



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

TESIS

Para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

María Fernanda Vega Santos

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Javier Alonso Trujillo

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, 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.

Contenido

Resumen	4
Introducción	5
Capítulo I Marco teórico.....	8
Marco conceptual.....	8
Calidad de vida.....	8
Desde la ERC hasta la IRC.....	9
Terapia de reemplazo renal (TRR).....	11
Diálisis Peritoneal	12
Hemodiálisis	15
Marco referencial	17
Antecedentes investigativos	18
Capítulo II Planteamiento del problema	21
Problematización.....	21
Pregunta de investigación	22
Justificación y relevancia.....	22
Hipótesis	23
Objetivos	24
Objetivo principal.....	24
Objetivos secundarios.....	24
Capítulo III Metodología.....	25
Tipo de investigación.....	25
Diseño de la investigación.....	25
Nivel de la investigación.....	26
Población de estudio	26
Unidad de estudio	27
Tamaño de la muestra	27
Tipo de muestreo	29
Cuadro de operacionalización de variables	29
Diseño del instrumento.....	31
Aspectos éticos	34
Fuente: Trabajo de campo	35
Plan de análisis estadístico descriptivo	36

Plan de análisis estadístico inferencial	36
Validación del instrumento	37
Validez de contenido	37
Validez de constructo	38
Confiabilidad del instrumento	40
Capítulo IV. Resultados	41
Variables de caracterización. Estadísticos	42
Distribución de los datos de la variable principal en cada TRR	47
Comparación de medias en medidas repetidas (DP VS Hemodiálisis)	48
Distribución de datos por dimensión en cada TRR	50
Comparación de medias por dimensión en cada TRR.....	51
Capítulo V. Discusión.....	59
Capítulo VI. Conclusiones.....	64
Referencias	66

Resumen

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad crónico-degenerativa que se ha convertido en un problema de salud pública desde hace ya varios años. En el estadio final de esta enfermedad, se inicia lo que se conoce como Terapia de Reemplazo Renal (TRR), la cual se aplica en alguna de sus modalidades dependiendo del estado de salud del paciente; diálisis peritoneal o hemodiálisis. Sin embargo, algunos estudios señalan que, independientemente de la modalidad, ocurre una disminución de la calidad de vida.

Objetivo: Comparar la condición que tienen acerca de su calidad de vida, pacientes que han recibido dos modalidades de TRR, diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Metodología. Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico que, mediante un diseño comparativo, permitió medir la condición de la calidad de vida en 78 pacientes seleccionados aleatoriamente. El instrumento de medición utilizado se denominó "Calidad de vida en la terapia dialítica". Este instrumento permitió cuantificar la variable principal a partir de un puntaje obtenido con las respuestas de los participantes. Por esta razón, el análisis comparativo consideró a la variable principal como numérica de razón y al promedio como el estadístico representativo del comportamiento de los datos.

Resultados. Los pacientes señalan como más favorable la calidad de vida en la modalidad de TRR hemodiálisis. La comparación de medias entre ambas modalidades sugiere una condición significativamente favorable en hemodiálisis respecto a diálisis ($p=0.000$). Asimismo, la comparación de la condición sobre la salud física, salud emocional, carga de la enfermedad y relaciones sociales y entorno, siempre favoreció significativamente a la hemodiálisis ($p<0.05$). Se concluye que la TRR hemodiálisis es señalada como un elemento que favorece una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida, Terapia de Reemplazo Renal, Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis Peritoneal, Diálisis Renal.

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se considera el destino final común a una constelación de patologías que afectan al riñón de forma crónica e irreversible (Lorenzo y Luis, 2022).

En el estadio final, la terapia de reemplazo renal (TRR) engloba la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal como parte del manejo de los pacientes.

La enfermedad crónica es un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (Montalvo-Prieto, Cabrera-Nanclares, Quiñones-Arrieta, 2014).

Dicha afectación no solamente se desarrolla hacia el riñón y dañando el funcionamiento anatómico y fisiológico, sino que, también afecta a la persona que la padece desde su diagnóstico en los primeros estadios hasta el estadio final en otros aspectos como psicológico, social, económico, etc.

Por otra parte, la calidad de vida es un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Existen estudios que han comparado a la vida en diálisis peritoneal, en hemodiálisis y en trasplante renal en cuanto a supervivencia, calidad de vida, depresión (salud mental), afrontamiento, entre otras líneas de investigación que tienen que ver con el conocimiento más allá de lo fisiológico de la enfermedad. Los resultados de dichos estudios no logran dejar claro que una modalidad tenga ventaja significativa respecto a la otra comparando únicamente diálisis peritoneal y hemodiálisis, esos mismos estudios claramente afirman que el trasplante renal es la mejor TRR, sin embargo, no todos los pacientes son candidatos o tienen la posibilidad de llegar a él (Caballero, Trujillo, Welsh, Martínez y Hernández, 2006; Chaparro, Rey y Acosta, 2008; Sánchez, Rivadeneyra y Pierre, 2016; López et al., 2017; Pérez-Fontán y Rodríguez-Carmona, 2019; Pérez, 2019).

La presente tesis contiene el capítulo I, que explica algunas generalidades de la ERC, así como de las TRR abordadas y la calidad de vida para el mejor entendimiento del contenido. En el capítulo II se plantea la problemática que circunda a los pacientes con IRC. En esta tesis se ha planteado como objetivo principal comparar la condición que tienen acerca de su calidad de vida, pacientes que han recibido dos modalidades de TRR, diálisis peritoneal y hemodiálisis. En el capítulo III se describe la metodología utilizada. Los participantes pertenecen a un mismo grupo de pacientes que estuvieron en dos programas de diálisis en distintos momentos, y de esta manera se estuvo en posibilidades de conocer cuál de las TRR fue señalada como un elemento que favoreció una buena calidad de vida.

La construcción de un instrumento de medición tipo documental permitió que los datos fueran obtenidos directamente de los pacientes que han vivido con estas dos terapias y cumpliendo con los criterios de selección aleatoria para que hubiera homogeneidad en las características de los participantes. El instrumento cumplió con los criterios de Valdez de contenido, constructo y confiabilidad, lo que permitió tener control en las mediciones realizadas.

Los resultados se obtuvieron desde un enfoque cuantitativo. La precisión y exactitud de las mediciones fue lo mejor posible, considerando siempre la existencia de una fracción de error en la medición (Muñiz, 2010). El análisis de los datos fue considerando a la variable de principal como una variable numérica en escala de razón, lo cual otorga mayor rigor científico al estudio y es sustentado por los principios de la Teoría de las escalas de medición (Stevens, 1946), en razón de que las variables numéricas poseen mayor cantidad de atributos respecto a las variables categóricas. En el capítulo IV describimos los resultados que arrojó el procesamiento de datos. La condición de una mejor calidad de vida se observa cuando los pacientes reciben la hemodiálisis.

En el capítulo V discutimos los resultados y al respecto se puede señalar que la presencia de enfermería es muy importante en el manejo de los pacientes con TRR, el personal debe conocer las características de cada una de las modalidades de la terapia. Si se conocen las dimensiones de la calidad de vida en las que los

pacientes se ven mayormente afectados, enfermería fortalecería los planes de cuidado hacia dichos pacientes con intervenciones específicas justo a las dimensiones con desventaja en cada TRR, y a la vez seguir trabajando en las dimensiones en donde no se ven tan afectados, para que a pesar de que los pacientes tienen una enfermedad crónica y viven con una terapia terminal, la calidad de vida sea señalada como aceptable, como una terapia beneficiosa y holística sea cual sea la modalidad. Finalmente, en el capítulo VI, concluimos que cuando un paciente recibe hemodiálisis, la condición que tuvo de su calidad de vida fue mejor que cuando recibió la diálisis peritoneal.

Capítulo I Marco teórico

Marco conceptual

A continuación, se hace una narrativa de las definiciones conceptuales de aquellas variables que participan en este trabajo de investigación.

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida abarca muchos aspectos, no sólo del ámbito de la salud, sino también de otras disciplinas como la psicología, sociología, antropología por mencionar alguna de ellas; pero siendo más específicos actualmente se incorpora en tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales (Cumminis, 2004).

Diversos autores definen la calidad de vida desde un punto subjetivo como lo es la satisfacción o insatisfacción hacia ciertas situaciones de la vida. (Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012). Por otro lado, la definen como algo objetivo y cuantitativo en donde, todos los involucrados en la persona, aportan a la ecuación que da como resultado la calidad de vida de esta (Shaw, 1977).

Se trata de una evaluación multidimensional, de acuerdo con ciertos criterios interpersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo (Lawton, 2001).

De esta manera y con base en más definiciones del término, se puede decir que la calidad de vida es el nivel percibido y señalado de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno. La calidad de vida puede ser afectada por diversos factores internos y externos.

Existen enfermedades crónicas que aumentan el deterioro de la calidad de vida, ya que modifica los hábitos de las personas que la padecen en muchos aspectos de su vida. La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al efecto de una determinada enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo, desde su

perspectiva personal, que incluye los síntomas, así como el funcionamiento físico y social (Thompson, 2003).

Desde la ERC hasta la IRC

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como una disminución de la función renal demostrada por la Tasa de Filtrado Glomerular (GFR) de menos de 60 mL/min en 1.73m², o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente (CENETEC, 2019). La incidencia, la prevalencia y la progresión de la ERC varía entre países de acuerdo con el origen étnico y a los determinantes sociales de la salud, posiblemente por una influencia epigenética. (Webster, Nagler, Morton y Masson, 2017). La etiología de la ERC puede ser multifactorial, secundaria a daño renal por factores bioquímicos, anatómicos, genéticos o completamente desconocidos. En México, la principal causa de ERC se atribuye a la Diabetes Mellitus, lo que se conoce como Nefropatía diabética.

Tabla 1. Causas más frecuentes de la ERC

En el adulto	En el pediátrico
Diabetes Mellitus	Glomerulonefritis
Hipertensión arterial	Malformaciones congénitas
Glomerulopatías crónicas	Procesos obstructivos congénitos
Poliquistosis renal	Enfermedades hereditarias
Procesos obstructivos	
Ingesta crónica de analgésicos antiinflamatorios	
Nefropatía tubulointersticial	
Colagenopatías	
Preeclampsia	
Malformaciones congénitas	
Trauma renal	
Intoxicación	

Fuente: Nefrología para enfermeros (Méndez y Rivera, 2017).

Figura 1. Clasificación de la Enfermedad Renal Crónica

KDIGO 2012 Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73m ²)			Albuminuria Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderada- mente elevada	Gravemente elevada
			< 30 mg/g ^a	30-300 mg/g ^a	> 300 mg/g ^a
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	< 15			

FUENTE: Guías KDIGO (2012)

Se ha clasificado en cinco estadios, dividiendo en G1 a G5, subdividiendo al G3 en Ga y Gb; y también tomando en cuenta el nivel de albuminuria (subdividido en 3 grados también). Agregado el nivel de albuminuria que, en conjunto, determinan el grado de ERC. El G5 se refiere a la Insuficiencia Renal Crónica terminal (IRC), en donde debe iniciarse una terapia sustitutiva de la función renal o TRR (CENETEC, 2019).

La ERC es un proceso multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente conduce a un estado terminal en el cual la función renal se encuentra lo suficientemente deteriorada como para que el paciente fallezca o necesite TRR, es decir, diálisis, hemodiálisis o trasplante. (CENETEC, 2019).

Terapia de reemplazo renal (TRR)

Es un recurso terapéutico de soporte renal en cualquiera de las modalidades: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal (CENETEC, 2014).

