goodpasture.
 - ❖ Nefroangioesclerosis.
 - ❖ Sarcoidosis.
 - ❖ Colagenosis.
- Disproteinemias.
- Procesos capaces de hacer progresar la enfermedad
 - ❖ Hipertensión arterial.
 - ❖ Insuficiencia cardiaca congestiva.
 - ❖ Hipertensión intraglomerular.
 - ❖ Infecciones sistémicas víricas o bacterianas.
 - ❖ Niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad.
 - ❖ Malnutrición.
 - ❖ Hipercalcemia.
 - ❖ Ferropenia.
 - ❖ Proteinuria > 1-2 g/día.
 - ❖ Dietas con alto contenido proteico y fósforo.
 - ❖ Hiperuricemia.
 - ❖ Factores genéticos.
 - ❖ Obstrucción urinaria.
 - ❖ Disminución del volumen extracelular (deshidratación, hemorragia).

2.4. ESTADIOS EVOLUTIVOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica se clasifica basada en la causa, el filtrado glomerular el cual puede ser calculado mediante el uso de la formula CKD- EPI (G1-G5) y albuminuria (A1- A3). TABLA 1 Y TABLA 2 (1)

TABLA 1. GRADO 1 A 5 Y ALBUMINURIA

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

Green, low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); yellow, moderately increased risk; orange, high risk; red, very high risk.

TABLA 2. CATEGORIAS DE ALBUMINURIA EN ERC.

Categoría	AER (mg/24 h)	ACR (equivalente aproximado mg/mmol)	ACR (equivalente aproximado mg/g)	Significado
A1	<30	<3	<30	Normal a ligeramente aumentado
A2	30 -300	3- 30	30 – 300	Aumentado moderado ^a
A3	>300	>30	>300	Gravemente aumentado ^b

ACR: relación albúmina-creatinina; AER: tasa de excreción de albúmina; ERC, enfermedad renal crónica

a En relación con el nivel de jóvenes y adultos.

b Incluyendo el síndrome nefrótico (AER generalmente >2200 mg/24 h [ACR >2200 mg/g; >220 mg/mmol]).

2.5. CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS SUSTITUTIVAS

Terapia de reemplazo renal: basado en la diálisis, bajo cualquiera de sus modalidades, o en el trasplante renal ⁽⁵⁾.

Diálisis: se define como un tratamiento sustitutivo, que cumple como principal función la de la depuración a nivel renal. La inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y sociales del mismo. ⁽⁶⁾

Actualmente existen dos modalidades de diálisis: diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Diálisis peritoneal: depuración a través de la membrana peritoneal natural. Se trata de un tratamiento domiciliario, realizado por el propio enfermo o un cuidador primario tras un período de adiestramiento. DPCA: diálisis peritoneal continua ambulatoria. Técnica manual, que utiliza una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal; transcurridas seis-ocho horas se drena impregnada de toxinas urémicas. ⁽⁶⁾

DPA: diálisis peritoneal automatizada. Se utiliza una cicladora para la infusión dializante y posterior drenaje. Habitualmente se realiza por la noche. ⁽⁶⁾

Hemodiálisis: tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter, fístula o injerto sintético), con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez depurada, a través del acceso, al organismo. ⁽⁶⁾

Trasplante renal: El trasplante renal es considerado el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal debido a su clara ventaja con otras formas de terapia sustitutiva, tanto en la calidad de vida como en la reinstalación a la vida productiva de los pacientes. Los trasplantes pueden ser clasificados en: 1) Autoinjertos: cuando se trasplantan tejidos de un individuo en sí mismo, 2) Isoinjertos: cuando el trasplante se realiza entre individuos genéticamente idénticos; 3) Aloinjertos: el trasplante de tejidos se realiza entre

individuos de la misma especie. De forma específica, la clasificación del trasplante renal se da de acuerdo al tipo de donador renal: 1) Trasplante renal de donador vivo relacionado (TRDVR): existe un lazo de consanguinidad, por ejemplo: hermano a hermano o padre a hijo, etc.; 2) Trasplante renal de donador cadavérico (TRDC): cuando el donador constituye un paciente con muerte cerebral (también conocido como donador fallecido) y 3) Trasplante renal de donador vivo emocionalmente relacionado (TRDVER): en estos casos no existe un lazo de consanguinidad, pero sí un compromiso emocional de llevar a cabo la donación. ⁽⁷⁾

El uso de una terapia renal sustitutiva conlleva un impacto importante en la calidad de vida del paciente, así como en las redes de apoyo con las cuales necesita contar el mismo, razón por la cual, es importante conocer la calidad de vida relacionada con la salud de nuestros pacientes con enfermedad renal crónica.

2.6. CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La calidad de vida (CV) es un término utilizado para describir varios aspectos de la salud, por lo que involucra la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) comprende resultados subjetivos reportados por el paciente tales como funcionamiento físico, emocional, social o síntomas como dolor, fatiga y otros. Todo esto implica que el concepto de CV no puede ser independiente de la salud y de su contexto, las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada individuo, las cuales pueden variar de una persona a otra y de grupo a grupo o ubicación geográfica. ⁽⁸⁾

En el deterioro de la función renal intervienen factores de riesgo como sexo masculino, proteinuria importante y diabetes ⁽⁹⁾ que pueden afectar la calidad de vida (CV) del paciente y tener múltiples impactos en la sociedad, la persona y su familia. ⁽¹⁰⁾

Medir la CV del paciente con ERC, permite identificar el impacto de la enfermedad en sus actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento que no cura. El cuestionario KDQOL-SF36 (Kidney Disease Quality of Life Instrument Short Form) es un instrumento específico desarrollado para medir la CVRS de los pacientes con ERC en hemodiálisis, diálisis y trasplante renal, una herramienta validada en muchos países y con múltiples adaptaciones transculturales, la cual en nuestro país ha sido realizada recientemente. ⁽¹¹⁾

El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados. Tras una década de uso, el SF-36 mostró buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos de CVRS. Es considerado un instrumento muy adecuado para su uso en investigación y en la práctica clínica. ⁽¹²⁾

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el

cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. ⁽¹²⁾

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) tiene un gran impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se llevó a cabo una revisión de la literatura publicada sobre estudios realizados en España que hubieran empleado algún instrumento para medir la CVRS, genérico o específico, en pacientes con diferentes estadios de ERCA. La terapia sustitutiva renal es la variable con mayor frecuencia asociada al estudio de la CVRS, siendo la hemodiálisis la más estudiada. La mayoría de los estudios muestra cómo la CVRS se ve afectada de forma importante en pacientes que reciben terapia sustitutiva renal. ⁽¹³⁾

Un análisis de la calidad de vida del paciente en la etapa de prediálisis realizado en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, España; se estudiaron a 32 pacientes (41% mujeres), con una edad media de 67.3 ± 12.2 años, con enfermedad renal crónica avanzada en estadio 5 y un filtrado glomerular < 15 ml/min. Para valorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se utilizó el cuestionario KDQOL-SF. Siendo las dimensiones más afectadas: la situación laboral, la función sexual, el rol físico, la salud general y la función física. ⁽¹⁴⁾

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en estadios 4-5. Se estudiaron 105 pacientes con una edad de $67,8 \pm 15,7$ años; 35 mujeres (33,3%). En el KDQOL-SF, las dimensiones más afectadas fueron los cambios en el estado de salud, Situación laboral, Carga de la enfermedad renal, Salud general, Vitalidad y Rol físico. ⁽¹⁵⁾

En un estudio realizado en España (2012) el cual consistió en valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento sustitutivo de diálisis, así como evaluar la capacidad predictiva de algunas variables psicosociales (apoyo social, autoeficacia, optimismo disposicional, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento) sobre los niveles de CVRS, se evaluaron a 36 pacientes en hemodiálisis mediante el instrumento SF-36. Teniendo como resultado que los pacientes mostraron niveles de CVRS inferiores a los valores normativos del instrumento. La depresión es el principal predictor de la CVRS, asociándose negativamente a todas sus dimensiones. ⁽¹⁶⁾

Un estudio realizado en Colombia (2015) cuyo objetivo era determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), y su relación con variables sociodemográficas y datos clínicos el cual consistió en un estudio analítico de corte transversal realizado en 80 personas con diagnóstico de enfermedad renal crónica. Participaron los pacientes que asistieron a la Unidad Renal y al servicio de hospitalización durante los meses de estudio, como resultados: El 23.5% de la población estudiada tenía entre 61 y 70 años y 51.3% eran hombres. Se obtuvieron promedios bajos en las dimensiones carga de la enfermedad renal (40.3), salud física (33.4) y salud mental (43.5) del componente genérico. Se encontró una correlación significativa de la edad con las dimensiones efectos de la enfermedad renal en la vida diaria (0.238 , $p=0.03$) y el componente genérico salud física (-0.242 , $p=0.03$). ⁽¹⁷⁾

En el estudio realizado en Bogotá Colombia, que consistió en describir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si esta presentaba características distintas en función de la adhesión al tratamiento, se utilizó el cuestionario de salud SF-36 y se registraron datos bioquímicos y clínicos con base en los cuales los especialistas reportaron su criterio médico de adhesión. Se observó un deterioro importante en

las dimensiones evaluadas, no obstante, la función social se encontró preservada. Los resultados de la prueba t de Student para grupos independientes mostró diferencias significativas en función física, entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento (n = 19 y n = 13 respectivamente). Así mismo, el primer grupo reportó mejor calidad de vida relacionada con salud mental, mientras que el segundo con aspectos físicos. ⁽¹⁸⁾

Como parte de un estudio descriptivo, que tuvo la finalidad de determinar la calidad de vida que presentan hombres y mujeres, de 25 a 60 años de edad, que padecen enfermedad renal crónica (ERC) y se encuentran en tratamiento de hemodiálisis, en el Instituto de Atención Renal Especializada (IARE), en la ciudad de Quito. Para obtener los resultados, se aplicó el cuestionario SF-36. Tras la tabulación de los resultados obtenidos, mediante el programa estadístico, Statistical Product and Service Solutions (SPSS), se conoce que la media de calidad de vida de los 23 pacientes evaluados tiene un puntaje de 66,35, lo cual indica que hay un deterioro de 33,65 puntos con referencia al puntaje óptimo de 100. ⁽¹⁹⁾

En el Hospital Naval de Especialidades de Veracruz México se realizó un estudio comprendido en el periodo del 1º de abril de 2018 al 31 de enero de 2019 para determinar la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica, en el que se realizó una encuesta transversal analítica en pacientes mayores de 18 años con ERC con al menos seis meses en tratamiento de sustitución de la función renal, diálisis peritoneal o hemodiálisis, La CVRS se obtuvo mediante la aplicación a través de entrevista con el paciente del cuestionario específico para calidad de vida en enfermedad renal Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-SF36) v1.3. Adaptado a población mexicana. Teniendo como resultado que la calidad de vida fue 55.6 puntos (50.79 a 66.93); tuvieron mala calidad de vida 44 (50.0%), 34 (77.3%) recibían hemodiálisis y 10 (22.7%) diálisis peritoneal. Condición de ama de casa se presentó en 16 (36.4%) pacientes con mala calidad de vida y en 7 (15.9%) del grupo con buena calidad de vida, OR 3.02, IC 95%(1.09-8.33), p=0.028. ⁽⁸⁾

En el Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional LaRaza (2015). Se realizó un estudio prospectivo en 278 receptores renales aplicando la encuesta SF-36 a los 0, 6 y 12 meses del trasplante. Los resultados fueron comparados con los obtenidos en población sana (donantes renales) y población general. Se empleó prueba t de Student para realizar las comparaciones de medias. Una $p < 0.05$ fue considerada estadísticamente significativa. Se obtuvo como resultado que la calidad de vida previa al trasplante fue inferior a la observada en población sana y población general ($p < 0.001$). A los 6 meses de trasplante se obtuvo mejoría significativa con respecto a la medición basal ($p < 0.001$) en los 8 dominios y las dos escalas compuestas, pero a los 12 meses no se observó un beneficio adicional. La calidad de vida de los receptores a los 12 meses de trasplante fue inferior solo en el concepto de salud general ($p = 0.035$) al compararse con la población sana. No obstante, fue superior a la población general en las escalas compuestas física y mental ($p = 0.013$ y $p = 0.001$) respectivamente. ⁽²⁰⁾

3. JUSTIFICACIÓN

La prevalencia en los factores de riesgo para enfermedad renal crónica incluyen la edad avanzada, Diabetes Mellitus e hipertensión arterial. ⁽²⁾ Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. ⁽¹⁾

El deterioro de la función renal afecta la calidad de vida (CV) del paciente y tiene múltiples impactos en la sociedad, la persona y su familia. ⁽¹¹⁾ Factores que influyen en el desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica y de la mortalidad son: pacientes que cuentan con terapia sustitutiva, los que están en espera del tratamiento en prediálisis y los aspectos sociodemográficos.

Todo paciente requiere de un bienestar objetivo y otro subjetivo, este último por lo general se conecta con la calidad de vida, que abarca muchos aspectos medibles del ser humano, los cuales son evaluados de acuerdo a su actitud ante situaciones adversas, satisfacción ante su persona y hacia su vida. Por lo tanto, las personas perciben su Calidad de Vida de acuerdo a su historia personal, y juega un papel importante en la comprensión de sus mecanismos y vinculación con su estado de salud, su prosperidad y su bienestar en general. ⁽⁹⁾

El cuestionario KDQOL-SF36 (Kidney Disease Quality of Life Instrument Short Form) es un instrumento específico desarrollado para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes con ERC en hemodiálisis, diálisis y trasplante renal, una herramienta validada en muchos países y con múltiples adaptaciones transculturales, la cual en nuestro país ha sido realizada recientemente.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. ⁽¹²⁾

El presente estudio pretende identificar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en etapa de prediálisis, diálisis peritoneal y hemodiálisis, en derechohabientes de la UMF 61 utilizando la escala de salud SF-36.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Reporte anual de la USRDS (The United States Renal Data System), los países o regiones con la más alta incidencia de tratamiento para el estadio final de la enfermedad renal en 2018 fueron: Jalisco, México (595 pacientes por millón de habitantes), Taiwán (523 ppmh), Hungría (508 ppmh), Estados Unidos (395 ppmh) y Aguascalientes, México (372 ppmh).⁽²⁾

La prevalencia de ERC en México (de acuerdo a información del estado de Jalisco del 2012) es de 1,409 pacientes por cada 1,000,000 de habitantes (14%). De 2006 a 2012 la prevalencia reportada aumentó un 45.7%, de los cuales el 88.3% requirió de diálisis. Por lo que en México la ERC es una de las principales causas de hospitalización y atención de urgencias.⁽²⁾

El Instituto Mexicano del Seguro Social, atiende aproximadamente al 73% de la población mexicana que requiere diálisis o trasplante. En el año 2014, el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, representó para el Instituto el 15% del gasto total anual de su mayor programa (Seguro de Enfermedades y Maternidad), aproximadamente \$13,250 millones de pesos; este gasto se invirtió en tan sólo el 0.8% de los derechohabientes (población con IRCT).⁽²⁾

Medir la CV del paciente con ERC, permite identificar el impacto de la enfermedad en sus actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento que no cura.⁽¹²⁾

La enfermedad renal crónica tiene un gran impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La terapia sustitutiva renal es la variable que con mayor frecuencia se asocia al estudio de la CVRS, siendo la hemodiálisis la más estudiada.⁽¹⁸⁾

En la ERC, recibir tratamiento de remplazo conlleva a la familia y al paciente a realizar ajustes económicos, de roles y por supuesto, perjudica para realizar actividades cotidianas, que como médicos de primer contacto debemos valorar y detectar debido a que son pacientes con mal apego a tratamiento y, por lo tanto, con mayor riesgo de abandono del tratamiento sustitutivo.

Por dichos motivos nos permitimos hacer la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁL ES LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61.

5.2. Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de calidad de vida en el grupo de estudio con ERC en prediálisis.
2. Determinar el nivel de calidad de vida en el grupo de estudio con ERC en tratamiento a base de diálisis peritoneal.
3. Reconocer el nivel de calidad de vida en el grupo de estudio con ERC en tratamiento a base de Hemodiálisis.
4. Describir el sexo que presenta mejor calidad de vida en el grupo de estudio con ERC en tratamiento con hemodiálisis, diálisis peritoneal y prediálisis.
5. Conocer el rango de edad con mejor calidad de vida en el grupo de estudio con ERC en tratamiento con hemodiálisis, diálisis peritoneal y prediálisis.
6. Identificar el estado civil que presenta mejor calidad de vida en el grupo de estudio con ERC en tratamiento con hemodiálisis, diálisis peritoneal y prediálisis.

6. HIPÓTESIS

H0: La población estudiada con enfermedad renal crónica no cuenta con más del 50% de calidad de vida como lo demuestra labibliografía.

H1: La población estudiada con enfermedad renal crónica cuenta con más del 50% de calidad de vida como lo demuestra la bibliografía.

7. SUJETOS MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

La Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No. 61, corresponde a la Delegación Poniente del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social; se encuentra ubicada en Avenida 16 de septiembre No. 39, Colonia San Bartolo, Naucalpan Estado de México C.P. 53000. Es actualmente una unidad de primer nivel que cuenta con una infraestructura constituida por dos plantas distribuidas en 33 consultorios de medicina familiar y área de urgencias. Además de los servicios de estomatología, psicología, nutrición, módulos de medicina preventiva, rayos x, laboratorio clínico, departamento de salud en el trabajo, epidemiología, planificación familiar, farmacia, dirección, administración, coordinación clínica de enseñanza e investigación en salud, 3 aulas, 1 auditorio, trabajo social, archivo clínico, almacén, servicios básicos, departamento de conservación, comedor y CEYE, sin dejar de lado los servicios del centro cultural y deportivo que ofrece la Unidad Cuauhtémoc.

7.2. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

DISEÑO DEL ESTUDIO: TRANSVERSAL, ya que con este estudio se evaluará la calidad de vida con la encuesta de Salud SF-36 en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica.

7.2.1. TIPO DE ESTUDIO

- A. **POR EL CONTROL DE LA MANIOBRA EXPERIMENTAL POR EL INVESTIGADOR:** Observacional, ya que no tenemos control o modificación de las variables a estudiar.
- B. **POR LA CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN:** Prolectivo, el investigador recolecta la información a futuro.
- C. **POR LA MEDICIÓN DEL FENÓMENO EN TIEMPO:** Transversal, las variables serán medidas una sola vez.
- D. **POR LA PRESENCIA DE UN GRUPO CONTROL:** Descriptivo, no se harán comparaciones.
- E. **DE ACUERDO CON LA DIRECCIONALIDAD:** Sin direccionalidad.
- F. **POR LA CEGUEDAD EN LA APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS MANIOBRAS:** Abierto, se hará por medio de un instrumento.

7.2.2. GRUPO DE ESTUDIO

La población diana está constituida por pacientes mayores de 18 años derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 61 con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica.

7.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

7.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Pacientes mayores de 18 años derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.61 portadores de ERC.
- ❖ Pacientes de ambos sexos.
- ❖ Pacientes de ambos turnos.
- ❖ Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en etapa IV y V.
- ❖ Pacientes en terapia sustitutiva con Diálisis peritoneal.
- ❖ Pacientes en terapia sustitutiva con Hemodiálisis.

7.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Pacientes que no cumplan con la edad requerida.
- ❖ Pacientes que se encuentren en periodo de gestación.
- ❖ Pacientes con alguna patología que altere su estado mental.

7.4.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Cuestionarios con respuestas incompletas.
- ❖ Pacientes que deseen abandonar el estudio en cualquier momento del mismo.

7.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia en donde se incluirán los pacientes adscritos a la UMF No 61 Naucalpan de ambos turnos.

Población de 417 pacientes con criterios de pre diálisis, 252 en tratamiento con diálisis peritoneal y 281 en hemodiálisis.

7.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

7.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: Enfermedad Renal Crónica.

- ❖ **Definición Conceptual:** Se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. ⁽¹⁾
- ❖ **Definición Operacional:** **Grado 1** normal o elevado con: $\text{FG} \geq 90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$; **Grado 2** ligeramente disminuido con: $\text{FG } 60\text{-}90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$; **Grado 3a** Ligera a moderadamente disminuido con: $\text{FG } 45\text{-}59 \text{ ml/min/1,73 m}^2$; **Grado 3b** Moderada a gravemente disminuido con: $\text{FG } 30\text{-}44 \text{ ml/min/1,73 m}^2$; **Grado 4** Gravemente disminuido con: $\text{FG } 15\text{-}29 \text{ ml/min/1,73 m}^2$; **Grado 5** Fallo Renal: $\text{FG} < 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$.
- ❖ **Tipo de variable:** Cualitativa, Ordinal.
- ❖ **Escala de Medición:**
 - ✓ Grado 1
 - ✓ Grado 2
 - ✓ Grado 3
 - ✓ Grado 3b
 - ✓ Grado 4
 - ✓ Grado 5

7.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de Vida

- ❖ **Definición Conceptual:** Involucra la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones
- ❖ **Definición Operacional:** Escala de salud SF-36, Valor a menos de 50 puntos Peor estado de salud y más de 50 puntos mejor estado de salud.
- ❖ **Tipo de variable:** Cuantitativa
- ❖ **Escala de Medición:** Ordinal (1. Menor de 50 puntos: Peor estado de salud; 2. Mayor de 50 puntos: Mejor estado de Salud)

7.6.3. VARIABLE DE CONFUSIÓN: Comorbilidades

- ❖ **Definición Conceptual:** La "comorbilidad", también conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.
- ❖ **Definición Operacional:** Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Enfermedad Tiroidea.
- ❖ **Tipo de variable:** Categórica
- ❖ **Escala de Medición:** Nominal (Politómica): 1. Diabetes Mellitus Tipo 2; 2. Hipertensión Arterial Sistémica; 3. Enfermedad Tiroidea.

7.6.4. VARIABLES DESCRIPTORAS

❖ **Definición Conceptual EDAD**

- Es el tiempo que ha vivido una persona hasta el día de realizar el estudio.
- **Definición Operacional:** Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento. Mayor de 18.
- **Tipo de variable:** Cuantitativa (continua).
- **Escala de Medición:** De razón (años).

❖ **Definición Conceptual SEXO**

- Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.
- **Definición Operacional:** Clasificación de los pacientes en hombre o mujer.
- **Tipo de variable:** Categórica. Nominal (dicotómica).
- **Escala de Medición:** 1. Femenino; 2. Masculino.

❖ **Definición Conceptual ESTADO CIVIL**

- Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a ello.
- **Definición Operacional:** Condición de los pacientes de acuerdo con el registro civil en función de si tienen o no pareja y la situación legal respecto a ello.
- **Tipo de variable:** Categórica. Nominal (politómica)
- **Escala de Medición:** 1. Soltero; 2. Casado; 3. Unión libre; 4. Divorciado; 5. Viudo.

❖ Definición conceptual REDIÁLISIS

- Es el filtrado glomerular (FG) por debajo de 30 ml/min/1,73m², comienzan a aparecer los síntomas característicos de los estadios 4-5 de esta enfermedad. (pte 2020).
- **Definición Operacional:** Grado 4 Gravemente disminuido con: FG 15-29 ml/min/1,73 m²; Grado 5 Fallo Renal con FG < 15 ml/min/1,73 m².
- **Tipo de variable:** Categórica.
- **Escala de Medición:** Ordinal (1. Grado 4; 2. Grado 5).

❖ Definición conceptual TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

- Es la terapia de remplazo renal es el reemplazo de la función del riñón en pacientes con insuficiencia renal, y se usa en ocasiones para algunas formas de intoxicación. Las técnicas utilizadas incluyen la hemodiálisis intermitente y la diálisis peritoneal. Todas las modalidades intercambian solutos y extraen líquidos de la sangre por medio de la diálisis y la filtración a través de membranas permeables.
- **Definición Operacional:** Hemodiálisis y Diálisis peritoneal.
- **Tipo de variable:** Categórica.
- **Escala de Medición:** Nominal. Dicotómica (1. Diálisis Peritoneal; 2. Hemodiálisis).

7.6. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Basados en la taxonomía de Supo (2012) se realizará un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto con un alcance relacional donde su intención es identificar los factores sociodemográficos presentes en los pacientes mayores de 18 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 61, por el servicio de Epidemiología se identificarán a los posibles participantes. Se realizará en cumplimiento con todas las consideraciones éticas establecidas. Esta investigación genera un riesgo mínimo para los participantes y la captación de información se llevará a cabo en horas de servicio de la unidad.