Es una técnica de purificación de la sangre que permite la eliminación del exceso de agua y toxinas (Fayad, Buamscha y Ciapponi, 2018).

Esta es llevada a cabo mediante sistemas intracorpóreos, como lo es la Diálisis peritoneal (DP), o extracorpóreos como lo es la hemodiálisis. Al perderse la función renal, debe sustituirse con alguno de estos sistemas de manera inmediata al diagnóstico, ya que, si no se hace de esta manera, el paciente puede presentar una serie de complicaciones agudas que puede llevarlo a la unidad de cuidados intensivos por la descompensación hidroelectrolítica y hemodinámica grave de no llevar a cabo la función renal por sí mismos.

La elección de la modalidad de TRR se lleva a cabo desde la perspectiva médica valorando principalmente la salud física y complicaciones actuales (si no se lleva a cabo planificadamente). Si es el caso contrario y el proceso es planificado, se toman en cuenta aún más aspectos de la vida de los pacientes. Cabe mencionar que la elección siempre será la que otorgue mayor beneficio según las condiciones del paciente, las comorbilidades que presente y respetando su libertad de elección dentro de lo posible.

El proceso de información y de elección de la modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica constituye un derecho del paciente y una etapa clave para el tratamiento de la persona que padece dicha enfermedad. Esta elección influirá posteriormente en el estilo y calidad de vida del paciente, así como en el de sus cuidadores (Pastor y Julián, 2010).

Actualmente existen distintas y variadas modalidades de TRR:

La DP incluye en sus diferentes modalidades, continua e intermitente (diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), diálisis peritoneal continua cíclica

(DPCC), diálisis peritoneal automatizada (DPA) y diálisis peritoneal continua intermitente (DPCI)).

La hemodiálisis en sus diferentes técnicas (hemofiltración, hemodiafiltración, hemodiálisis de alto flujo, etc.)

Y el trasplante renal, que puede ser de un donante vivo que sea familiar, no familiar o donante cadavérico.

Diálisis Peritoneal

La diálisis peritoneal es una modalidad dialítica de depuración extrarrenal que consiste en la infusión de solución de diálisis a la cavidad peritoneal, donde permanece un tiempo determinado para dar lugar al intercambio de solutos y pérdida de agua a través de los principios de ósmosis, difusión y ultrafiltración, para posteriormente ser drenados de la cavidad (Rodríguez y Saucedo, 2018).

Las indicaciones para iniciar el tratamiento con diálisis peritoneal varían de acuerdo con factores demográficos, sociales y biológicos. Las contraindicaciones se consideran a partir de los mismos factores, considerando como principal factor la ausencia de cavidad peritoneal con membrana permeable, las comorbilidades que presente el paciente (como obesidad mórbida, diabetes, enfermedades gastrointestinales que afecten anatómicamente, trastornos psiquiátricos), y la inestabilidad domiciliaria, ya que se requiere un minucioso cuidado en esta modalidad.

Para una mejor comprensión de lo que implica la DP, en la tabla 2 se mencionan los principios fisicoquímicos que caracterizan al fenómeno de la diálisis.

Tabla 2. Principios fisicoquímicos de la diálisis

Difusión	Transporte pasivo de solutos a través de una membrana semipermeable, producida por la diferencia de concentraciones en ambos lados de la membrana, hasta alcanzar una distribución uniforme.
Ósmosis	Movimiento de líquidos a través de una membrana semipermeable desde un área de menor concentración de solutos hacia una de mayor concentración por arrastre de líquidos.
Ultrafiltración	Extracción de líquido o agua ejerciendo una fuerza, que puede ser hidrostática u osmótica a través de la membrana semipermeable.
Convección	Paso de solutos a través de una membrana permeable a los mismos, arrastrados por un flujo de agua.

Fuente: Diálisis peritoneal. Enseñanza y autocuidado (Rodríguez y Saucedo, 2018).

La DP, en cualquiera de su modalidad, maneja un procedimiento estándar en el siguiente orden: drenaje, infusión, estancia y desconexión (Rodríguez y Saucedo, 2018). Este procedimiento es posible gracias a un acceso o catéter que sirve de conexión del medio externo hacia el medio interno, por donde pasa el líquido dializante, y es drenado finalmente. El cuidado al catéter y orificio de salida es fundamental en la terapia, de otra manera, se tiende a las complicaciones agudas.

Los tipos de DP que más se utilizan actualmente son:

Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). El paciente durante las 24 horas del día permanece con líquido en la cavidad, que debe ser recambiado

manualmente de 3 a 4 veces al día y 1 en la noche. Necesita de la participación activa de un cuidador para su proceso. Es totalmente manual y requiere de mucho cuidado para no ser infectado por una mala técnica. El volumen de infusión por intercambio depende de la superficie corporal, la tolerancia a la presión intraabdominal y las necesidades de diálisis del paciente (Mejía et. al 2019).

Diálisis peritoneal automatizada (DPA). Esta modalidad requiere la utilización de una máquina que automáticamente, después de ser programada, es encargada de ciclar y realizar los intercambios de acuerdo a las características de cada paciente y lo prescrito por el personal de salud. Dentro de ella, existen subdivisiones, las más utilizadas son:

Diálisis peritoneal nocturna intermitente (DPNI). Esta denominación implica que el tratamiento se realiza en general en horario nocturno mientras el paciente duerme; se programa la cicladora en cuanto al número de ciclos, volumen y concentración osmótica del dializado, permanencia de cada ciclo y tiempo total de diálisis, habitualmente entre 8 y 10 horas (Roberto,2016). El paciente es más independiente en esta modalidad debido a que la calidad únicamente se encuentra con líquido por la noche, y durante el día puede realizar sus actividades normalmente.

Diálisis peritoneal continua cíclica (DPCC). De la misma manera, la mayor parte del tratamiento es llevado a cabo durante la noche, pero a diferencia de la anterior, al final se deja un recambio dentro de la cavidad, por lo que permanece con líquido en la cavidad durante el día, sin necesidad de drenar éste, hasta la noche. La modalidad de diálisis afecta la calidad de vida según las actividades del paciente (Mejía, et al. 2019).

El papel de enfermería en la educación para la salud a los pacientes en diálisis peritoneal es fundamental para una adecuada técnica, autocuidado y afrontamiento del paciente y el cuidador. Existen programas de capacitación brindados por personal de enfermería que permiten una mejor adaptación al tratamiento.

Hemodiálisis

La hemodiálisis es un método sustitutivo de la función renal extracorpóreo que tiene como objetivos eliminar los azoados (urea y creatinina) y restablecer el equilibrio hidroelectrolítico y el equilibrio ácido-base, mediante la extracción continua de sangre del paciente (a través del implante de un acceso vascular) hacia el dializador o filtro en donde se equilibran líquidos, electrolitos y ácido bases, mediante mecanismos físico químicos (osmosis, convección y difusión), siendo luego devuelta la sangre “purificada” hacia el paciente a través del mismo acceso vascular formando un circuito cerrado, todo impulsado por una bomba (Silva, 2016).

Existen diferentes técnicas de hemodiálisis tomando en cuenta la necesidad del paciente, tipo de dializador, permeabilidad y biocompatibilidad.

Los elementos esenciales para la realización de la hemodiálisis son:

Máquina de diálisis. Sirve como bomba para el procesamiento de la sangre desde la extracción, purificación (con ayuda del filtro) y retorno al paciente. Cuenta con tres módulos: monitor, encargado de la visualización del tratamiento y las descripciones y prescripciones del tratamiento actual del paciente. Mecánico, que es el que actúa como bomba, teniendo una dinámica automática con el ensamblado de las líneas. Y hidráulico, que se encarga de mantener el bicarbonato y ácido así manteniendo un equilibrio ácido-base en el paciente (Fresenius Medical Care, 2020).

Dializador. Es el dispositivo que también se llama “riñón artificial”, porque actúa como membrana semipermeable y cuenta con una superficie creada a base de poros que realizan el filtrado de la sangre. Está fabricada de celulosa regeneradora y otros materiales sintéticos que procesan el líquido dializante junto con la sangre para una purificación exitosa y sustitución de la función renal. El líquido dializante está compuesto por electrolitos, bicarbonato y glucosa, elementos encargados de la regulación osmótica, hidroelectrolítica del paciente.

Acceso vascular. Se necesita de un medio de conexión entre la sangre y el riñón artificial o dializador, para ello la sangre del paciente puede ser extraída mediante cuatro tipos de acceso vasculares: catéter venoso central temporal no tunelizado, catéter venoso permanente tunelizado, fístula arteriovenosa e injertos (Sosa-Barrios, Burguera-Vion y Gomis-Couto, 2021). Los catéteres tienden a las complicaciones debido a su exposición directa con el medio exterior al momento de la conexión-desconexión. Se necesita de una vena y una arteria para crear la fístula arteriovenosa. El vaso se vuelve más ancho, por lo que es posible el manejo de un volumen alto de sangre. Es el acceso ideal para los pacientes debido a su menor riesgo de complicaciones.

Marco referencial

Existe un modelo en donde se hace mención que la calidad de vida tiene que ver con las condiciones de vida y la satisfacción de la vida de la persona; en este caso los pacientes con IRC, por lo que relacionamos la calidad de vida con las TRR que han recibido (Cardona y Agueldo, 2005).

Debido a que la diálisis peritoneal en la bibliografía describe una mejor funcionalidad y supervivencia cuando se tiene como TRR, varios autores mencionan que es la mejor opción de terapia para la IRC porque su uso inicial en el estadio 5 da un mejor pronóstico de vida al paciente (Zúñiga, 2021).

Sin embargo, el concepto de calidad de vida engloba muchos más aspectos, en donde se observa que la hemodiálisis favorece dimensiones como lo son estado psicológico, entorno, nivel de independencia, por los tiempos y cantidad de veces que reciben los pacientes la terapia y su adaptación con la vida diaria.

Por lo anteriormente señalado, la relación que tiene cada una de las modalidades de TRR con una condición o señalamiento favorable de la calidad de vida en los pacientes es todavía un tema en debate. Cada una de las modalidades TRR podría tener ventajas y desventajas respecto a la forma de experimentar la IRC, y tal vez cada paciente pueda tener su propio significado de lo que es la calidad de vida. Por esta razón, se necesario investigar esta relación, pues una de las principales virtudes del cuidado de enfermería es la de proporcionar las mejores condiciones para que las persona vivan con su enfermedad procurando que tengan la mejor calidad posible de vida. Ahora bien, debemos tener en cuenta que el cuidado de enfermería deberá propiciar que el paciente tenga salud física, salud mental, que la carga de la enfermedad sea prudente y que no existe deterioro en sus relaciones sociales ni en su entorno familiar, laboral y social.

Antecedentes investigativos

La investigación en nefrología debe ser constantemente actualizada dependiendo el panorama actual de las enfermedades propias que afectan al riñón, ya que, con el transcurso de los años, los resultados obtenidos a través de ellas van modificando las cifras, por lo tanto, los tratamientos y acciones encontradas deben mejorar las líneas de investigación y el manejo de las enfermedades.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2016) describió las características sociodemográficas de 55,101 pacientes atendidos con terapias dialíticas. La diabetes mellitus ocupó el primer lugar como causa primaria, seguida de hipertensión arterial, enfermedades glomerulares y riñones poliquísticos; los grupos de edad más afectados fueron los de 40 a 59 años y 60 a 69 años, con un promedio general de 62 años; la proporción de los métodos dialíticos fue de 42% hemodiálisis y 58% diálisis peritoneal. (Méndez y Rivera, 2017).