7.7. ANÁLISIS DE DATOS

Análisis Exploratorio. Una vez realizada la captura electrónica y la configuración de la base de datos se procederá a la limpieza de dicha base en búsqueda de errores en la captura, valores extremos, datos perdidos y no plausibles, para analizar los resultados estadísticos confiables.

Análisis Descriptivo. Se realizará un análisis descriptivo de forma clara y sencilla, con los datos de la investigación en cuadros, tablas, figuras o gráficos, en base a los objetivos establecidos, con los cuadros y tablas se describirá de forma puntual los resultados, y con los gráficos y figuras se mostrarán las tendencias. Además, se mostrarán las medidas de tendencia central como la moda, media y mediana.

7.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio será sometido a revisión y evaluación por el Comité local de Investigación CLIS 1503 y comité de Ética en Salud 15038 del Instituto Mexicano del Seguro Social y hasta ser aceptado se procederá a su realización.

Se apegará a los principios éticos básicos de respeto, beneficencia-no maleficencia y justicia, así como a las normas éticas internacionales, con base en la Declaración de Helsinki realizada en la Asamblea médica Mundial y su última enmienda en 2013.

En relación a la normativa del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación se vincula con los siguientes artículos:

Titulo primero capitulo único Artículo 3 inciso I en donde especifica conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, y II conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, el presente protocolo contribuye al conocimiento sobre la calidad de vida que presentan los pacientes con enfermedad renal crónica derechohabientes a la UMF No 61 Naucalpan.

En su título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo disposiciones comunes, artículo 13 prevalecerán el respeto a la dignidad y bienestar del participante, y de acuerdo al artículo 16, se respetará en todo momento su privacidad. De acuerdo al artículo 17, fracción II, el presente estudio es una **investigación con riesgo mínimo** ya que se otorgará para su llenado la escala KDQOL-SF36 (Kidney Disease Quality of Life Instrument Short Form) es un instrumento específico desarrollado para medir la CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes con ERC en prediálisis, diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis que puede ocasionar incomodidad psicológica por el contenido de algunas preguntas. Se puntualiza el hecho de que los participantes no serán sometido a riesgos ni daños innecesarios. Se considera a demás población en situación de vulnerabilidad debido a que se incluyen pacientes mayores de 60 años.

Esta investigación cuenta con consentimiento informado que será elaborado por el investigador principal como se estipula en el Título segundo capítulo 1 disposiciones comunes, artículo 22 inciso I y aplicado por los investigadores asociados, a todos los participantes. El lugar de aplicación será en el aula No 1 de la Coordinación Clínica de educación e investigación en salud de la UMF No 61 Naucalpan, dicho documento se realizará por escrito en duplicado, entregando una copia al participante, quien firmará de manera autónoma, previa explicación de la finalidad y riesgos de investigación. En relación a los resultados se darán a conocer si así lo solicitan los participantes y de presentarse detección de alguna de las patologías estudiadas (dado que en la UMF No 61 se cuenta con servicio de Psicología), siempre y cuando el participante este de acuerdo se proporcionara la información para recibir atención con su Médico Familiar.

Así mismo se aclarará cualquier duda que se presente y se le hará saber que existe el compromiso a respetar cualquier decisión del participante en cualquier momento del desarrollo del estudio, por lo que cuenta con libertad de retirarse de la investigación si así lo solicitara, esto en base a los artículos 14, 21 y 22 y a la declaración de Helsinki.

Declaro no tener conflictos de intereses con posiciones ideológicas, beneficios financieros o comerciales que puedan influir inapropiadamente en el desarrollo de esta investigación y en la integridad de los resultados.

7.9. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Los recursos necesarios serán cubiertos por los investigadores asociados, de requerirse algunos adicionales se gestionarán en la estancia correspondiente.

7.10. FACTIBILIDAD

Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No 61, corresponde a la Delegación Poniente del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social; se encuentra ubicada en Avenida 16 de septiembre No 39, Colonia San Bartolo, Naucalpan Estado de México C.P. 53000. Es actualmente una unidad de primer nivel que cuenta con una infraestructura constituida por dos plantas distribuidas en 33 consultorios de medicina familiar y área de urgencias. Además de los servicios de estomatología, psicología, nutrición, módulos de medicina preventiva, rayos x, laboratorio clínico, departamento de salud en el trabajo, epidemiología, planificación familiar, farmacia, dirección, administración, coordinación clínica de enseñanza e investigación en salud, 3 aulas, 1 auditorio, trabajo social, archivo clínico, almacén, servicios básicos, departamento de conservación, comedor y CEYE, sin dejar de lado los servicios del centro cultural y deportivo que ofrece la Unidad Cuauhtémoc.

8. RESULTADOS

De una muestra de 482 pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo de la función renal en prediálisis, diálisis y hemodiálisis, 235 pacientes no fueron localizados, 73 pacientes no se encontraban vigentes al momento del estudio, 50 pacientes decidieron no participar en el estudio y 7 pacientes fallecieron, por lo que se aplicaron un total de 117 encuestas, de las cuales 32 (27.3%) corresponden a pacientes en hemodiálisis, 40 (34.1%) a pacientes en diálisis y 45 (38.4%) a pacientes en prediálisis. (Tabla 1 y gráfico 1).

En cuanto a las variables sociodemográficas se desglosa lo siguiente: se estudiaron 117 pacientes, 64 (55%) eran pacientes del sexo masculino y 53 (45%) eran pacientes del sexo femenino (gráfico y tabla 2).

Respecto a la distribución por sexo en cada modalidad de tratamiento sustitutivo (tabla 2), se desprende lo siguiente: se estudiaron a 15 (12.8%) pacientes del sexo femenino y 17 (14.5%) pacientes del sexo masculino en tratamiento con hemodiálisis, en tratamiento con diálisis se estudiaron 13 (11.1%) pacientes del sexo femenino y 27 (23%) pacientes del sexo masculino, en prediálisis se estudiaron a 25 (21.3%) pacientes del sexo femenino y 20 (17%) pacientes del sexo masculino.

Con respecto a la variable edad se obtuvo una media de 60.7 ± 15 años, de los cuales en el rango de edad de 18 a 39 años se estudiaron 11 (9.4%) pacientes, de 40 a 59 años se estudiaron 43 (36.7%) pacientes, de 60 a 79 años se encuestaron a 50 (42.7%) pacientes y de 80 a 99 años se estudiaron 13 (11.1%) pacientes (gráfico y tabla 3), con mayor predominio del rango de 40 a 59 años.

Respecto a la distribución por rango de edad en cada modalidad de tratamiento sustitutivo (tabla 3), se desglosa lo siguiente: pacientes en hemodiálisis en el rango de edad de 18 a 39 años se estudiaron 6 (5.1%) pacientes, de 40 a 59 años se obtuvieron 16 (13.6%) pacientes, de 60 a 79 años se estudiaron 10 (8.5%) pacientes y en el rango de edad de 80 a 99 años no se obtuvieron pacientes; de los pacientes en diálisis, en el rango de edad de 18 a 39 años se estudiaron a 5 (4.2%) pacientes, de 40 a 59 años se obtuvieron 18 (15.3%) pacientes, de 60 a 79 años se obtuvieron 15 (12.8%) pacientes y de 80 a 99 años se estudiaron 2 (1.7%) pacientes; de los pacientes en prediálisis se desprende lo siguiente: en el rango de edad de 18 a 39 años de edad no se obtuvieron pacientes, de 40 a 59 años se estudiaron 9 (7.6%) pacientes, de 60 a 79 años se estudiaron 25 (21.3%) pacientes y de 80 a 99 años se estudiaron 11 (9.4%) pacientes.

En relación a la variable estado civil, en el estrato casado (a) se estudiaron a 63 (53.8%) pacientes, en el ítem soltero (a) 17 (15.5%) pacientes, en el estrato viudo (a) se obtuvieron 25 (21.3%) pacientes y en el estrato unión libre 12 (10.2%) pacientes. (gráfico y tabla 4).

Respecto a la distribución por estado civil en cada modalidad de tratamiento sustitutivo de la función renal (tabla 4), se desglosa lo siguiente: de los pacientes en hemodiálisis en el ítem casado (a) se obtuvieron 20 (17%) pacientes, en el rubro soltero (a) se estudiaron 8 (6.8%) pacientes, en el ítem viudo (a) se obtuvieron 3 (2.5%) pacientes y en el rubro unión libre 1 (0.8%) paciente. De los pacientes en diálisis en el ítem casado (a) se obtuvieron 23 (19.6%) pacientes,

en el rubro soltero (a) se estudiaron 6 (5.1%) pacientes, en el ítem viudo (a) se obtuvieron 3 (2.5%) pacientes y en unión libre 8 (6.8%) pacientes. De los pacientes en prediálisis en el ítem casado (a) se obtuvieron 20 (17%) pacientes, en el rubro soltero (a) se estudiaron 3 (2.5%) pacientes, en el ítem viudo (a) se obtuvieron 19 (16.2%) pacientes y en unión libre 3 (2.5%) pacientes.

En relación a la calidad de vida, en la tabla y gráfico 5 se representan los valores obtenidos en las 8 dimensiones que evalúa el cuestionario SF-36 aplicado a los 117 pacientes de muestra total, teniendo como resultado una media de 53.3, mediana de 52 y moda de 100, con un deterioro de 46.7 puntos, de un porcentaje de evaluación que va de 0 a 100.

El promedio de los aspectos que evalúan la Salud Física, (que incluye salud general, rol físico, función física y dolor corporal) dio como resultado 48.67. Se observa que la media tiene un resultado de 42.7 en el aspecto que evalúa la Salud General de los pacientes con ERC; mientras que el aspecto de Dolor Corporal puntúa de mejor manera, siendo la media de 58.9.

En relación al promedio de los rubros que evalúa la Salud Mental, (que incluyen los ítems rol emocional, vitalidad, función social y salud mental) dio como resultado una media de 58. Se puede observar que la media tiene un resultado de 51.8, en el aspecto que evalúa el Rol Emocional de los pacientes con ERC; mientras que el rubro de Salud Mental puntúa de mejor manera, siendo la media de 66.3.

Se observa un mayor deterioro en la dimensión salud física con respecto a la mental, siendo ésta última la mejor puntuada.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERC EN HEMODIÁLISIS

En la tabla y gráfico 6 se representan los valores obtenidos en las 8 dimensiones que evalúa el cuestionario SF-36 aplicado a los 32 pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, teniendo como resultado una media de 50, mediana de 32.3 y moda de 47.5, de un porcentaje de evaluación que va de 0 a 100.

El promedio de los aspectos que evalúa la Salud Física dio como resultado 44.9. Se observa que la media tiene un resultado de 35.2 en el aspecto Rol Físico; mientras que el rubro de Dolor Corporal puntúa de mejor manera, siendo la media de 57.6.

En relación al promedio de los rubros que evalúa la Salud Mental dio como resultado una media de 55. Se puede observar que la media tiene un resultado de 49 en el aspecto que evalúa el Rol Emocional; mientras que el aspecto de Salud Mental puntúa de mejor manera, siendo la media de 65.3.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERC EN DIÁLISIS PERITONEAL

En la tabla y gráfico 7 se representan los valores obtenidos en las 8 dimensiones que evalúa el cuestionario SF-36 aplicado a los 40 pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, teniendo como resultado una media de 49.5, mediana de 47.5 y moda de 0, de un

porcentaje de evaluación que va de 0 a 100.

El promedio de los rubros que evalúa la Salud Física dio como resultado 44.5. Se observa que la media tiene un resultado de 35.6 en el aspecto que evalúa la el Rol Físico; mientras que el aspecto de Dolor Corporal puntúa de mejor manera, siendo la media de 57.

En relación al promedio de los aspectos que evalúa la Salud Mental dio como resultado una media de 54.5. Se puede observar que la media tiene un resultado de 45 en el aspecto que evalúa el Rol Emocional; mientras que el aspecto de Salud Mental puntúa de mejor manera, siendo la media de 64.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERC EN PREDIÁLISIS

En la tabla y gráfico 8 se representan los valores obtenidos en las 8 dimensiones que evalúa el cuestionario SF-36 aplicado a los 45 pacientes con ERC en prediálisis, teniendo como resultado una media de 59.3, mediana de 66.3 y moda de 100, de un porcentaje de evaluación que va de 0 a 100.

El promedio de los rubros que evalúa la Salud Física dio como resultado 55.2. Se observa que la media tiene un resultado de 48.4 en el aspecto que evalúa la Salud General; mientras que el aspecto de Dolor Corporal puntúa de mejor manera, siendo la media de 61.7.

En relación al promedio de los aspectos que evalúa la Salud Mental dio como resultado una media de 63.4. Se puede observar que la media tiene un resultado de 60, en el aspecto que evalúa el Rol Emocional; mientras que el aspecto de Salud Mental puntúa de mejor manera, siendo la media de 69.3.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERC DISTRIBUIDOS POR SEXO

La media total de la calidad de vida para los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de la función renal, con hemodiálisis, diálisis o prediálisis, distribuidos por sexo, fue para el sexo femenino de 52, con una mejor puntuación para el sexo masculino, quien obtuvo una media de 54.5.

En la tabla y gráfico 9 se puede observar que, para la calidad de vida en los pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis distribuidos por sexo, el sexo masculino obtuvo una media de 53.7 y el sexo femenino de 45.7; en los pacientes con ERC en tratamiento con diálisis, el sexo masculino obtuvo una puntuación de 51.4 y el sexo femenino obtuvo una media de 45.6; para los pacientes con ERC en prediálisis, el sexo masculino obtuvo una media de 59.4 y en el sexo femenino fue de 59.2.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERC DISTRIBUIDOS POR RANGO DE EDAD

La media total de calidad de vida en los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de la función renal, con hemodiálisis, diálisis y prediálisis, para el rango de edad de 18 a 39 años fue de 52.8, de 40 a 59 años fue de 53.3, de 60 a 79 años fue de 53.2, de 80 a 99 años fue de 53.9.

En donde le rango de edad con mejor calidad de vida fue el comprendido entre los 80 y 99 años de edad.

En la tabla y gráfico 10 se puede observar que, para la calidad de vida de los pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis, distribuidos por rango de edad, en el rango de edad de 80 a 99 años no se encontraron pacientes, en el rango de edad de 60 a 79 años se obtuvo una media de 47.7, de 18 a 39 años se puntúo una media de 49 y en el rango de 20 a 59 años se obtuvo una media de 50.

Para la calidad de vida en los pacientes con ERC en tratamiento con diálisis, en el rango de edad de 40 a 49 años se obtuvo una media de 50.4, el rango de 80 a 99 años puntúo con una media de 51, de 60 a 79 años se obtuvo una media de 51.3 y de 18 a 39 años puntúo con una media de 52.5.

Con respecto a la calidad de vida de los pacientes con ERC en prediálisis en el rango de 18 a 39 años no se encontraron pacientes, de 40 a 59 años se puntúo una media de 59, en el rango de 80 a 99 años se obtuvo una media de 59.2 y en el rango de 60 a 79 años se puntúo media de 59.3.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERC DISTRIBUIDOS POR ESTADO CIVIL

La media total de calidad de vida en los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de la función renal, con hemodiálisis, diálisis y prediálisis, para el estrato casado (a) puntúo con 53.4, soltero (a), viudo (a) y unión libre puntuaron con una media de 53.2, por lo que el estrato casado fue el menor puntuado.

Con respecto al estado civil, se puede observar en la tabla y gráfico 11 que, para la calidad de vida en los pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis, se obtuvo una media de 50 para los pacientes casados (as), seguido de los pacientes solteros (as) con una media de 48.8, el estrato viudo (a) puntúo con una media de 48.3 y unión libre obtuvo una media de 31.

Para la calidad de vida en los pacientes con ERC de los pacientes en diálisis, el estrato unión libre obtuvo una media de 52.7, seguido de viudo (a) con una media de 51.4, el estrato casado (a) puntúo con una media de 51.3 y, finalmente el estrato soltero (a) obtuvo una media de 50.8.

Con respecto a la calidad de vida de los pacientes con ERC en prediálisis, el estrato casado (a) puntúo con una media de 58.8, soltero (a) con 59.3, viudo (a) con 59.3 y unión libre puntúo con una media de 60.9.

En la tabla y gráfico 12 se resumen las medias obtenidas por aspecto Salud Física y Salud Mental, junto con la media total obtenida por modalidad de tratamiento sustitutivo, se puede observar una mejor calidad de vida en los pacientes en prediálisis y mayor deterioro de la calidad de vida en los pacientes con diálisis peritoneal y hemodiálisis, la dimensión mayormente afectada fue la física más que la mental para las tres modalidades de tratamiento.

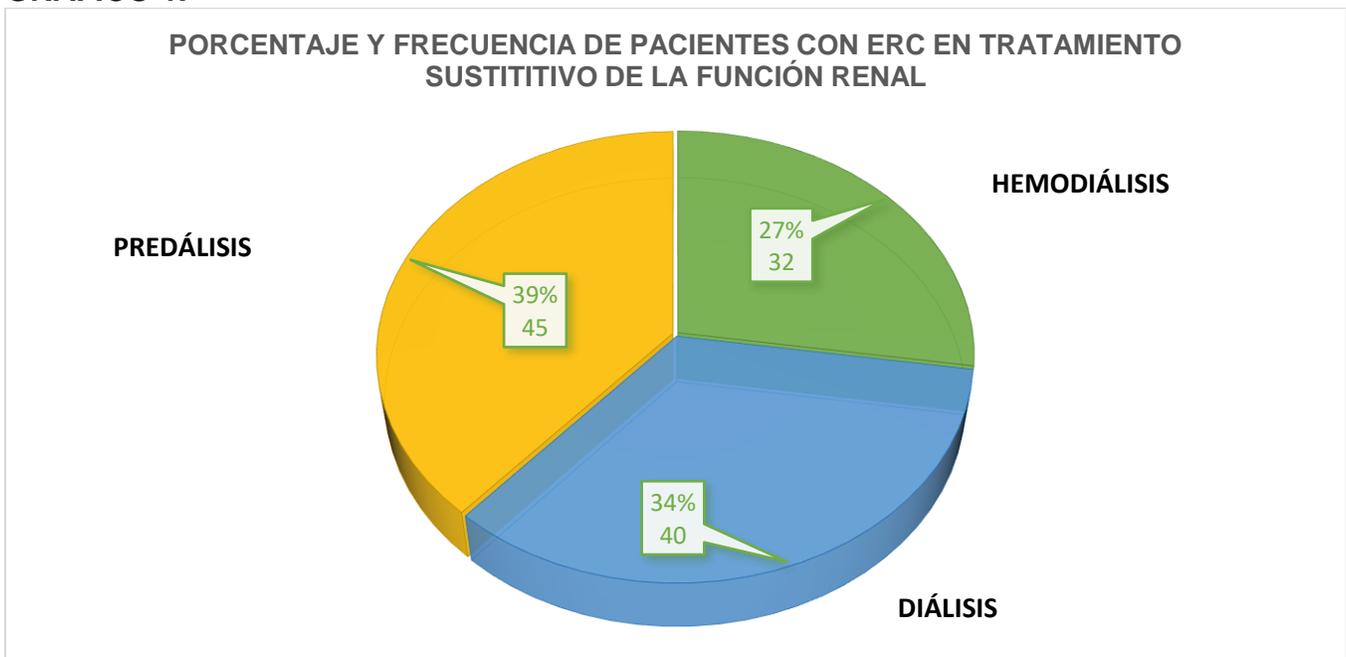
8.1. TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1. PORCENTAJE Y FRECUENCIA DE PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL

PACIENTES/TRATAMIENTO	HEMODIÁLISIS		DIÁLISIS		PREDIÁLISIS		TOTAL GENERAL	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
TOTAL DE PACIENTES	32	27.3	40	34.1	45	38.4	117	100

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRAFICO 1.



FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

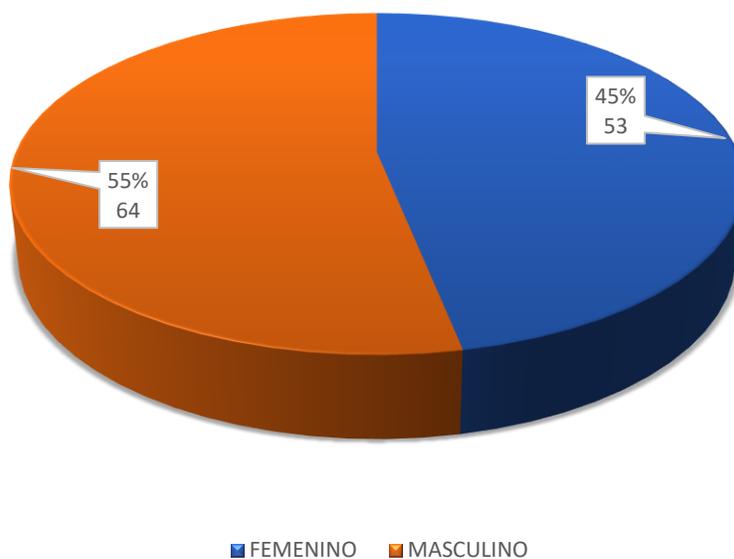
TABLA 2. PORCENTAJE Y FRECUENCIA DE PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL DISTRIBUIDOS POR SEXO

SEXO/TRATAMIENTO	HEMODIÁLISIS		DIÁLISIS		PREDIÁLISIS		TOTAL GENERAL	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
FEMENINO	15	12.8	13	11.1	25	21.3	53	45
MASCULINO	17	14.5	27	23.0	20	17.0	64	55
TOTAL DE PACIENTES	32	27.3	40	34.1	45	38.4	117	100

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 2.

PORCENTAJE Y FRECUENCIA DE PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL DISTRIBUIDOS POR SEXO



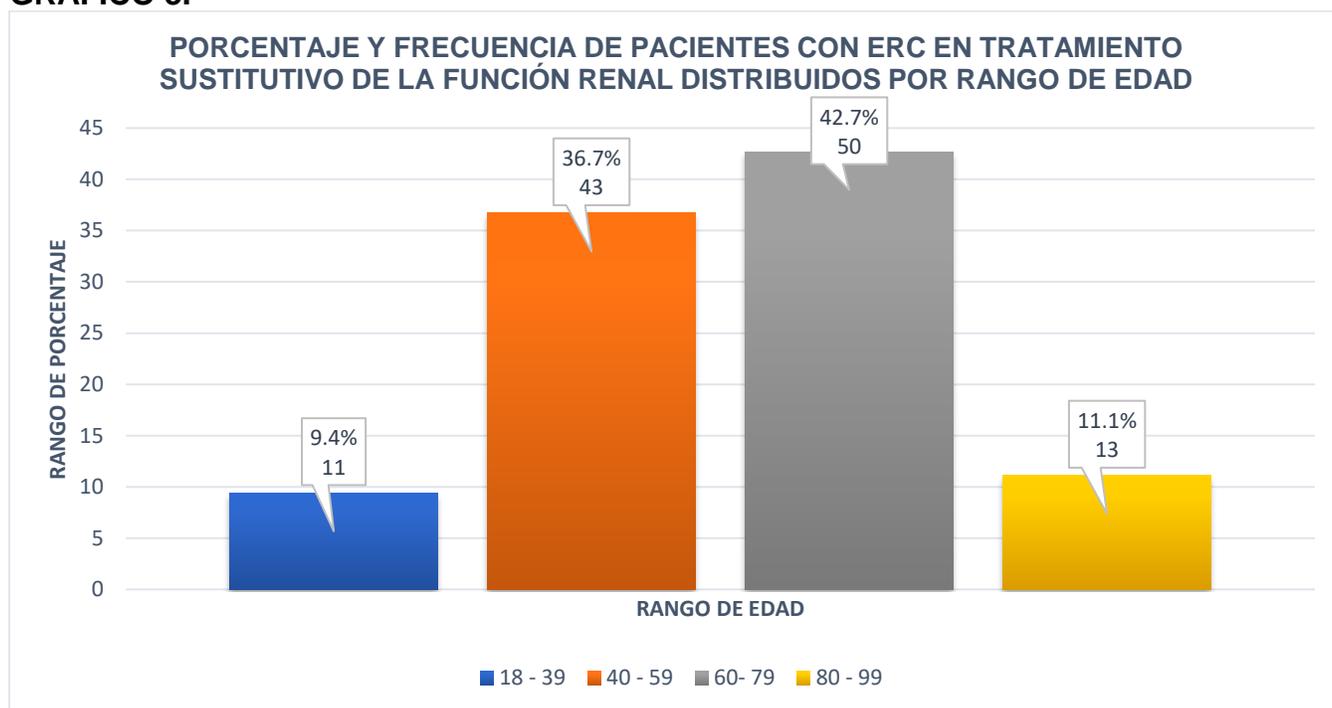
FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

TABLA 3. PORCENTAJE Y FRECUENCIA DE PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL DISTRIBUIDOS POR RANGO DE EDAD

EDAD/TRATAMIENTO	HEMODIÁLISIS		DIÁLISIS		PREDIÁLISIS		TOTAL GENERAL	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
18 - 39	6	5.1	5	4.2	0	0	11	9.4
40 - 59	16	13.6	18	15.3	9	7.6	43	36.7
60- 79	10	8.5	15	12.8	25	21.3	50	42.7
80 - 99	0	0	2	1.7	11	9.4	13	11.1
TOTAL DE PACIENTES	32	27.3	40	34.1	45	38.4	117	100

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 3.