Un estudio que se realizó a 101 pacientes adscritos al módulo de diálisis en el Hospital General Regional de Orizaba se le aplicó el formato corto de la escala (KDQOL SFTM V1.3), con un muestreo de conveniencia, en donde 33 estaban en programa de hemodiálisis, 17 en diálisis peritoneal continua ambulatoria y 33 en diálisis peritoneal automatizada, con una media de edad de 46 años. Se obtuvieron las medias por dominios en donde todas fueron menores en hemodiálisis en comparación con ambos programas de diálisis, así como el valor $p=0.000$ encontrando diferencias significativas entre tener una modalidad y la otra (Caballero et al., 2006).

En un estudio realizado a 120 pacientes sometidos a los tres tipos de TRR: 40 en hemodiálisis, 40 en diálisis peritoneal y 40 en trasplante renal, se buscó comparar la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento hacia dichas terapias. Con la aplicación de dos instrumentos que miden respectivamente lo anterior mencionado, se encontró que los pacientes con trasplante renal tienen la mejor calidad de vida comparado entre los tres grupos tomando en cuenta la media y desviación estándar, por otro lado, la hemodiálisis y diálisis peritoneal tuvieron puntajes similares; haciendo hincapié en que los pacientes en hemodiálisis

reportaron mayor nivel de independencia respecto a los de diálisis peritoneal ($p=0.031$), por el contrario, una diferencia significativa fue en la confrontación hacia la enfermedad mayor en los pacientes con diálisis ($p=0.014$). Comparando ambas variables, se encontró que los pacientes tienen diferencias significativas dependiendo las variables de caracterización, favoreciendo la calidad de vida y el afrontamiento a las personas de sexo femenino, con estudios universitarios, de estado civil casados o en unión libre (Chaparro et al., 2008).

Otro estudio evaluó la calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla ($N=67$), ninguno de los pacientes obtuvo una calidad de vida buena, únicamente mala calidad de vida con una media de 22,38% y calidad de vida regular con 76,12%. Los dominios más afectados fueron salud social y salud física, mientras que los dominios psicológico y ambiental resultaron con medias más altas. (Sánchez, Rivadeneyra y Pierre, 2016).

En un estudio realizado en el Hospital Central Norte de Pemex se aplicó la escala *The Kidney Disease Quality of Life* (KDQOL SF-36) en donde se comparó la calidad de vida de los pacientes en diálisis peritoneal ($N=17$) y de los que tenían hemodiálisis ($N=25$) tras cuatro años de tratamiento, los resultados por dimensiones del instrumento e indicando el orden como diálisis peritoneal y hemodiálisis fueron 39.5 y 47% en efectos mentales ($p= 0.05$) , 34 y 35% en efectos físicos ($p=0.758$), 27 y 46% en enfermedad del riñón ($p=0.03$), 61 y 55%, en efectos de la enfermedad renal ($p=0.391$) y 71% en síntomas en ambos grupos ($p=0.893$). Por lo que se obtuvo una mejor calidad de vida para los pacientes en hemodiálisis para las dimensiones de efectos mentales y enfermedad del riñón (López et al., 2017).

En una actualización de los resultados se reportan los siguientes datos: la diálisis peritoneal proporciona una ventaja inicial en la expectativa de supervivencia respecto a la hemodiálisis. A partir del 3º a 5º año de tratamiento (según estudios y subgrupos de población) esta diferencia se va difuminando, para acabar haciéndose favorable a largo plazo a la hemodiálisis. La calidad de vida en diálisis peritoneal y hemodiálisis depende más de las condiciones generales de salud de

los pacientes que de la técnica de diálisis. Cuando la selección de modalidad se hace de manera correcta, la modalidad elegida será, previsiblemente, la que aporte más calidad de vida (Pérez-Fontán y Rodríguez-Carmona, 2019).

Finalmente, se realizó un estudio de nivel relacional en donde se mide la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica encontrando que el 56% de los participantes fueron identificados que sufren mala calidad de vida durante su enfermedad. Algunos factores identificados a una mala calidad de vida comprenden no tener buenas relaciones interpersonales (59.5%), trabajo y desempeño laboral bajo (14.6%), nivel de economía (3.5%) (Pérez, 2019).

Capítulo II Planteamiento del problema

Problematización

La ERC es actualmente una de las patologías más relevantes en la medicina cuya resolución puede ser en el peor de los casos la IRC.

Se desconocen las cifras exactas a nivel mundial de la ERC, pero se aproxima que un 10% del total de la población adulta en el mundo padece esta enfermedad crónico-degenerativa.

En México la tasa anual de pacientes en diálisis es de 154.6 por millón de habitantes. Con tratamiento crónico (cuatro años o más) la calidad de vida varía con base en la funcionalidad de los pacientes, con aparentemente mayor repercusión con hemodiálisis, aunque pocos estudios señalan esta diferencia (López et al., 2017).

Al estar sometidos a una TRR los pacientes tienden a perder constantemente su “calidad de vida”, ya que la IRC afecta su esfera biopsicosocial.

Cada paciente tiene una reacción diferente a la terapia dialítica que recibe, de acuerdo con su anatomía, fisiología, adaptación, grado de autocuidado, nivel cultural y socioeconómico entre otros aspectos que involucran al ser humano.

A nivel fisiológico los primeros 2 años de inicio de la TRR hay una leve ventaja de la diálisis peritoneal sobre la hemodiálisis; por eso siempre que sea posible, de primera intención se consideraría iniciar la diálisis peritoneal antes que la hemodiálisis, hasta donde sea posible (Zúñiga, 2021).

La calidad de vida no solamente tiene que ver con la salud fisiológica, por lo que hay pacientes que expresan miedo a recibir hemodiálisis como terapia cuando se inicia ésta; sin embargo, con el paso del tiempo, los pacientes tienden a sentirse más cómodos en otros aspectos como su entorno y estado psicológico durante la terapia con hemodiálisis.

En esta tesis se propone analizar la condición que tienen los pacientes sobre su calidad de vida. Esta condición será comparada bajo dos modalidades de TRR. Diálisis peritoneal y hemodiálisis. Además, con la finalidad de profundizar en nuestro análisis, se propone realizar un análisis comparativo en función de las

dimensiones que integra a la calidad de vida: Salud física, salud emocional, carga de la enfermedad y relaciones sociales y de su entorno.

En virtud de lo anterior, la pregunta de investigación a responder con este trabajo de tesis es la siguiente:

Pregunta de investigación

- ¿Cuál es la condición de la calidad de vida de pacientes con IRC cuando recibieron diálisis peritoneal y cuando recibieron hemodiálisis?

La respuesta a esta pregunta nos permitirá comparar la calidad de vida durante la diálisis peritoneal y durante la hemodiálisis. Así se podrá identificar en cuál de ellas, si es que existe diferencia, ocurre una condición de calidad de vida favorable, o al menos, más favorable respecto de la otra.

Justificación y relevancia

La terapia de reemplazo renal cambia al paciente en su esfera biopsicosocial, desde el momento del diagnóstico de la insuficiencia renal, hasta el cambio de modalidad dentro de ésta en lo relacionado a la salud física, estado psicológico y vida social.

Esto nos lleva a analizar que se deben llevar a cabo intervenciones preventivas que eviten la aparición y progresión del daño renal desde antes de que los pacientes inicien un programa de diálisis y trabajar en otras estrategias que preparen física y psicológicamente a los pacientes para iniciar en condiciones óptimas la terapia de reemplazo de la función renal, sea diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal, en las mejores condiciones posibles para obtener mejores resultados y contribuir de manera eficaz en la mejoría de las condiciones de salud de los pacientes afectados por esta grave enfermedad (CENETEC, 2019).

La Enfermería Nefrológica implica mayor exigencia y responsabilidad de preparación específica que instruya a dominar los cuidados que permitan conseguir calidad y excelencia en los pacientes renales (Méndez y Rivera, 2017).

Desde hace varios años se ha buscado fomentar la cátedra de la nefrología en las escuelas tanto de pregrado como de posgrado (Méndez y Rivera, 2017).

Esta investigación permite conocer las dimensiones que favorecen a cada una de las terapias de reemplazo renal. A raíz de lo anterior las y los profesionales de enfermería contarán con información aportada por esta tesis para intervenir específicamente en aquellas dimensiones que tengan menor beneficio en los pacientes. Las intervenciones de enfermería podrían incluir programas de educación para la salud que enseñen a los pacientes un adecuado apego al tratamiento para crear conductas de autocuidado, salud física, salud mental, redes de apoyo, etc. y que además sirvan para fundamentar procesos de enfermería, en el área de especialización en nefrología y fuera de ella (es decir, en cualquier área en donde se encuentren los pacientes con necesidad de una TRR) con atención específica a las dimensiones de alarma que conduzcan a una mala calidad de vida, y así fortalecer la calidad de vida en los pacientes con diálisis y hemodiálisis con un plan de cuidados individualizado, y de esta manera poder ayudar a que la calidad de vida sea, dentro de lo que cabe, controlada por los pacientes en cualquier modalidad de TRR, con el apoyo del personal de enfermería.

Hipótesis

- Existe diferencia en la condición que tienen los pacientes respecto a su calidad de vida en cada una de las TRR. Probablemente, en pacientes con hemodiálisis la calidad de vida es señalada como favorable respecto a la diálisis peritoneal.

Objetivos

Objetivo principal

Comparar la condición que tienen acerca de su calidad de vida, pacientes que han recibido dos modalidades de TRR, diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Objetivos secundarios

- Seleccionar un grupo de pacientes que cumpla con los criterios apropiados
- Diseñar y validar un instrumento de tipo documental que permita la medición de las variables de estudio
- Caracterizar a las unidades de estudio participantes
- Aplicar métodos cuantitativos descriptivos a las variables del estudio
- Aplicar métodos cuantitativos inferenciales (comparar) a los datos obtenidos en el trabajo de campo

Capítulo III Metodología

Tipo de investigación

Fue un estudio con la siguiente taxonomía:

Observacional. No hubo intervención, solo se realizaron las mediciones en dos momentos diferentes, cuando se recibió DP y cuando se recibió hemodiálisis.

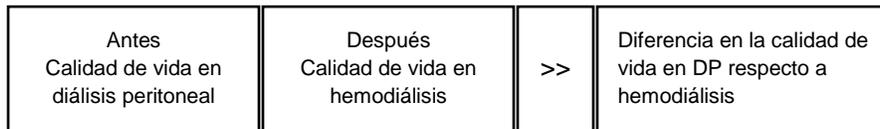
Prospectivo. Se tuvo control de las mediciones al diseñar y validar el instrumento de medición.

Longitudinal: Se realizó una medición de la calidad de vida referida a cuando el paciente recibió DP. Posteriormente, al mismo paciente se le realizó una segunda medición que correspondió al momento en que éste recibió hemodiálisis.

Analítico. El estudio incluye dos variables; La calidad de vida y la TRR (DP y hemodiálisis).

Diseño de la investigación

Figura 2. Diseño de la investigación



Diseño comparativo: Antes - Después

Este diseño consiste en comparar la magnitud de la variable principal (aleatoria) “Condición de la calidad de vida”.

La magnitud de esta variable fue el resultado de las respuestas que dieron al instrumento de medición aplicado y que estuvo expresado a través de un puntaje.

El puntaje es a su vez resultado de las respuestas a 20 ítems.

Dicha comparación se realizó de dos formas:

En primer lugar, se comparó el puntaje medio de la variable principal obtenido en las “Modalidades TRR”; hemodiálisis y diálisis peritoneal. En esta comparación la modalidad asume función de variable fija que se puede interpretar como las

categorías “Antes” y “Después” de un evento. En este caso, el evento consistió en la indicación médica que recibieron los pacientes para cambiar del programa de diálisis peritoneal a iniciar con el programa de hemodiálisis.