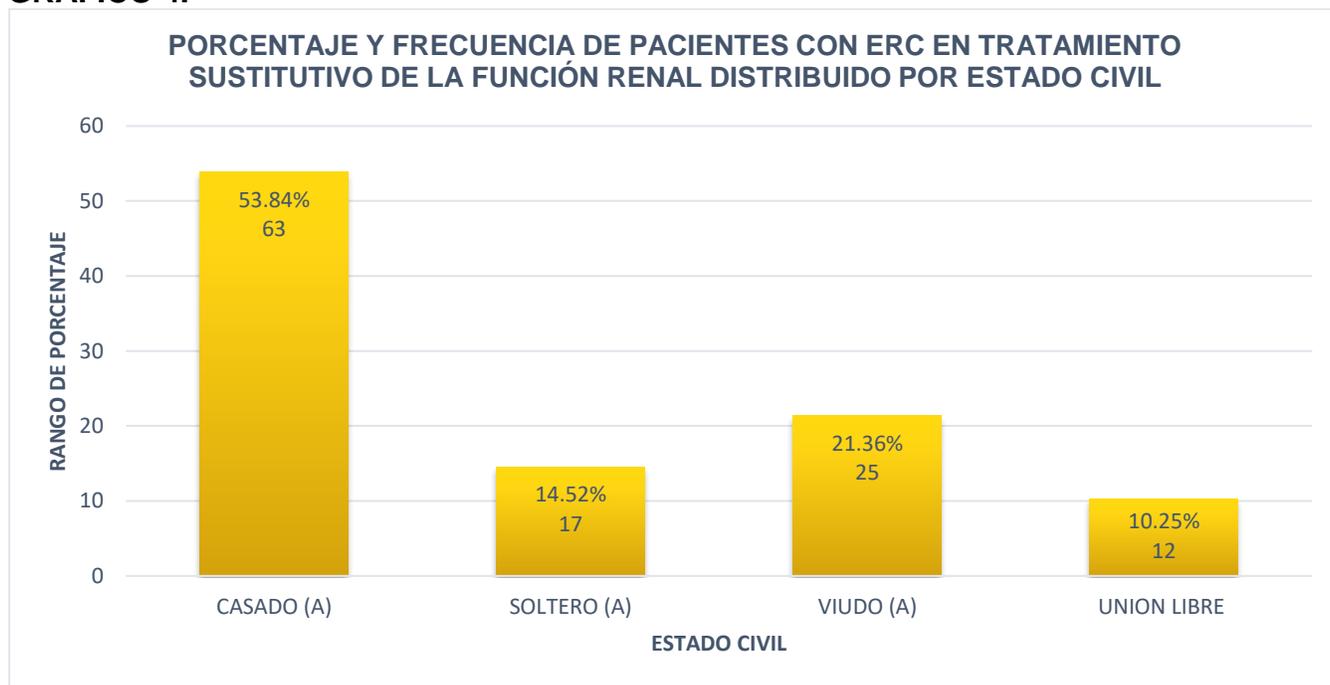
FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

TABLA 4. PORCENTAJE Y FRECUENCIA DE PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL DISTRIBUIDOS POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL/TRATAMIENTO	HEMODIÁLISIS		DIÁLISIS		PREDIÁLISIS		TOTAL GENERAL	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
CASADO (A)	20	17.0	23	19.6	20	17.0	63	53.8
SOLTERO (A)	8	6.8	6	5.1	3	2.5	17	14.5
VIUDO (A)	3	2.5	3	2.5	19	16.2	25	21.3
UNIÓN LIBRE	1	0.8	8	6.8	3	2.5	12	10.2
TOTAL DE PACIENTES	32	27.3	40	34.1	45	38.4	117	100

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 4.



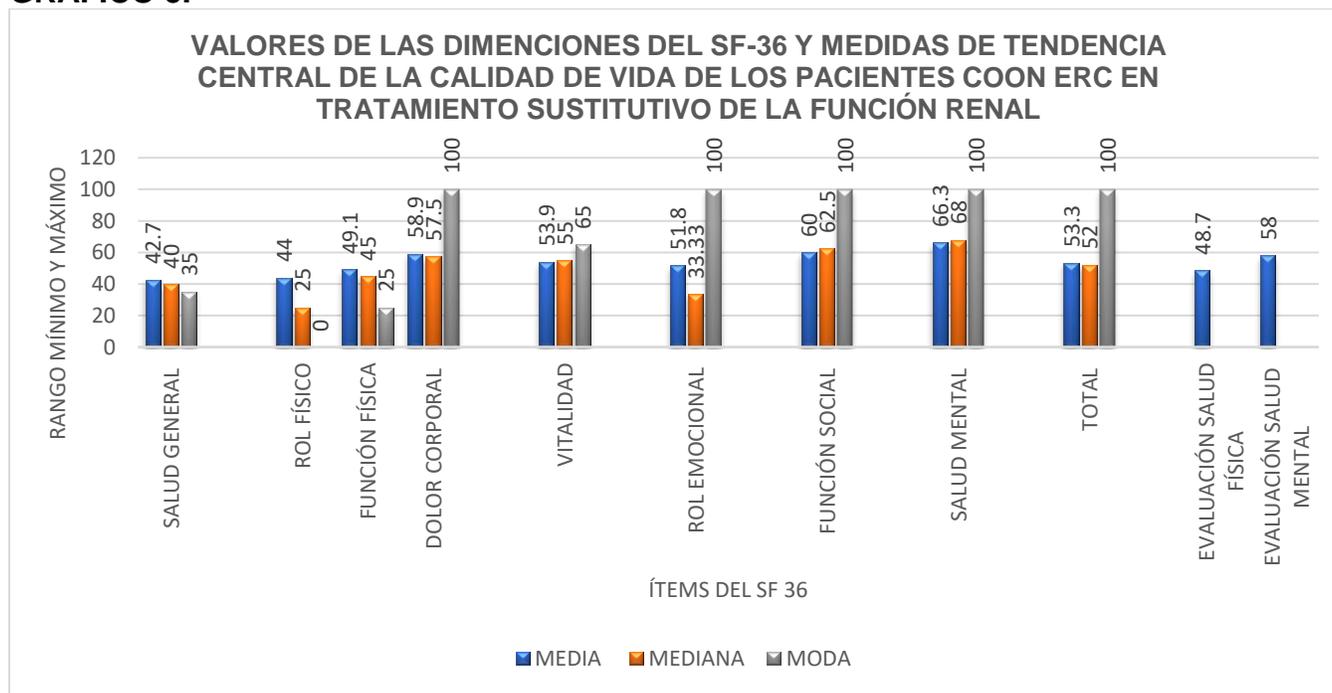
FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

TABLA 5. VALORES DE LAS DIMENSIONES DEL SF-36 Y MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL.

ÍTEMS DEL SF-36	MEDIA	MEDIANA	MODA	MÍNIMO-MÁXIMO	EVALUACION DE LA SALUD FÍSICA.
SALUD GENERAL	42.7	40	35	0 – 90	MEDIA DE 48.67
ROL FÍSICO	44.0	25	0	0 – 100	
FUNCIÓN FÍSICA	49.1	45	25	0 – 100	
DOLOR CORPORAL	58.9	57.5	100	12.5 – 100	
ROL EMOCIONAL	51.8	33.33	100	0 – 100	MEDIA DE 58
VITALIDAD	53.9	55	65	0 – 100	
FUNCIÓN SOCIAL	60.0	62.5	100	0 – 100	
SALUD MENTAL	66.3	68	100	8 – 100	
TOTAL	53.3	52	100	0 – 100	EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL.

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 5.



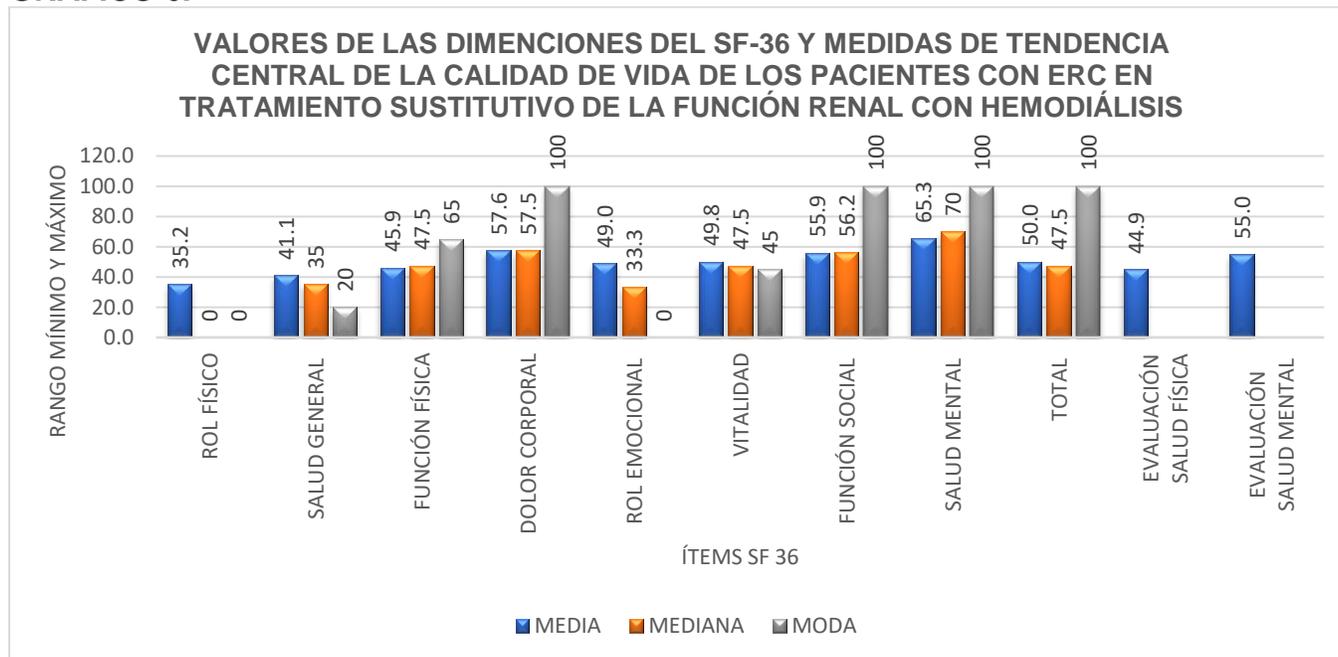
FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

TABLA 6. VALORES DE LAS DIMENSIONES DEL SF-36 Y MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL CON HEMODIÁLISIS

ÍTEMS DEL SF-36	MEDIA	MEDIANA	MODA	MÍNIMO-MÁXIMO	EVALUACIÓN DE LA SALUD FÍSICA.
ROL FÍSICO	35.2	0	0	0 – 100	MEDIA DE 44.9
SALUD GENERAL	41.1	35	20	15 – 90	
FUNCIÓN FÍSICA	45.9	47.5	65	0 – 100	
DOLOR CORPORAL	57.6	57.5	100	12.5 – 100	
ROL EMOCIONAL	49	33.3	0	0 – 100	MEDIA DE 55
VITALIDAD	49.8	47.5	45	0 – 100	
FUNCIÓN SOCIAL	55.9	56.2	100	0 – 100	
SALUD MENTAL	65.3	70	100	8 – 100	
TOTAL	50	32.3	47.5	0 – 100	EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL.

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 6.



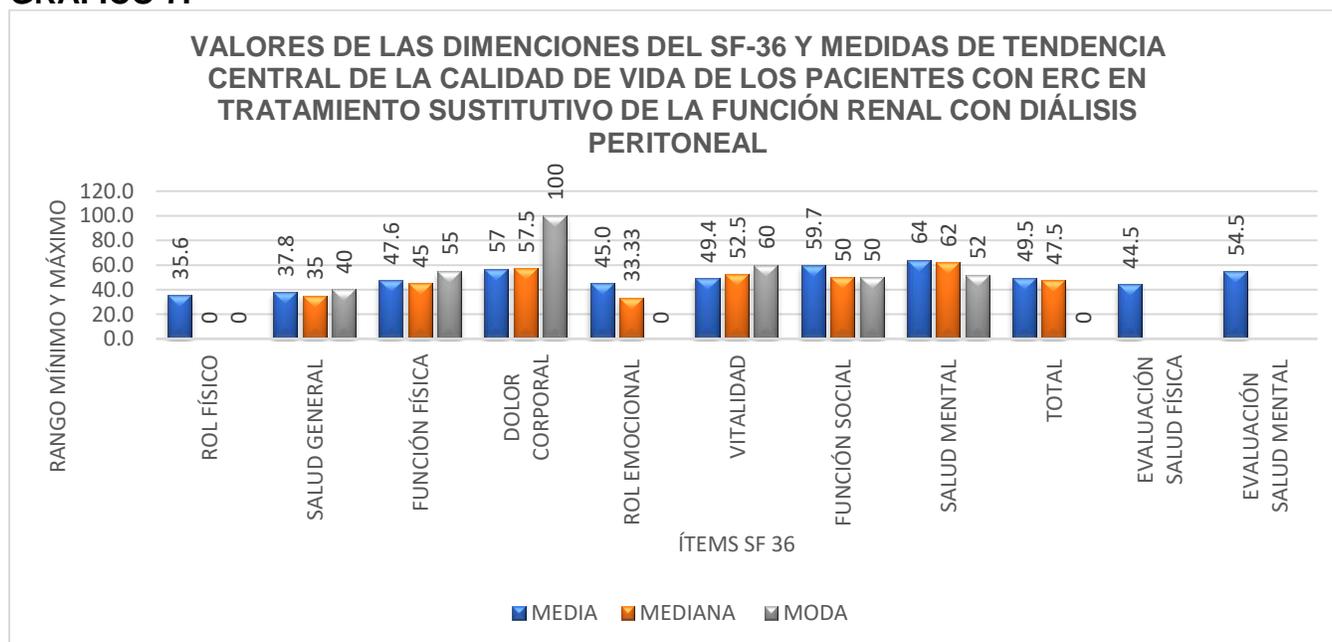
FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

TABLA 7. VALORES DE LAS DIMENSIONES DEL SF-36 Y MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL CON DIÁLISIS PERITONEAL

ÍTEMS DEL SF-36	MEDIA	MEDIANA	MODA	MÍNIMO-MÁXIMO	EVALUACIÓN SALUD FÍSICA
ROL FÍSICO	35.6	0	0	0 - 100	MEDIA DE 44.5
SALUD GENERAL	37.8	35	40	5 - 80	
FUNCIÓN FÍSICA	47.6	45	55	0 - 100	
DOLOR CORPORAL	57	57.5	100	12.5 - 100	
ROL EMOCIONAL	45.0	33.33	0	0 - 100	MEDIA DE 54.5
VITALIDAD	49.4	52.5	60	5 - 90	
FUNCIÓN SOCIAL	59.7	50	50	12.5 - 100	
SALUD MENTAL	64	62	52	8 - 100	
TOTAL	49.5	47.5	0	0 - 100	EVALUACIÓN SALUD MENTAL

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 7.



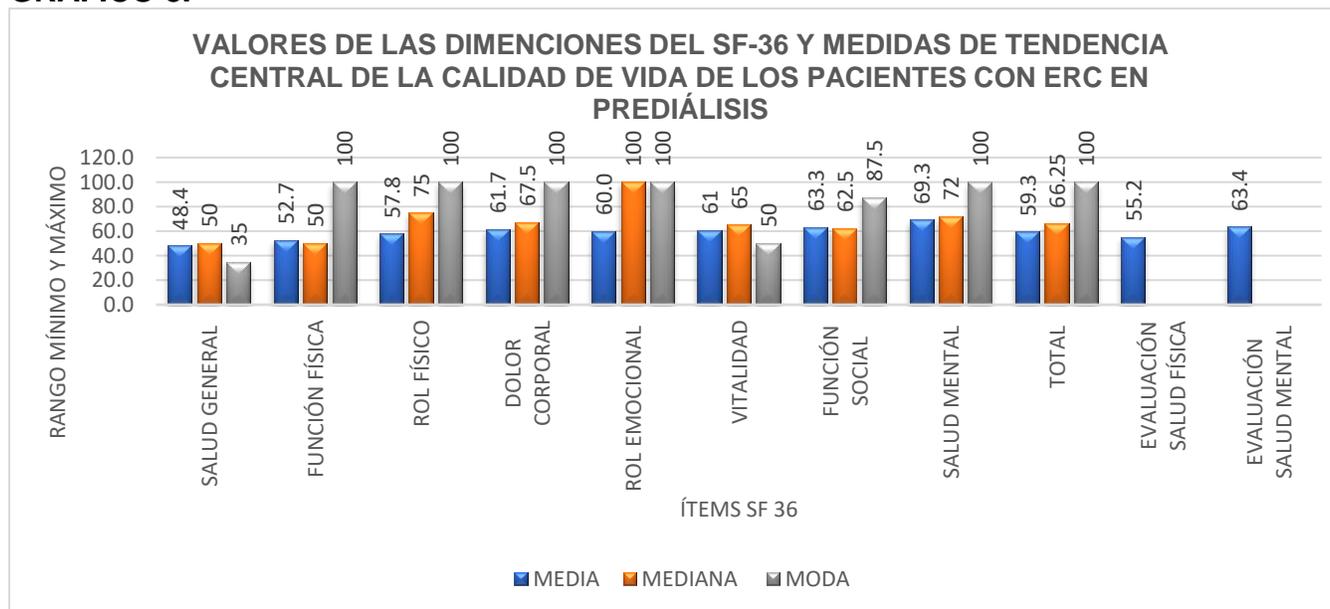
FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

TABLA 8. VALORES DE LAS DIMENSIONES DEL SF-36 Y MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ERC EN PREDIÁLISIS

ÍTEMS DEL SF-36	MEDIA	MEDIANA	MODA	MÍNIMO-MÁXIMO	EVALUACIÓN SALUD FÍSICA
SALUD GENERAL	48.4	50	35	0 - 85	MEDIA DE 55.2
FUNCIÓN FÍSICA	52.7	50	100	0 - 100	
ROL FÍSICO	57.8	75	100	0 - 100	
DOLOR CORPORAL	61.7	67.5	100	12.5 - 100	
ROL EMOCIONAL	60.0	100	100	0 - 100	MEDIA DE 63.4
VITALIDAD	61	65	50	5 - 95	
FUNCIÓN SOCIAL	63.3	62.5	87.5	12.5 - 100	
SALUD MENTAL	69.3	72	100	8 - 100	
TOTAL	59.3	66.25	100	0 - 100	EVALUACIÓN SALUD MENTAL

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 8.



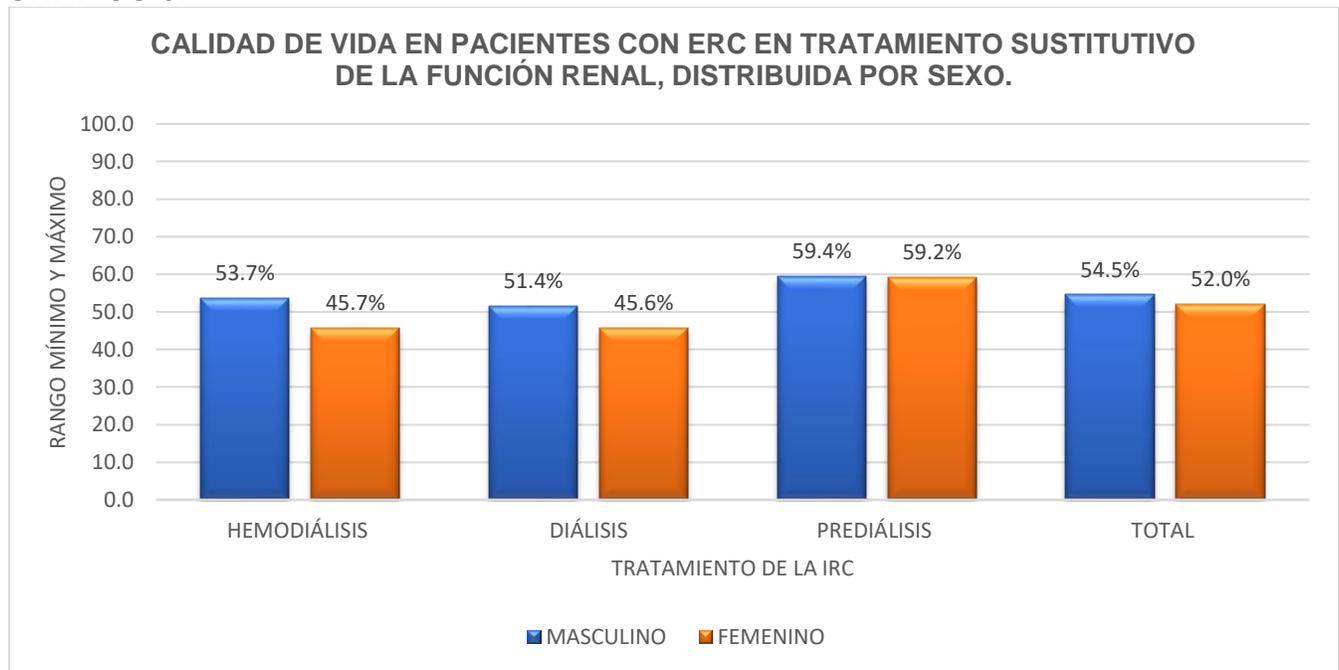
FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

TABAL 9. VALORES DE LAS DIMENSIONES DEL SF-36 Y PROMEDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL, DISTRIBUIDOS POR SEXO.

ÍTEMS/TRATAMIENTO	GENERAL		HEMODIÁLISIS		DIÁLISIS		PREDIÁLISIS	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
FUNCIÓN FÍSICA	52.5	45	51.5	39.7	53.0	36.5	52.8	52.6
ROL FÍSICO	47.3	40.1	51.5	16.7	35.2	36.5	60	56
ROL EMOCIONAL	52.1	51.6	51.0	46.7	45.7	43.6	61.7	58.7
VITALIDAD	55.9	51.6	55	44	49.6	48.8	65.3	57.6
SALUD MENTAL	68.1	64.4	68	62.1	65.0	61.8	72.2	67.0
FUNCIÓN SOCIAL	61.3	58.5	56.6	55	64.8	49.0	60.6	65.5
DOLOR CORPORAL	58.2	59.9	56.2	59.2	59.9	51.0	57.8	64.9
SALUD GENERAL	40.6	45.4	40	42.3	37.8	37.7	45	51.2
MEDIA TOTAL	54.5	52.0	53.7	45.7	51.4	45.6	59.4	59.2

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 9.