En segundo lugar, se comparó el puntaje medio de la variable principal “Condición de la calidad de vida” obtenido en cada una de las dimensiones:

En esta comparación la “Dimensión” asume función de variable fija que se puede considerar como las categorías “Salud física”, “Salud emocional”, “Carga de la enfermedad” y “Relaciones sociales y entorno”.

Nivel de la investigación

El presente estudio se encuentra ubicado en el nivel relacional debido a que presenta al menos dos variables que son analizadas de forma bivariada.

¿Porque es un análisis bivariado?

Se comparó la magnitud de la variable de supervisión o aleatoria (calidad de vida) en función de la variable de asociación o variable fija (“DP y hemodiálisis” y “4 dimensiones”) y de esta manera se llevó a cabo el análisis de datos. Cabe señalar que la variable aleatoria fue considerada como variable de tipo numérico en escala de razón dado la cantidad de atributos que posee según ha sido señalado por Stevens (1946).

Población de estudio

Pacientes con IRC que son atendidos en el Centro de Asistencia Renal y que hayan estado en dos modalidades de TRR (diálisis peritoneal como primer momento y hemodiálisis en un segundo momento)

Unidad de estudio

A continuación, se describen los criterios de inclusión, exclusión y eliminación que definieron a nuestras unidades de estudio (Véase tabla 3).

Tabla 3. Criterios de selección para la investigación

Criterios de inclusión	de	<ul style="list-style-type: none">• Tener entre 20 y 59 años• Ambos sexos• Aceptar la participación mediante consentimiento informado• Estar en programa de hemodiálisis desde hace dos años• Haber estado en programa de diálisis peritoneal al menos dos años, previo a la hemodiálisis• O bien, haber estado el mismo tiempo en ambos programas (hemodiálisis y diálisis peritoneal)• Acudir tres veces a la semana a recibir TRR• Tener la capacidad cognitiva para la realización del cuestionario
Criterios de exclusión	de	<ul style="list-style-type: none">• No aceptar el consentimiento informado• Población pediátrica• Presentar alguna complicación aguda (edema agudo pulmonar, anemia severa, COVID-19, etc)• Haber estado en programa de diálisis peritoneal durante menos de dos años
Criterios de eliminación	de	<ul style="list-style-type: none">• Instrumentos que no hayan sido respondidos en su totalidad• Instrumentos que tengan doble respuesta

Fuente: Trabajo de investigación

Tamaño de la muestra

Dado que no se tenía un marco muestral conocido de los pacientes que cumplían con los criterios de selección, se requirió de la aplicación de una encuesta para calcular la población que cumpliera con los criterios de selección y así poder calcular el tamaño de la muestra a partir de esto. A continuación, la cédula aplicada:

Figura 3. Cédula de opinión para tamaño muestral



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



CÉDULA DE OPINIÓN

A continuación, se presentan algunas preguntas para identificar características para la posible realización de una investigación científica. Marque la opción que lo describa mejor. Las respuestas obtenidas únicamente serán conocidas por el investigador.

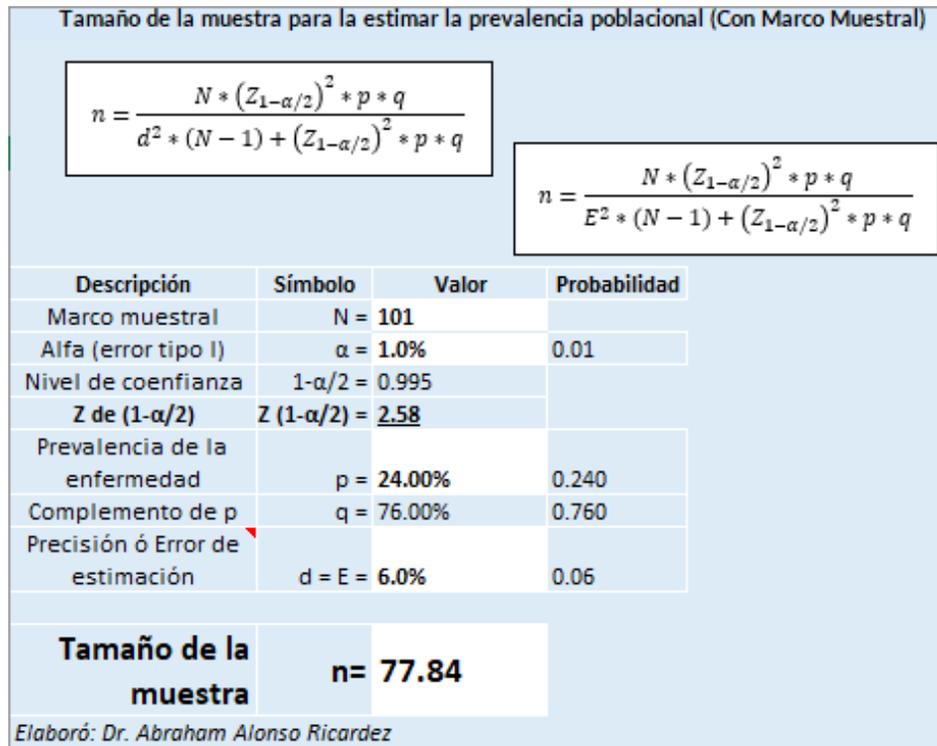
NOMBRE: _____ EDAD: _____

TURNO en el que recibo mi Hemodiálisis	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto
¿Qué terapias de reemplazo renal he tenido a lo largo de mi enfermedad?	Hemodiálisis y Diálisis peritoneal	Únicamente hemodiálisis	Trasplante renal y hemodiálisis	
¿Por cuánto tiempo he estado en programa de Hemodiálisis?	Menos de 3 años	3 años	Más de 3 años	
¿Por cuánto tiempo estuve en programa de Diálisis Peritoneal?	Menos de 3 años	Más de 3 años	NO he estado en Diálisis Peritoneal	
¿Me gustaría participar en una investigación en la que mis respuestas ayudarán a construir conocimiento en la Nefrología?	SI	NO		
¿Presento alguna limitación para participar en la investigación?	SI	NO	Si su respuesta fue SI ¿Cuál?	

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Se realizaron 490 encuestas a todos los pacientes de la Unidad. Revisando estas, se obtuvieron 101 pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

Figura 4. Cálculo del tamaño de la muestra.



Fuente: Documento de Excel elaborado por Dr. Abraham Alonso Ricárdez

Se aplicó la fórmula del cálculo de tamaño de la muestra con un marco muestral conocido, obteniendo una muestra de 78 sujetos.

Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio simple mediante la función “=ALEATORIO” en Excel. De 101 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, seleccionando los primeros 78 pacientes, que es el tamaño de la muestra, más 10 pacientes considerando la tasa de deserción o perdida que de manera convencional se considera del 10%, es decir, 10 participantes.

Cuadro de operacionalización de variables

A continuación, en la tabla 4 se muestra el cuadro de variables. Se incluyen la principal, secundaria y las de caracterización.

Tabla 4. Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Indicadores / Dimensiones	Valor final de la medición	Tipo de variable y escala de medición
Variable de supervisión Calidad de vida	Salud física Salud mental Carga de la enfermedad Relaciones sociales y entorno	Puntaje producto de 20 ítems. Puntaje mínimo: 20 puntos. Puntaje máximo: 100 puntos	Numérica de razón
Variable asociada Terapias de reemplazo renal	Diálisis peritoneal Hemodiálisis	Con diálisis peritoneal; código 1 Con hemodiálisis; código 2	Categórica dicotómica
Variables de caracterización	Indicadores / Dimensiones	Valor final de la medición	Tipo de variable y escala de medición
Edad	<20 años 20-40 años 41-60 años Mayor de 60 años	Frecuencia	Categórica ordinal
Género	Hombre Mujer	Frecuencia	Categórica nominal
Escolaridad	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Otro	Frecuencia	Categórica ordinal
Estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo	Frecuencia	Categórica ordinal
Causa de la enfermedad renal	Hipoplasia renal Diabetes Mellitus Glomerulonefritis Otra	Frecuencia	Categórica ordinal
Tiempo de permanencia en el programa	Tiempo en DP Tiempo en hemodiálisis	Años	Numérica de razón
Programa de diálisis peritoneal	DPCA DPA DPCA Y DPA	Frecuencia	Categórica ordinal

Fuente: Trabajo de investigación

Diseño del instrumento

El instrumento utilizado está basado en la escala KDQOL SF 36, dicha escala mide la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se encuentran en terapia de reemplazo renal (Zúñiga, Dapuetto, Muller, Kirsten, Alid y Ortiz, 2009).

A partir de la literatura, tomando en cuenta las definiciones de calidad de vida, se crearon las dimensiones del instrumento.

La escala “Calidad de vida en la terapia dialítica” es un instrumento de medición documental diseñado por la investigadora. Cuenta con 4 dimensiones: salud física, salud mental, carga de la enfermedad y relaciones sociales y entorno. Tiene como objetivo medir la calidad de vida comparando dos modalidades de terapia de reemplazo renal: diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Las opciones a respuesta determinan la condición de los pacientes hacia el enunciado, respondiendo a la modalidad que corresponda a lo que siente o sentía el paciente.

El instrumento claramente contiene el objetivo de la investigación, tiene una parte de “Consentimiento informado”, y las instrucciones, en donde explica cómo debe llenarse dando un mejor entendimiento para su respuesta.

Consta de 20 ítems (6 ítems de salud física, 5 ítems de salud mental, 5 ítems de carga de la enfermedad y 4 ítems de relaciones sociales y entorno), más las variables de caracterización (edad, género, estado civil, escolaridad, causa de la ERC, y tiempo en hemodiálisis y en diálisis peritoneal).

En la parte superior cuenta con un espacio de “folio” para la identificación de los pacientes y el posterior manejo de los datos.

El instrumento estuvo constituido por dos partes, la primera, referente a la hemodiálisis, en donde los pacientes debían responder a cada ítem con una escala tipo Likert que va desde “Siempre”, hasta “Nunca”, haciendo referencia a lo que sienten teniendo la hemodiálisis como TRR, un mayor puntaje hacía

referencia a una mejor calidad de vida en hemodiálisis. La segunda parte del instrumento eran exactamente los mismos ítems, redactados en pasado, y los pacientes debían responder con lo referente a cuando tenían la diálisis peritoneal como TRR, un mayor puntaje en esta parte hacía referencia a una mejor calidad de vida en diálisis peritoneal. (Véanse las figuras 5 y 6).

Figura 5. Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica" parte Hemodiálisis



ESCALA "CALIDAD DE VIDA EN LA TERAPIA DIALÍTICA" FOLIO: _____

Marque la opción correspondiente a lo que siente actualmente estando en Hemodiálisis.