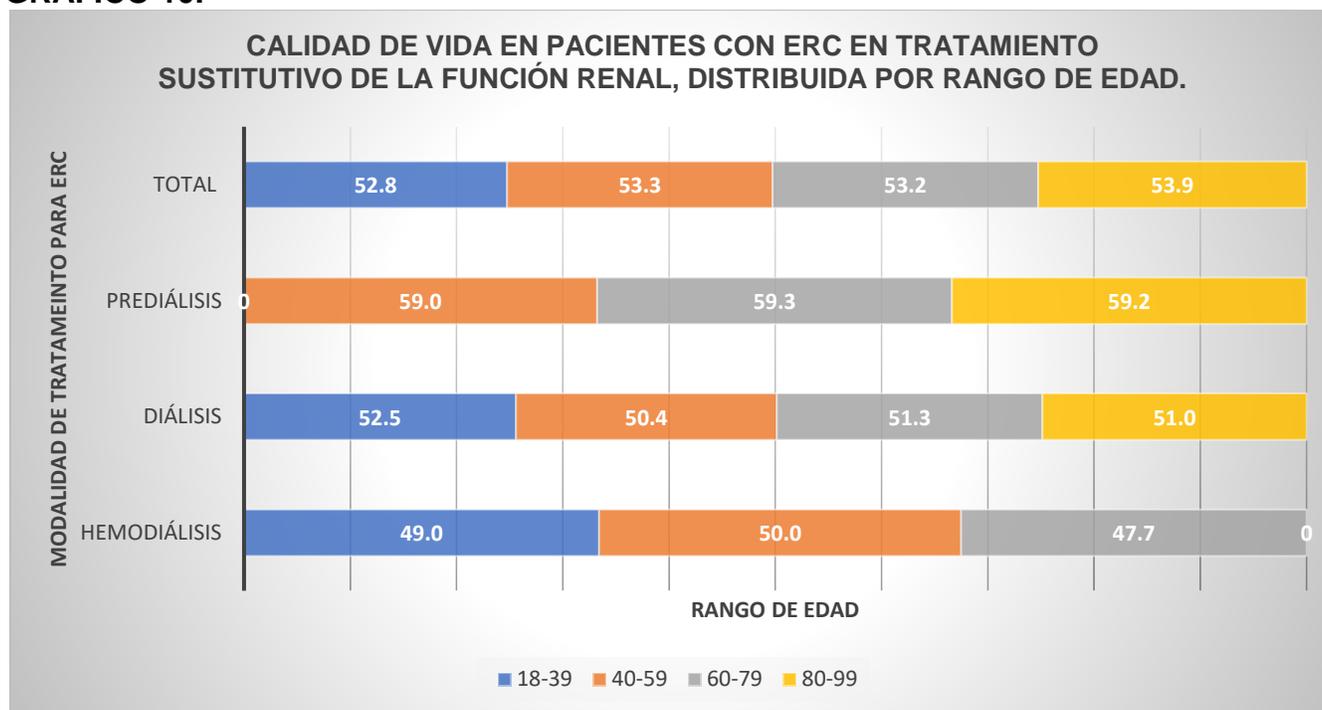
FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

TABLA 10. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL, DISTRIBUIDOS POR RANGO DE EDAD

EDAD	HEMODIÁLISIS	DIÁLISIS	PREDIÁLISIS	TOTAL
18-39	49.0	52.5	NA	52.8
40-59	50.0	50.4	59.0	53.3
60-79	47.7	51.3	59.3	53.2
80-99	NA	51.0	59.2	53.9

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 10.



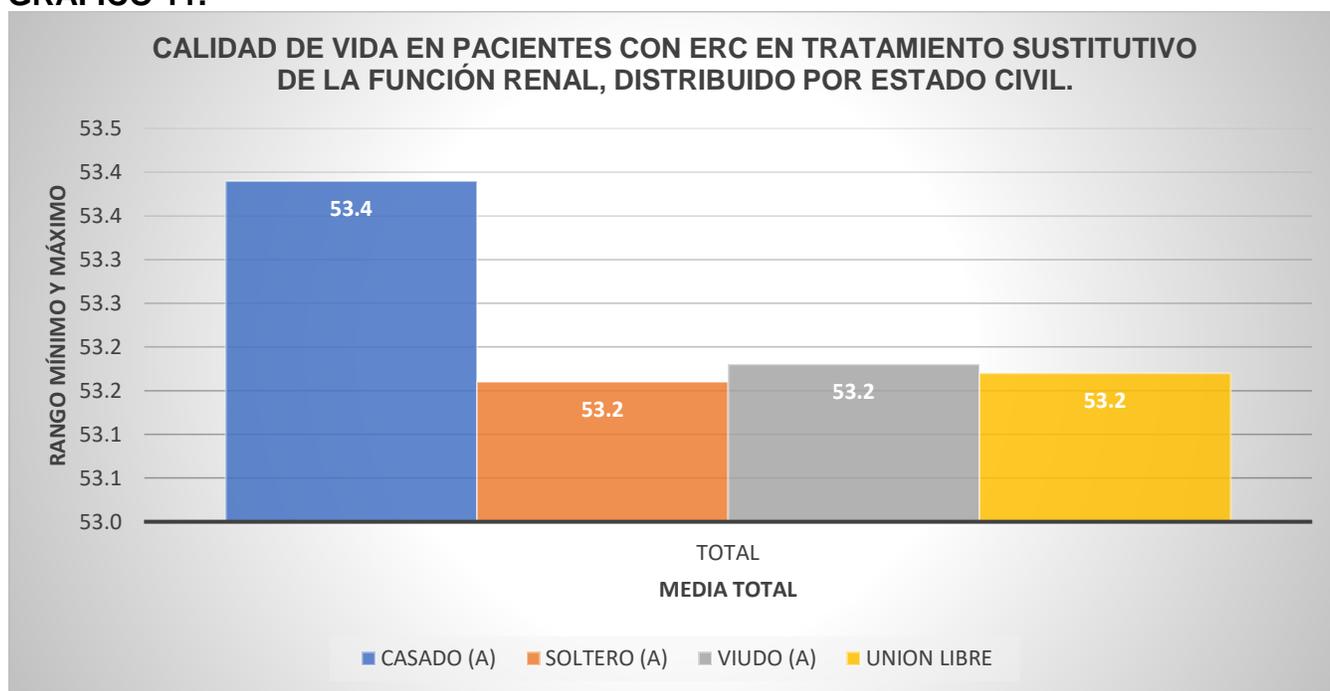
FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

TABLA 11. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL, DISTRIBUIDOS POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	HEMODIALISIS	DIALISIS	PREDIALISIS	TOTAL
CASADO (A)	50.0	51.3	58.8	53.4
SOLTERO (A)	48.8	50.8	59.3	53.2
VIUDO (A)	48.3	51.4	59.3	53.2
UNION LIBRE	31	52.7	60.9	53.2

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 11.



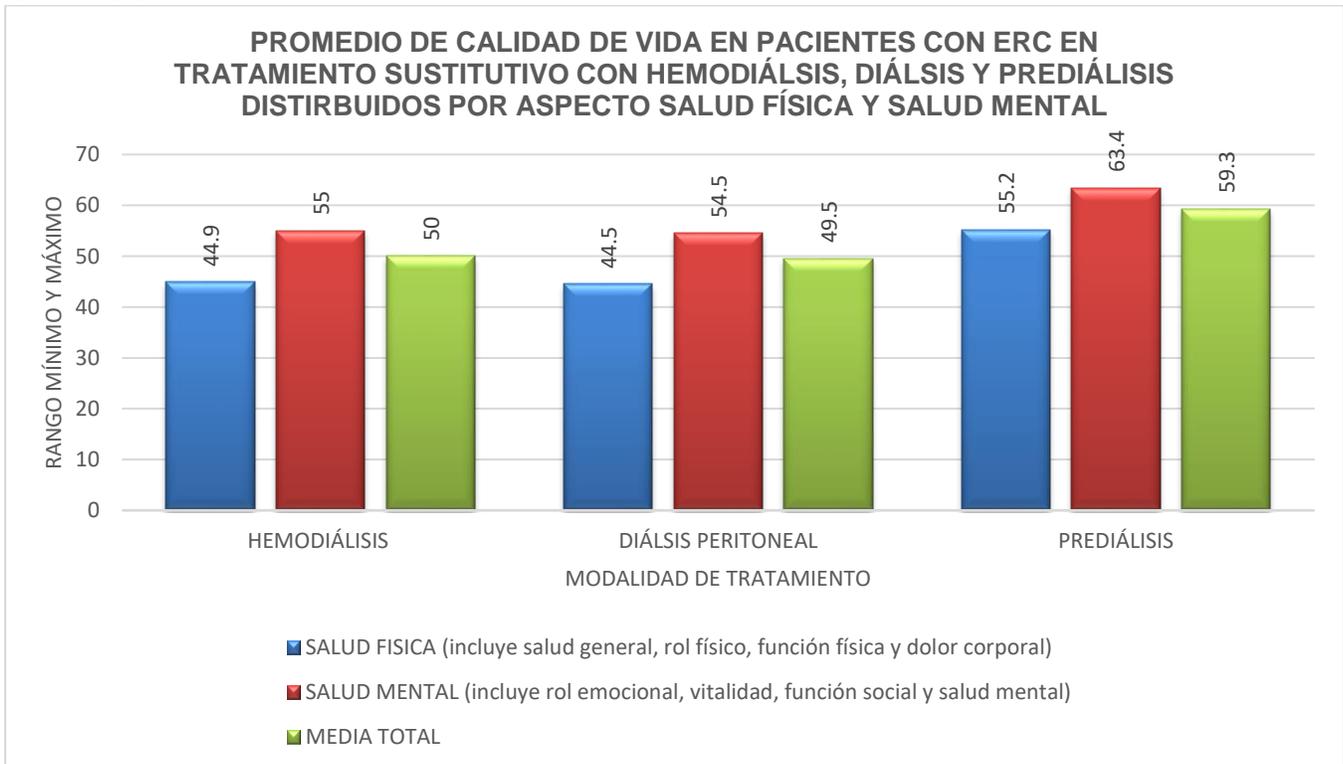
FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

TABLA 12. PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS, DIÁLISIS Y PREDIÁLISIS DISTRIBUIDOS POR ASPECTO SALUD FÍSICA Y SALUD MENTAL.

MODALIDAD DE TRATAMIENTO	SALUD FISICA (incluye salud general, rol físico, función física y dolor corporal)	SALUD MENTAL (incluye rol emocional, vitalidad, función social y salud mental)	MEDIA TOTAL
HEMODIÁLISIS	44.9	55	50
DIÁLISIS PERITONEAL	44.5	54.5	49.5
PREDIÁLISIS	55.2	63.4	59.3

FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

GRÁFICO 12.



FUENTE: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN LA UMF N° 61

9. DISCUSIÓN

La ERC es una patología que implica ciertas limitaciones para la persona que la padece y que involucra cambios en el desarrollo y la estructura familiar, influyendo así en la calidad de vida. El objetivo del presente estudio fue determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis, diálisis peritoneal y hemodiálisis, ya que existe poca bibliografía que documente este aspecto.

Con relación a las variables sociodemográficas, corresponden en similitud a los estudios encontrados, como lo demuestra un estudio realizado en Colombia ⁽¹⁷⁾ en donde la población estudiada tenía entre 61 y 70 años, que es el rango de edad predominante en nuestro estudio, con mayor cantidad de pacientes del sexo masculino, lo cual concuerda con nuestros resultados, esto puede estar asociado a los cambios sociodemográficos que la mayor parte de los países enfrenta, como el aumento de la esperanza de vida y, de los factores de riesgo inherentes asociados al género.

En el presente estudio se obtuvieron promedios bajos, respecto al punto de corte de 50, en la dimensión salud física (ítems salud general, rol físico, función física y dolor corporal), lo cual concuerda con el estudio de Lilian Barros-Higgins, *et. al.* ⁽¹⁷⁾, en donde la dimensión salud física puntuó en 33.4; con respecto a la evaluación de la salud mental, en el estudio colombiano se obtuvieron medias de 43.5, sin embargo, a diferencia de este último, en nuestro estudio, salud mental (ítems rol emocional, vitalidad, función social y Salud Mental), logró puntuarse por arriba del punto de corte de 50, lo cual puede deberse a las diferentes características de la muestra, como que en nuestro estudio se incluyeron pacientes en hemodiálisis y prediálisis, y no solo pacientes en tratamiento a base de diálisis, de igual manera, en nuestra población no se incluyeron pacientes hospitalizados, lo que podría influir en la adaptación de los pacientes a la enfermedad ⁽¹⁷⁾.

Hasta ahora, la mayor parte de los estudios sobre calidad de vida en pacientes con ERC se centran en aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento a base de diálisis y hemodiálisis, dejando de lado a aquellos pacientes que se encuentran en fase terminal aun sin recibir terapia de sustitución de la función renal, por lo que, en el estudio de María del Carmen Ruiz Parrado, *et.al.* ⁽¹⁴⁾, se incluyeron a 32 pacientes en ese estadio, si comparamos nuestros resultados con este estudio, podemos observar que el promedio de edad es similar al rango estudiado en nuestra muestra, al igual que el predominio de sexo estudiado; con respecto a las dimensiones más afectadas fueron: el rol físico, la salud general y la función física, que concuerda con nuestro estudio, sin embargo, si comparamos las medias obtenidas, se puede observar que se encuentran por arriba del punto de corte de 50 en nuestro estudio, lo cual puede deberse a las variadas características asociadas a la población, es decir, del control de las comorbilidades asociadas y a la mejor o peor adaptación del paciente a los cambios asociados a la enfermedad renal; aunque en lo que respecta a salud mental, tanto en el estudio de Ruiz Parrado como en el nuestro, la media sobrepasa el punto de corte, las cuales puntúan mejor que los aspectos de salud física en ambos estudios, lo que puede indicar una mejor habituación de los pacientes a la enfermedad, aunado a los factores psicosociales involucrados.