SALUD FÍSICA	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1.- Suelo perder peso con facilidad y tiendo a la desnutrición					
2.- Presento molestias en mis pulmones y corazón (como falta de aire, dolor en el pecho, taquicardia, etc)					
3.- Sufro de molestias estomacales (como náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento)					
4.- He tenido hospitalizaciones relacionadas a complicaciones de la Hemodiálisis					
5.- He recibido transfusiones constantemente por mi Hemoglobina baja					
6.- Presento insomnio por las noches y no descanso bien					
SALUD MENTAL	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
7.- Tengo sentimientos de tristeza y desánimo					
8.- Presento sentimientos de felicidad y tranquilidad					
9.- Me siento mal conmigo mismo					
10.- Me incomoda la presencia del Catéter venoso/fístula en cuanto a mi aspecto físico					
11.- Suelo sentirme muy irritable con los demás					
CARGA DE LA ENFERMEDAD	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
12.- Siento que conozco mi enfermedad lo suficiente					
13.- Me es menos complicado viajar					
14.- Puedo realizar por mí mismo un trabajo que me ayude económicamente					
15.- Me siento mal al no poder trabajar/estudiar por mi condición					
16.- Me siento una carga para la familia					
RELACIONES SOCIALES Y ENTORNO	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
17.- Mi familia me ha ayudado durante el proceso de mi enfermedad					
18.- Puedo visitar con mayor frecuencia a mis familiares y amigos					
19.- Puedo platicar con más personas (externas a mi familia) que me animan a sobrellevar mi enfermedad					
20.- El personal de Hemodiálisis me apoya a enfrentar mi enfermedad y ser lo más independientemente posible					

Figura 6. Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica" parte Diálisis Peritoneal



ESCALA "CALIDAD DE VIDA EN LA TERAPIA DIALÍTICA"

FOLIO: _____

Marque la opción correspondiente a lo que sentía cuando estaba en Diálisis Peritoneal.

SALUD FÍSICA	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1.- Soía perder peso con facilidad y tender a la desnutrición					
2.- Presentaba molestias en mis pulmones y corazón (como falta de aire, dolor en el pecho, taquicardia, etc)					
3.- Sufría de molestias estomacales (como náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento)					
4.- Tuve hospitalizaciones relacionadas a complicaciones de la Diálisis Peritoneal					
5.- Recibía transfusiones constantemente por mi Hemoglobina baja					
6.- Presentaba insomnio por las noches y no descansaba bien					
SALUD MENTAL	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
7.- Tenía sentimientos de tristeza y desánimo					
8.- Presentaba sentimientos de felicidad y tranquilidad					
9.- Me sentía mal conmigo mismo					
10.- Me incomodaba la presencia del Catéter venoso/fistula en cuanto a mi aspecto físico					
11.- Soía sentirme muy irritable con los demás					
CARGA DE LA ENFERMEDAD	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
12.- Siento que conocía mi enfermedad lo suficiente en ese momento					
13.- Me era menos complicado viajar					
14.- Podía realizar por mí mismo un trabajo que me ayudaba económicamente					
15.- Me sentía mal al no poder trabajar/estudiar por mi condición					
16.- Me sentía una carga para la familia					
RELACIONES SOCIALES Y ENTORNO	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
17.- Mi familia me ayudó durante el proceso de mi enfermedad					
18.- Podía visitar con mayor frecuencia a mis familiares y amigos					
19.- Podía platicar con más personas (externas a mi familia) que me animaban a sobrellevar mi enfermedad					
20.- El personal de Diálisis Peritoneal me apoyaba a enfrentar mi enfermedad y ser lo más independientemente posible					

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Aspectos éticos

El estudio fue basado en diversos documentos que avalan los aspectos éticos que requiere toda investigación con humanos.

El primero de ellos está basado en los principios bioéticos de enfermería, cumpliendo así, la autonomía en que el paciente decidió participar o no en la investigación; justicia, ya que la participación se realizó hacia todos los pacientes que cumplieran los criterios, sin distinciones de sexo, raza, etc.; beneficencia, con la respectiva explicación del objetivo de la investigación teniendo el beneficio de ampliar el campo de estudio para la mejora de su calidad de vida; y no maleficencia, mencionando que no tendría ningún daño hacia su tratamiento y persona (Poblete y Sahueza, 2005).

El segundo fue el artículo 100 de la Ley General de Salud (2014), en donde se menciona que la investigación en seres humanos se desarrolla conforme a las siguientes bases:

- I. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel.
- II. Una vez enterado los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud

Y por último tomando en cuenta el Informe de Belmont, en donde se basó en los tres postulados:

A: Distinción entre práctica e investigación, señalando que dicha investigación estuvo constituida de actividades, pruebas de hipótesis y creación de conclusiones para desarrollar nuevo conocimiento y fortalecer el ya existente, para posteriormente, llevarlo a la práctica con las intervenciones que acentúan el bienestar de los pacientes.

B: Principios éticos básicos, entre ellos el respeto a los demás y la beneficencia.

C: Aplicación, tomando en cuenta un consentimiento informado.

Y por último la declaración de Helsinki, en específico el título 5 que aborda la investigación para la salud, en donde agrupa los principios éticos, la seguridad y no exposición de los pacientes a riesgos innecesarios y el uso de consentimiento informado (Comisión Nacional de Bioética, 2004).

Se consideró la participación de los pacientes por medio de un consentimiento informado, y una explicación de éste previa a la encuesta, explicando que la información recabada sería de manejo confidencial.

El consentimiento informado se incluyó en el instrumento de medición documental en donde se hizo la invitación a participar en la investigación y los pacientes seleccionaron la opción “ACEPTO” o “NO ACEPTO”

Figura 7. Presentación del instrumento (variables de caracterización, objetivo, consentimiento informado e instrucciones)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ESCALA “CALIDAD DE VIDA EN LA TERAPIA DIALÍTICA” Folio: _____

Género: _____ **Edad:** _____ **Escolaridad:** _____ **Estado civil** _____

Causa de la ERC: _____ **Tiempo en HD:** _____ **Tiempo en DP:** _____

Objetivo: Conocer la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes que han sido sometidos al tratamiento de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.

Consentimiento informado:
Se les hace la cordial invitación a los pacientes del Centro de Asistencia Renal para participar en la investigación "Calidad de vida en los pacientes con Terapia de Reemplazo Renal". Esta investigación incluirá una encuesta para ser respondida. Su participación es totalmente voluntaria y CONFIDENCIAL, la atención que recibe en la Unidad no cambiará si usted desea o no participar.

ACEPTO () NO ACEPTO ()

Instrucciones: Lea atentamente las preguntas relacionadas a aspectos de la calidad de vida y marque con una “x” la opción con la que más se identifique. Tome su tiempo en responder y sea lo más sincero posible.

Fuente: Trabajo de campo

Plan de análisis estadístico descriptivo

El análisis estadístico se realizó con base en los datos obtenidos de las encuestas aplicadas, posteriormente con ayuda del software estadístico SPSS y el programa Excel fue que se aplicaron dichos procedimientos estadísticos y pruebas de hipótesis.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizaron diferentes métodos cuantitativos, dependiendo la naturaleza de la variable y su escala de medición (Alonso-Trujillo y Alonso-Ricárdez, 2019).

Para las variables categóricas se usaron tablas de prevalencias, frecuencias e Intervalos de Confianza al 95% (IC95%).

Para las variables numéricas se utilizaron las medidas de tendencia central y dispersión, así como la prueba Kolmogorov-Smirnov para conocer el tipo de distribución de los datos según cada modalidad de TRR.

Plan de análisis estadístico inferencial

El análisis inferencial estuvo constituido por pruebas de hipótesis de acuerdo a la distribución de los datos, en este caso, la prueba t de Student y la prueba de Wilcoxon, que se utilizó para comparar el comportamiento de una variable antes y después de un acontecimiento, es decir, muestras relacionadas en diferentes momentos (Flores, Miranda y Villasís, 2017).

También se calcularon los IC95% para los datos y para la media.

El nivel de significancia (error alfa) siempre se estableció en 0.05

Validación del instrumento

Validez de contenido

Con base en la vasta búsqueda en la literatura revisada y por medio del uso del constructivismo se generó una definición de los elementos que componen esta investigación, desde calidad de vida, hasta sus dimensiones creadas a partir de dicha definición: salud física, salud mental, carga de la enfermedad y relaciones sociales y entorno, lo que da validez de contenido al instrumento.

Además de consultar a personal especialista en este ámbito:

Dr. Javier Alonso Trujillo, para la elaboración y corrección del instrumento.

E.E.N. Erika Rodríguez, quien recomendó cambiar la redacción de algunos ítems durante la prueba piloto.

Lic. Araceli Botello Torres, quien verificó y aprobó el instrumento para la aplicación en la Unidad.

Dr. Víctor Armando Mercado, médico nefrólogo, quien aprobó el instrumento respecto al contenido de los ítems.

Dr. Armando Morales Salgado, jefe del área médica, médico nefrólogo, quien verificó el instrumento final y dio aprobación en contenido

Dra. Liliana Palafox, médico nefrólogo, quien verificó el instrumento final y dio aprobación en contenido, con algunas observaciones que fueron aclaradas posteriormente.

Validez de constructo

Se realizó una prueba piloto integrada de 14 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que anteriormente fueron sometidos a diálisis peritoneal, en programa de hemodiálisis actualmente, atendidos en el Centro de Asistencia Renal, para demostrar la validez de constructo.

El instrumento cuenta con validez de constructo puesto que todas las varianzas de cada ítem resultaron diferentes de 0.

Tabla 5. Varianzas diferentes de cero para los ítems de diálisis peritoneal y hemodiálisis

Ítems	Prueba Piloto (Sujetos)	Varianza	Ítems	Prueba Piloto (Sujetos)	Varianza
ITEM1DP	12	2.629	ITEM1HD	12	1.356
ITEM2DP	12	2.447	ITEM2HD	12	1.538
ITEM3DP	12	2.265	ITEM3HD	12	1.295
ITEM4DP	12	1.174	ITEM4HD	12	1.606
ITEM5DP	12	1.455	ITEM5HD	12	0.750
ITEM6DP	12	2.242	ITEM6HD	12	1.174
ITEM7DP	12	1.636	ITEM7HD	12	1.061
ITEM8DP	12	2.083	ITEM8HD	12	0.629
ITEM9DP	12	1.606	ITEM9HD	12	0.629
ITEM10DP	12	2.750	ITEM10HD	12	0.636
ITEM11DP	12	2.811	ITEM11HD	12	1.636
ITEM12DP	12	2.333	ITEM12HD	12	2.697
ITEM13DP	12	2.083	ITEM13HD	12	1.114
ITEM14DP	12	1.720	ITEM14HD	12	2.152
ITEM15DP	12	2.606	ITEM15HD	12	1.424
ITEM16DP	12	2.697	ITEM16HD	12	2.447
ITEM17DP	12	2.364	ITEM17HD	12	1.477
ITEM18DP	12	1.515	ITEM18HD	12	0.932
ITEM19DP	12	1.515	ITEM19HD	12	0.788
ITEM20DP	12	2.265	ITEM20HD	12	1.538

Fuente: Prueba piloto 2realizada en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

Las correlaciones ítem-total en primera instancia fueron débiles y moderadas en algunos ítems, por lo que se cambió la direccionalidad y redacción de éstos. Posteriormente, la mayoría de los ítems tuvo correlaciones significativas positivas y muy fuertes.

Tabla 6. Correlaciones ítem-total del instrumento de la parte de diálisis peritoneal

ITEM									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.685	.633	.178	.548	.400	.752	.834	.619	.619	.840
ITEM									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
.725	.320	.144	.448	.896	.927	.248	.513	.433	.192

Fuente: Prueba piloto 2realizada en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

Tabla 7. Correlaciones ítem-total del instrumento de la parte de hemodiálisis

ITEM									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.273	.805	.609	.570	.441	.596	.884	.444	.848	.845
ITEM									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
.663	.518	.312	.694	.939	.809	.413	.532	.390	.319

Fuente: Prueba piloto 2realizada en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

Confiabilidad del instrumento

Aplicando la fórmula de Alfa de Cronbach se obtuvo el coeficiente para conocer la fiabilidad del instrumento, por medio de las respuestas de los sujetos a través del instrumento.

Resultados diálisis peritoneal:

Valor de la varianza de la columna total (V_t): 216.636

Valor de la suma de las varianzas de los 20 ítems (V_i): 36.167

Valor de Alfa de Cronbach Excel: 0.8109

Valor de Alfa de Cronbach SPSS: 0.811

Resultados hemodiálisis:

Valor de la varianza de la columna total (V_t): 211.5

Valor de la suma de las varianzas de los 20 ítems (V_i): 31.500

Valor de Alfa de Cronbach Excel: 0.8759

Valor de Alfa de Cronbach SPSS: 0.876

Se comprobó que el instrumento cuenta con validez de contenido, de constructo y es confiable, debido a que el alfa de Cronbach posee una consistencia muy fuerte, además se puede observar claramente que la varianza total de las respuestas es aproximadamente 6 veces mayor a la suma de las varianzas de los ítems.

Capítulo IV. Resultados

Los resultados presentados a continuación fueron obtenidos a través del análisis numérico de las variables de estudio, utilizando los métodos de estadística descriptiva e Inferencial ya mencionados.

Posterior a la aplicación de una encuesta respondida por única ocasión por los participantes que cumplieron con los criterios de selección, tomando un muestreo aleatorio, observando las condiciones naturales del fenómeno de estudio, es decir, no realizando ninguna manipulación o intervención, se obtuvo la medición de la calidad de vida de los pacientes que han tenido dos modalidades de TRR, diálisis peritoneal previamente a recibir hemodiálisis.

En primer lugar, se caracterizó a la población de estudio por medio de las variables socio demográficas que permiten conocer de manera general a nuestros participantes, y algunas condiciones de su tratamiento en ambos momentos.

En segundo lugar, se realizó la comparación de medias antes y después de la indicación médica que condujo a los pacientes a recibir la TRR. En un primer momento los pacientes recibieron la diálisis peritoneal y en un segundo momento (actualmente), la hemodiálisis.

Posteriormente se realizó un análisis específico por dimensiones: salud física-modalidad de TRR, salud mental-modalidad de TRR, carga de la enfermedad-modalidad de TRR y relaciones sociales y entorno-modalidad de TRR, obteniendo así la calidad de vida comparada en ambas modalidades de cada dimensión.

A continuación, se describen los resultados obtenidos.

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN. ESTADÍSTICOS

En la tabla 8, se puede observar la frecuencia y prevalencia de las variables sociodemográficas, observando así que, el género que predomina en los pacientes del estudio es masculino con un 74%, contra un 24% de género femenino. El grupo de edad con mayor prevalencia (39.2%) fue el de 30-39 años, en comparación con el de menor prevalencia (11.4%) el grupo de 50 a 59 años.

El 43% de los pacientes tienen preparatoria como escolaridad; el 48.1% de ellos son solteros, comparado con el 2.5% que son divorciados.

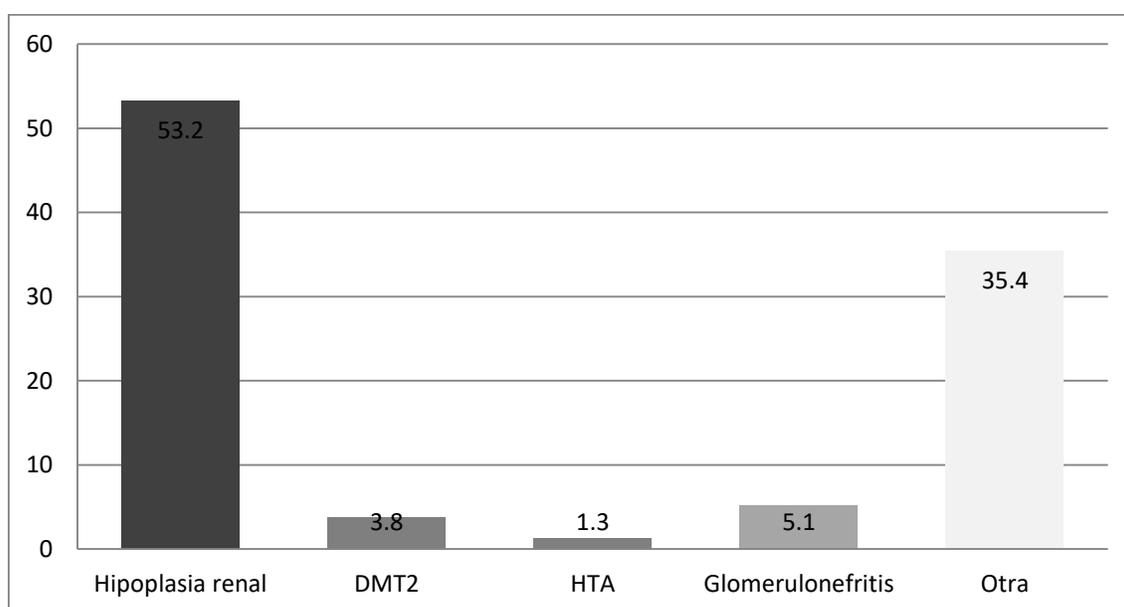
Tabla 8. Variables socio demográficas de los pacientes de estudio.

Variable	F	%
Género		
Femenino	19	24.1%
Masculino	59	74.7%
Edad		
20-29	22	27.8%
30-39	31	39.2%
40-49	16	20.3%
50-59	9	11.4%
Escolaridad		
Primaria	4	5.1%
Secundaria	26	32.9%
Preparatoria	34	43%
Universidad	14	17.7%
Estado civil		
Casado	31	39.2%
Soltero	38	48.1%
Viudo	3	3.8%
Divorciado	2	2.5%
Unión libre	4	5.1%

Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En el gráfico 1, la etiología con más prevalencia en los pacientes encuestados fue la Hipoplasia Renal con un 54%, seguida de "Otra" con un 36%, dentro de las que podemos encontrar: desconocida, preeclampsia, Infecciones de Vías Urinarias, etc.; comparando la de menor prevalencia, que fue Hipertensión Arterial, con un 1% entre los participantes.

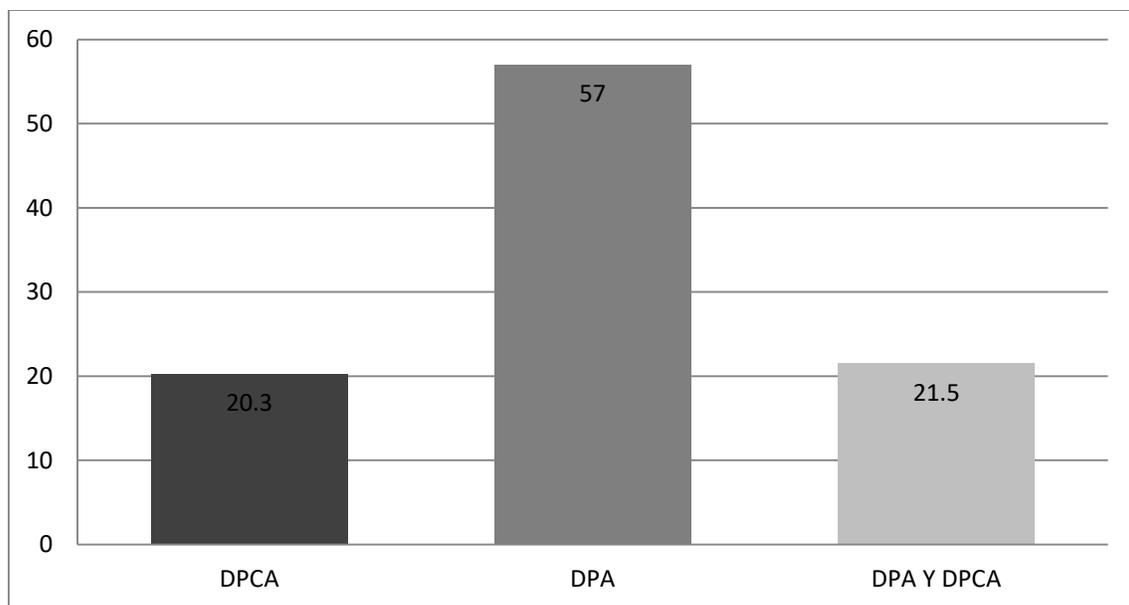
Gráfico 1. Etiología de la Insuficiencia Renal Crónica en los pacientes encuestados del Centro de Asistencia Renal



Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En el gráfico 2, el 58% de los pacientes estuvieron en programa de Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) previo cambio a hemodiálisis, el 20% de ellos estuvieron en programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), y es importante mencionar que el 22% de los pacientes tuvieron ambos programas (DPCA y DPA) en diferentes momentos de su estancia en diálisis peritoneal.

Gráfico 2. Programa de Diálisis Peritoneal previo a la Hemodiálisis que tuvieron los pacientes encuestados del Centro de Asistencia Renal



Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En la tabla 9, se muestran las medidas de tendencia central y dispersión acerca del tiempo de permanencia de los pacientes en cada modalidad de TRR, la media para la hemodiálisis fue de 5.2, con una moda de 2 años, comparada con la media para la diálisis peritoneal que fue de 4.7, con una moda de 2 años, lo cual indica que el tiempo en cada modalidad es similar entre todos los participantes.

Tabla 9. Medidas de tendencia central y dispersión de la variable: Tiempo de permanencia

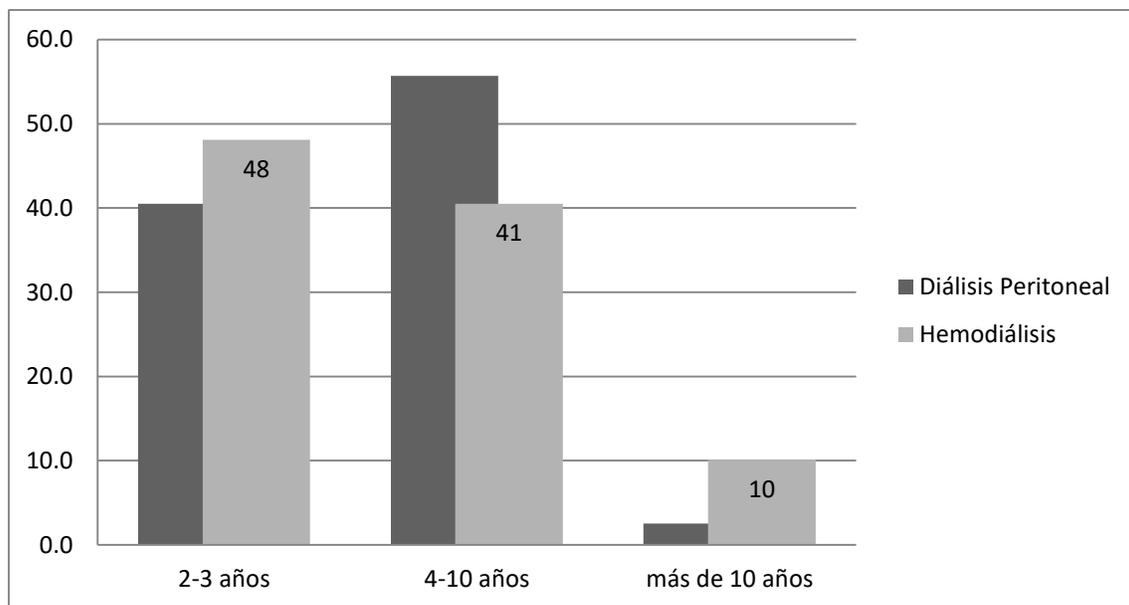
	Diálisis peritoneal	Hemodiálisis
Media	4.7	5.2
Mediana	4	4
Moda	2	2
Error estándar	0.32	0.452
Desviación estándar	2.83	3.992
Varianza	8.01	15.939

Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021

En el gráfico 3, se observan tres grupos de tiempo en años en los que se dividieron a los pacientes según el tiempo de permanencia en cada modalidad. El primer grupo, de 2-3 años, es dominado por la hemodiálisis con un 48%, en comparación con un mínimo de 10%, que pertenece al grupo de más de 10 años; comparado con la diálisis peritoneal, el 56% corresponde al grupo de 4-10 años como máximo y como mínimo el de 10 años, de igual manera, con un 3%.