En oposición a los resultados obtenidos en el estudio del Hospital de Especialidades de Veracruz, México ⁽⁸⁾; el promedio de la calidad de vida de pacientes en diálisis y hemodiálisis, en el nuestro estudio, estuvo por debajo del punto de corte de 50, en comparación a la media de 55.6 puntos obtenidos en el estudio veracruzano, lo cual puede deberse a las diversidad de características de la muestra, ya que en nuestro estudio también se incluyeron a pacientes en prediálisis, quienes obtuvieron una mejor puntuación en calidad de vida, sobrepasando incluso el punto de corte, que finalmente influyó en el resultado total.

A diferencia del estudio realizado en el Instituto de Atención Renal Especializada (IARE), en la ciudad de Quito, las medias obtenidas en nuestro estudio fueron inferiores, tanto para la dimensión salud física como la dimensión salud mental, lo cual puede explicarse, en parte, a la cantidad de población estudiada, que en el estudio del IARE fue de 23 pacientes vs 117, de igual manera la media obtenida en la dimensión física puntúo mejor que la obtenida en salud mental, que es opuesto a lo que en este estudio se encontró, es decir, se puntúo mejor salud mental que salud física, esto puede deberse a los diversos factores psicosociales que interfieren en la salud de estos pacientes, como el aislamiento social o la depresión, a consecuencia del deterioro físico que conlleva la propia enfermedad.

Como se puede observar, la mayoría de los estudios concuerda que existe un deterioro de la calidad de vida en los pacientes con ERC, y que la dimensión mayormente afectada es la física, más aún que la esfera mental, debido al deterioro que conlleva la propia enfermedad, siendo tal que, la actividad física para este grupo de pacientes, deberá ser individualizada y controlada por un profesional.

10. CONCLUSIONES

La presente investigación se realizó con la participación de 117 pacientes en tratamiento con hemodiálisis, diálisis o prediálisis, a los cuales se les aplicó el cuestionario SF-36, con la finalidad de evaluar la calidad de vida que estos mantienen, con enfoque prioritario a las dimensiones salud física y salud mental.

De acuerdo a lo observado en el presente estudio, podemos concluir que la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica, se ve afectada por la propia historia natural de la enfermedad. La salud física se deteriora incluso más que la salud mental, y no necesariamente por el tiempo que han convivido con la enfermedad, sino más bien por la red de apoyo con la que cuentan o no y por la limitación física que presentan, es decir, el no poder cumplir con las expectativas de vida que tenía previo a la enfermedad, termina afectando secundariamente a la salud mental y, una vez instaurado el daño, éste influirá en su salud física, creando un círculo que hay que romper para mejorar la calidad de vida en pacientes con estas características.

Considerando lo anteriormente descrito, sería óptimo enfocar el desarrollo de programas dirigidos al paciente y enfocados en mejorar las dimensiones de calidad de vida, principalmente salud física y mental, de tal manera que estos programas incluyan ejercicios terapéuticos que se puedan individualizar, con la finalidad de mejorar el estado físico y evitar que el sedentarismo incremente, lo que también beneficiará el estado anímico de la persona, favoreciendo su interacción social, siempre con el objetivo de que la calidad de vida mejore.

Siendo conscientes de que la ERC ejerce influencia sobre la calidad de vida, sería conveniente que los pacientes acudieran precozmente a los servicios de nefrología y se pusieran a disposición de un equipo multidisciplinario, ya que es crucial el control de todas las variables que intervienen en la enfermedad renal, para así poder prevenir complicaciones y retrasar la afectación en la calidad de vida que esta enfermedad condiciona.

Aunado a lo anterior, se deberá facilitar la continua preparación del médico especialista en medicina familiar con una oferta académica que le permita el abordaje integral y la vigilancia del estado y evolución de la calidad de vida y la valoración interdisciplinaria, junto con ello la adecuada preparación en el manejo y uso de instrumentos que midan la CVRS en su dimensión biopsicosocial, que permitan obtener conocimiento de la percepción del estado de salud de forma integral y el efecto de la enfermedad y su tratamiento en el paciente.

Ahora bien, aunque la principal limitación de nuestro estudio hace referencia al tamaño muestral utilizado, los resultados son similares a los obtenidos en otras investigaciones, y aunque podría considerarse un tamaño muestral bajo, la investigación fue propuesta a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, y la mayoría de ellos aceptaron participar en el estudio. El principal motivo del número relativamente reducido de participantes, es que por las condiciones epidemiológicas actuales y debido a que la mayor parte de los participantes son personas de la tercera edad, no acuden en tiempo forma a su cita médica, lo que redujo drásticamente el número de participantes disponibles. Otra limitación que puede ser considerada, es aquella asociada a las comorbilidades con las cuales los pacientes conviven, ya que estas pueden estar influenciando la calidad de vida incluso más que la propia enfermedad o el tratamiento que recibe.

Se sugiere realizar estudios a futuro que incorporen a pacientes en prediálisis, diálisis y hemodiálisis, ya que existe poca información en donde se incluya la amplia gama de pacientes renales, siendo que la mayoría se enfoca solo en alguna de las formas de tratamiento; además se pueden considerar a aquellos pacientes con transplante renal como modalidad de tratamiento. Aunque el presente estudio fue primordialmente descriptivo, hacer la comparativa con grupos control sanos o involucrar variables como los factores psicosociales o las comorbilidades asociadas puede dimensionar a la calidad de vida desde una perspectiva diferente.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease.
2. USRDS (US Renal Data System 2020).
3. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2019
4. Ceballos M, López-Revuelta K, Saracho R, García López F, Castro P, Gutiérrez JA, et al. Informe de diálisis y trasplante correspondiente al año 2002 de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos. *Nefrología* 2005; 25.
5. Gómez Campderá F, Luño J, García de Vinuesa MS, Valderrábano F. Criterios de inclusión en diálisis y mortalidad precoz. *Nefrología* 2.
6. Insuficiencia renal crónica. En: Beers MH, Berkow R, editores. *Manual Merck de Geriátría*. 2.^a ed. Madrid: Harcourt; 2001. p. 951-964.
7. Rafael Valdez. *Trasplante Renal. El residente*. Vol. 3 Número 3. Septiembre-diciembre 2008 pp 97-103.
8. José Ramón Ramos-Alcocer, Omar Israel Salas-Nolasco, Josué Elí Villegas-Domínguez, et al. Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica. *Archivos en Medicina Familiar* Vol.23 (2) 75-83 2021.
9. Tsai, W CH, Wu HY, Peng YS, Ko MJ, Wu M Sh, Hung KY, Wu KD, Chu T Sh, Chien KL (2016). Risk Factors for Development and Progression of Chronic Kidney Disease. A Systematic Review and Exploratory Meta Analysis. *Medicine*; 95 (11): 1–9.
10. Tamayo y Orozco JA. Implicaciones de la ERC para pacientes, familias y sociedad. En: Tamayo y Orozco. *La enfermedad renal crónica en México*. México, Intersistema editores, 2016; 19 – 22.
11. Dehesa-López E, Correa-Rotter R, Olvera-Castillo D, González-Parra C, Baizabal- Olarte R, Orozco-Vega R. Transcultural adaptation and validation of the Mexican version of the kidney disease questionnaire KDQOL SF36 version 1.3. *Qual Life Res*. 2017;26(1):193–8.
12. Gemma Vilaguta, Montse Ferrera, Luis Rajmilb, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135-50.
13. Ana Rebollo-Rubio, José M. Morales-Asencio, M. Eugenia Pons-Raventos, et al. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología* 2015;35(1):92-109.
14. María del Carmen Ruiz Parrado, Mercedes Gómez Pozo, et al. Análisis de la calidad de vida del paciente en la etapa prediálisis. *Enferm Nefrol* 2017: julio-septiembre; 20 (3) 233/240.

15. Rosa María González-Tamajón, Carmen Jiménez-Prieto et al. Análisis de la calidad de vida del paciente en prediálisis y su relación con la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria. *Enferm Nefrol.* 2020 oct-Dic;23(4):361-370.
16. Carmen M. Perales-Montilla, Ana García-León, Gustavo A. Reyes-del Paso. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología* 2012;32(5):622-30.
17. Lilian Barros-Higgins, Yaneth Herazo-Beltrán, Gustavo Aroca-Martínez. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev. Fac. Med.* 2015 vol. 63 No. 4: 641-7.
18. Françoise Contreras, Gustavo Esguerra, Juan Carlos Espinosa, et al. Calidad de vida y adhesión al Tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 5 (3): 487-499, octubre-diciembre de 2006.
19. Aguilar Pérez, Salazar Cárdenas. Aplicación del Short Form-36 Health Survey (Sf-36) para evaluar la calidad de vida de los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en Tratamiento de Hemodiálisis del Instituto de Atención Renal Especializada (Iare) en el mes de septiembre del 2016. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. Quito, marzo 2017.
20. Álvarez Rangel LE et al. Calidad de vida en receptores de trasplante renal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53 Supl 1: S66-73.

12. ANEXOS

Investigador Responsable: Dra. Mayra Adoraim Aguilar Gonzalez Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la UMF 61. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs. al teléfono 5527940400 ext. 157, o bien; puede acudir a esta unidad con domicilio Av. 16 de septiembre No 39 Esq. Con Jardín, Col San Bartolo Centro CP 530000 en el mismo horario y días.

Colaboradores: Dr. Juan Carlos Hernández Rivera, Dra. Irene Padrón Martínez, Dr. Eduardo Ríos Camacho.
Tesisista: Dra. Edith Martínez Rosales Residente de Medicina Familiar.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 1503. Hospital General de Zona No. 58 del IMSS: Periférico Norte Sin Número, Colonia Santa Mónica, Naucalpan de Juárez, Estado de México de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00 hrs.

_____ Nombre, firma y fecha del participante	_____ Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria _____ Nombre, relación y firma	Testigo 2 Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria _____ Nombre, 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

43



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61 NAUCALPAN
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD



CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Por favor conteste las siguientes preguntas. Si tiene alguna duda, puede preguntar y con gusto le responderemos.

Nombre: _____

Edad: _____

Número de seguridad social: _____

Sexo:

M

F

Estado civil: Soltero (a): Casado (a): Unión Libre: Viudo (a):

Tratamiento: Prediálisis Diálisis Hemodiálisis

Marque una sola respuesta

- En general, usted diría que su salud es
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
- ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - Mucho mejor ahora que hace un año
 - Algo mejor ahora que hace un año
 - Más o menos igual que hace un año
 - Algo peor ahora que hace un año
 - Mucho peor ahora que hace un año

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

- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para levantar o llevar la bolsa de la compra?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
 - a. Sí
 - b. No

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
 - a. Sí
 - b. No

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 - a. Sí
 - b. No

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
 - a. Sí
 - b. No

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
 - a. Sí
 - b. No

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
 - a. Sí
 - b. No

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
 - a. Sí
 - b. No

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Regular
 - d. Bastante
 - e. Mucho

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

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Sí, mucho
- f. Sí, muchísimo

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

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo alguna vez
- e. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

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

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA REGIONAL
ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas



Naucalpan, Estado de México a 7 de Julio del 2021.

Unidad de Medicina Familiar No 61

Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS)

Asunto: Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Por medio de la presente, me permito informar que No existe inconveniente alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

Título de la Investigación.

**"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN
PREDIALISIS, DIALISIS PERITONEAL Y HEMODIALISIS EN LA UMF No 61"**

Investigador Principal.

Dra. Mayra Adoraim Aguilar Gonzalez.

Investigadores asociados.

Dr. Juan Carlos Hernández Rivera

Dra. Irene Padrón Martínez.

Dr. Eduardo Ríos Camacho.

Investigación Vinculada a Tesis.

Si

Alumno (s):

Edith Martínez Rosales

Residente de Medicina Familiar en la UMF 61

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío cordial Saludo



DRA. DENISSE VIOLETA FARIAS HERNÁNDEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
CON URGENCIAS No 61.

Ccp. Investigador Principal
Ccp. CCEIS