Es evidente que algunos pacientes llevan muchos años con la TRR, es decir, haber vivido con la diálisis peritoneal en su día a día y posteriormente con la hemodiálisis por un periodo de tiempo largo, lo cual da sustento a la reducción de sesgos debido al conocimiento de las personas hacia su TRR por un tiempo prolongado.

Gráfico 3. Tiempo de tratamiento en la Terapia de Reemplazo Renal en los pacientes encuestados del Centro de Asistencia Renal



Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

Distribución de los datos de la variable principal en cada TRR

La aplicación del instrumento de medición permitió obtener un puntaje final luego de que los participantes en el estudio respondieran a cada uno de los ítems con la opción que mejor representó a la condición que tuvo de la calidad de vida. La comparación de los puntajes obtenidos fue precedida de un análisis estadístico que permitió conocer el tipo de distribución que asumieron cada uno de los dos conjuntos de datos. Lo primero que se realizó fue determinar el tipo de distribución de los datos, tanto para el conjunto de datos en diálisis peritoneal, como en el conjunto de datos de hemodiálisis. Esto se llevó a cabo aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov (tabla 10) y el resultado que se obtuvo indica que los dos conjuntos de datos sí presentan distribución normal con un valor $p=200$ en ambos conjuntos, por lo que, la prueba de hipótesis para comparar promedios de la variable aleatoria fue la prueba de t de Student para muestras relacionadas.

Tabla 10. Pruebas de normalidad de datos para el total del instrumento

Modalidad	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl.	Sig.
Diálisis peritoneal	.087	78	.200*
Hemodiálisis	.073	78	.200*

Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

Comparación de medias en medidas repetidas (DP VS Hemodiálisis)

La parte trascendental de este trabajo implica comparar el valor medio del puntaje de la variable calidad de vida en dos momentos; Cuando se recibió DP y cuando se recibió hemodiálisis. En la tabla 11 se muestra el análisis comparativo de medias entre la modalidad diálisis peritoneal (63.79 ± 14.5) y la hemodiálisis (75.74 ± 10.6), siendo esta última mayor respecto a la otra, un puntaje mayor se refiere en este caso, a que la hemodiálisis favorece a la calidad de vida en los pacientes con TRR. Sin embargo, es necesario realizar una prueba de hipótesis para comprobar si es que existe o no diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 11. Análisis comparativo para la variable TRR

		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	Diálisis peritoneal	63.79	78	14.558	1.648
	Hemodiálisis	75.74	78	10.645	1.205

Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En la tabla 12 se observa en análisis comparativo de medias. La prueba de hipótesis señaló que existen diferencias significativas ($p = 0.000$) entre DP (63.79 ± 14.5) y hemodiálisis (75.74 ± 10.6). En términos narrativos este resultado significa que la calidad de vida es mejor cuando se recibe hemodiálisis que cuando se recibe DP.

Tabla 12. Comparación de medidas repetidas (t de Student)

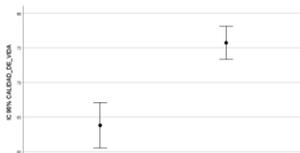
	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. st	Errorst	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
DP-HD	11.949	17.374	1.967	-15.866	-8.031	-6.074	77	0.000

Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En el gráfico 4, se presenta el puntaje obtenido para la variable calidad de vida. Puede observarse que la diálisis peritoneal ocurrió como primera TRR, obteniendo una media de 63.79 del puntaje total, comparado con la hemodiálisis, ocurrida como segunda TRR, con una media de 75.74 del puntaje total, se observa el incremento de puntaje, con una diferencia de 11.95 entre las medias, favoreciendo a la variable calidad de vida en hemodiálisis.

La comparación estuvo constituida por dos conjuntos de datos, cada uno de ellos corresponde a los resultados de 78 participantes. Recuérdese que los puntajes son equivalentes a la suma de todas las respuestas que integraron al instrumento de medición en dos componentes. Calidad de vida en área de diálisis peritoneal y calidad de vida en área de hemodiálisis. En la gráfica 4 se observa la falta de empalme de los IC 95%, lo cual demuestra la ventaja de la hemodiálisis sobre la DP.

Gráfico 4. Comparación del puntaje medio obtenido en la variable calidad de vida en las dos modalidades de TRR



Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

Distribución de datos por dimensión en cada TRR

Después del análisis general de los resultados de la calidad de vida, a continuación, se muestra un análisis específico de las dimensiones que integran el instrumento.

De igual manera que con la comparación del puntaje total, primeramente, se obtuvo la distribución de los datos de todos los conjuntos por dimensión utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov. A continuación, se muestran los resultados por modalidad de TRR obtenidos de dicha prueba:

Tabla 13. Pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para las dimensiones de diálisis peritoneal

Dimensión	Valor "p"	Distribución
Salud física	0.200	Normal
Salud mental	0.027	No normal
Carga de la enfermedad	0.200	Normal
Relaciones sociales y entorno	0.000	No normal

Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

Tabla 14. Pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para las dimensiones de hemodiálisis

Dimensión	Valor "p"	Distribución
Salud física	0.005	No normal
Salud mental	0.060	Normal
Carga de la enfermedad	0.014	No normal
Relaciones sociales y entorno	0.003	No normal

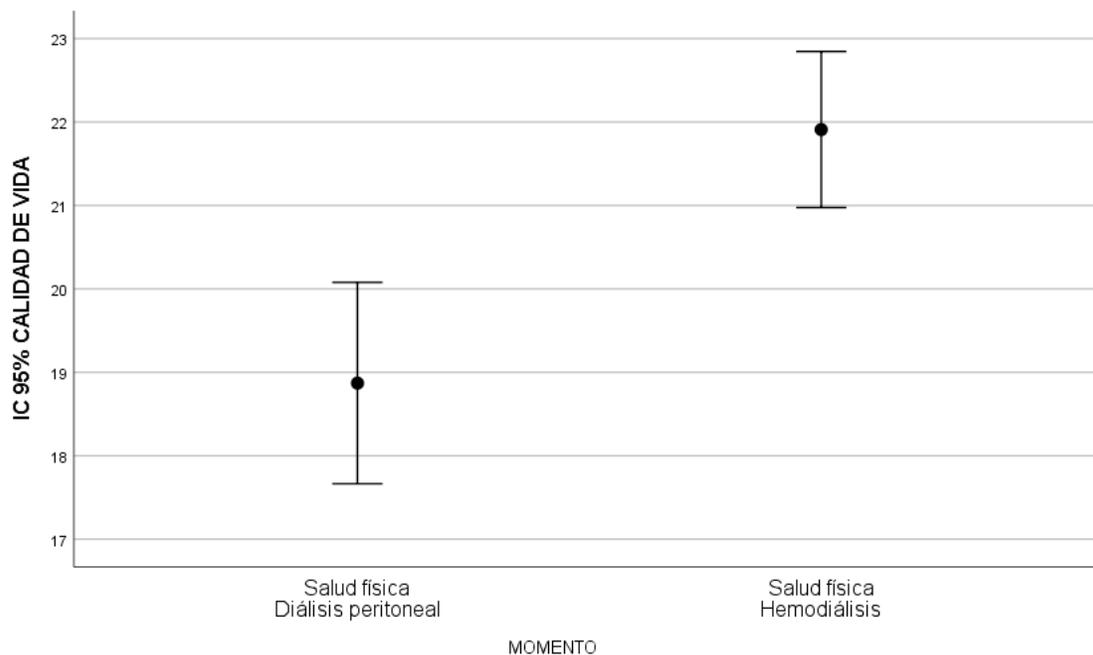
Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

Comparación de medias por dimensión en cada TRR

Al encontrar la distribución de datos no normal en la mayoría de los conjuntos totales de cada dimensión, se decidió aplicar la prueba de Wilcoxon para la comparación de medias en conjuntos de datos sin distribución normal para variables numéricas.

En el gráfico 5 se muestra la primera dimensión: salud física, que se torna favorable a la hemodiálisis, con una media de 18.87 correspondiente a la diálisis peritoneal, incrementando de 3.04 para la media de hemodiálisis, que fue de 21.91. Comprobando significancia estadística ($p < 0.05$) entre una y otra modalidad ($p = 0.000$), y que los intervalos de confianza al 95% no se cruzan entre sí, lo que indica que los pacientes tienen mejor salud física con la hemodiálisis como TRR.

Gráfico 5. Comparación del puntaje medio de la dimensión salud física



Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En la tabla 15 se muestran las medidas de tendencia central y dispersión de la dimensión salud física, en donde podemos rescatar que el puntaje mínimo para la parte del instrumento correspondiente a la diálisis peritoneal fue de 7, el máximo fue 29, con una varianza de 28.63, comparando a lo correspondiente a la hemodiálisis, puntaje mínimo de 8 y máximo de 28, con una varianza de 17.200. Observando una varianza mayor en diálisis peritoneal, lo que indica que las respuestas fueron más variadas entre los participantes respondiendo a diálisis peritoneal, y que probablemente, la variabilidad de estas tiene que ver con el programa de diálisis peritoneal que tuvieron (DPA, DPCA o ambos).

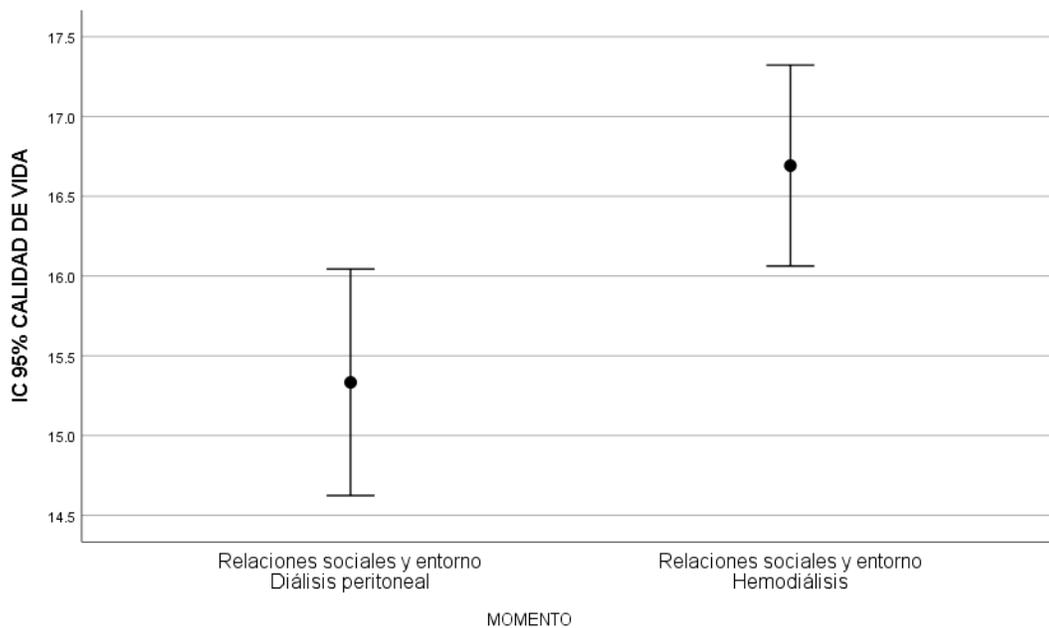
Tabla 15. Medidas de tendencia central de la dimensión 1: salud física.

	Diálisis peritoneal	Hemodiálisis
Media	18.87	21.91
Error estándar para la media	0.606	0.470
Mediana	19.00	22.50
Moda	22	25
Desviación estándar	5.351	4.147
Varianza	28.633	17.200
Rango	22	20
Mínimo	7	8
Máximo	29	28

Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En el gráfico6 se muestra la comparación media de la dimensión 2: salud mental, en donde se observa la diferencia significativa ($p < 0.05$) entre las dos modalidades de TRR, con una media de 14.68 en cuanto a la diálisis peritoneal, comparada con la media de la hemodiálisis, 19.51, con un incremento de 4.83, que muestra una significancia estadística favoreciendo a la calidad de vida con la hemodiálisis como TRR en la salud mental ($p = 0.000$).

Gráfico 6. Comparación del puntaje medio de la dimensión salud mental



Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En la tabla 16, se muestran los mínimos de ambas modalidades, en donde no se encuentra mucha diferencia entre una y otra modalidad, 5 en diálisis peritoneal y 7 en hemodiálisis, en los máximos ambos fueron de 25. Sin embargo, la moda de respuesta en los ítems correspondientes a la diálisis peritoneal fue de 9, valor que es menor al de la moda de respuesta en hemodiálisis que fue de 17, lo que favorece de manera interna a una puntuación casi dos veces mayor en hemodiálisis que en diálisis peritoneal en cuanto a puntajes encontrados.

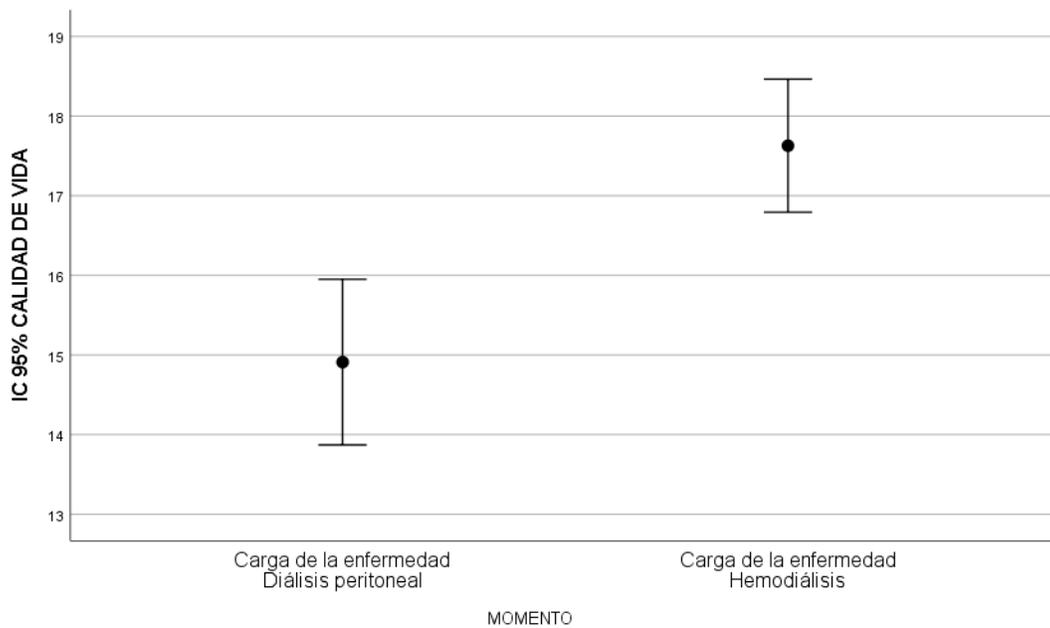
Tabla 16. Medidas de tendencia central de la dimensión 2: salud física

	Diálisis peritoneal	Hemodiálisis
Media	14.68	19.51
Error estándar para la media	0.624	0.453
Mediana	14.50	20.00
Moda	9	17 ^a
Desviación estándar	5.507	3.999
Varianza	30.325	15.993
Rango	20	18
Mínimo	5	7
Máximo	25	25

Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En el gráfico 7 se observa la tercera dimensión, carga de la enfermedad, en donde se tiene una media de 14.91 para la diálisis peritoneal, comparada con la media de la hemodiálisis, 17.63, con un incremento de 2.72, que muestra que los pacientes con hemodiálisis tienen un afrontamiento ligeramente mayor a la carga de la enfermedad. La comparación de medias tuvo significancia estadística ($p=0.000$).

Gráfico 7. Comparación del puntaje medio de la dimensión carga de la enfermedad



Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En la tabla 17 se muestran las medidas de tendencia central y dispersión, en donde podemos rescatar que el puntaje mínimo para la parte del instrumento correspondiente a la diálisis peritoneal fue de 5, el máximo fue 25, con una varianza de 21.278, comparando a lo correspondiente a la hemodiálisis, puntaje mínimo de 8 y máximo de 24, con una varianza de 13.717. Observando una varianza mayor en diálisis peritoneal, lo que evidencia que las respuestas para diálisis peritoneal siguen siendo más variadas en todas las dimensiones.

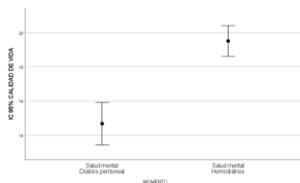
Tabla 17. Medidas de tendencia central de la dimensión 2: salud física

	Diálisis peritoneal	Hemodiálisis
Media	14.91	17.63
Error estándar para la media	0.522	0.419
Mediana	14.50	18.00
Moda	14	18 ^a
Desviación estándar	4.613	3.704
Varianza	21.278	13.717
Rango	20	16
Mínimo	5	8
Máximo	25	24

Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En el gráfico 8, la comparación de la dimensión 4, relaciones sociales y entorno, muestra la menor diferencia entre ambas modalidades, ya que existe diferencia entre las medias ($p < 0.05$), con una media en diálisis peritoneal de 15.33, y media en hemodiálisis de 16.69, sin embargo el incremento fue de 1.3, cifra obtenida menor de entre todas las dimensiones, lo que indica que probablemente las relaciones sociales y entorno de los pacientes con TRR, depende más de las características del paciente y no de la TRR.

Gráfico 8. Comparación del puntaje medio de la dimensión relaciones sociales y entorno



Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

En la tabla 18 se muestran las medidas de tendencia central, que corroborando a la interpretación del gráfico 8, la diferencia es ligeramente mayor ($p=0.001$) en la hemodiálisis respecto a la diálisis peritoneal en todas las medidas obtenidas.

Tabla 18. Medidas de tendencia central de la dimensión 4: relaciones sociales y entorno

	Diálisis peritoneal	Hemodiálisis
Media	15.33	16.69
Error estándar para la media	0.357	0.316
Mediana	16.00	17.00
Moda	16	20
Desviación estándar	3.149	2.793
Varianza	9.913	7.800
Rango	13	11
Mínimo	7	9
Máximo	20	20

Fuente: Trabajo de campo realizado en el Centro de Asistencia Renal: Escala "Calidad de vida en la terapia dialítica", 2021.

Capítulo V. Discusión

La calidad de vida es un tema extenso de discusión, sobre todo si se trata de las enfermedades terminales o crónico degenerativas, como ya se ha mencionado, el paciente desencadena diversas situaciones que lo afectan en todas sus esferas, y dificultan el tener una buena calidad de vida.

A continuación, se presenta la discusión de contraste con otros autores y una explicación teórica a partir de los resultados obtenidos en esta tesis.

En el estudio descriptivo del IMSS (2016) las variables sociodemográficas descritas discrepan de las obtenidas en este estudio; el instituto establece que la principal causa es la diabetes mellitus (sustentado en el marco teórico de esta investigación, siendo la diabetes mellitus la principal causa en México del desarrollo de la IRC (Méndez y Rivera, 2017)), sin embargo, la principal causa de la enfermedad en este estudio fue la hipoplasia renal. Los grupos de edad más afectados fueron los de 40 a 59 años y 60 a 69 años (IMSS, 2016), en este estudio el grupo de mayor prevalencia fue el de 30 a 39 años. Esto debido a que los pacientes fueron seleccionados a partir de criterios específicos para el estudio.

Caballero et al. (2006) realizó una comparación por dominios en donde encontró diferencia significativa entre ambas modalidades de TRR ($p=0.000$) con mayor puntaje para la diálisis peritoneal, lo cual contradice lo obtenido en este estudio, ya que el valor fue de $p=0.000$ con un mayor puntaje para la hemodiálisis, esto probablemente por el tiempo que ha transcurrido desde el año en que se realizó el estudio (2006) hasta ahora (2022) y el avance de la hemodiálisis en la actualidad.

Chaparro et al. (2008) reportó que los pacientes tienen diferencias significativas dependiendo las variables de caracterización, favoreciendo la calidad de vida y el afrontamiento a las personas de sexo femenino, lo cual difiere con lo obtenido en este estudio ya que la mayoría de la población encuestada fue de género masculino; con estudios universitarios, que en este estudio correspondió al 17.7% y de estado civil casados o en unión libre, el 39.2% de los pacientes encuestados

son casados, sumando un 5.1% que se encontraban en unión libre obteniendo un total de 44.3% lo cual es casi la mitad de los pacientes del estudio que refieren una mejor calidad de vida con la hemodiálisis tal y como lo reporta Chaparro et al (2008).

En el estudio de Sánchez et al. (2016) el dominio social tuvo correlación significativa con la calidad de vida ($p=0.000$) es decir, a los pacientes en hemodiálisis les afecta de manera directa las relaciones sociales. En el presente estudio de igual manera se obtuvo un valor $p=0.000$ para la comparación de la dimensión relaciones sociales y entorno, sin embargo, la diferencia entre medias fue la menor obtenida de todas las dimensiones, lo que también probablemente haga referencia a que las relaciones sociales y entorno dependan directamente de cómo es la persona.

En el estudio de López et al. (2017) los efectos mentales en la hemodiálisis obtuvieron mayor puntaje de afrontamiento, concordando con los resultados de este estudio en la dimensión salud mental, con un puntaje medio mayor en hemodiálisis (19.51) que en diálisis peritoneal (14.68). Respecto a las complicaciones en la salud mental, es importante mencionar que, en general cada persona es diferente, el manejo de emociones y afrontamiento es distinto. Aún sabiendo esto, la hemodiálisis favorece a una mejor salud mental según los pacientes encuestados.

En el estudio también se afirma que en algunos aspectos los pacientes con diálisis peritoneal obtuvieron mayor puntaje en comparación que los pacientes en hemodiálisis, como en los efectos de la enfermedad renal y carga de la enfermedad, contrariando lo obtenido en este estudio.

La carga de la enfermedad se ve más afectada específicamente al programa de diálisis peritoneal en el que los pacientes estaban. Por una parte, la diálisis causaba inestabilidad totalmente en su vida cotidiana y sus actividades si estaban adscritos al programa de DPCA, caso contrario a la DPA, que tenía ligera ventaja

sobre el programa de DPCA. En sí, vivir con IRC ya es una carga para la vida de los pacientes.

Pérez-Fontán y Rodríguez-Carmona (2019) reportan que a partir del 3º a 5º año de tratamiento la hemodiálisis favorece al paciente respecto a la diálisis peritoneal, es decir, la hemodiálisis a largo plazo es más beneficiosa para los pacientes con TRR, lo que concuerda con los resultados obtenidos, ya que la mayoría de los pacientes del estudio han estado con TRR entre 2-10 años y con una mediana de permanencia de 4 años en cada terapia, por lo que, analizando los resultados de la comparación entre ambas modalidades, se afirma que la hemodiálisis es favorable.

Pérez (2019) asocia significativamente ($p=0.000$) las relaciones interpersonales con una mala calidad de vida, como ya se mencionó, el puntaje medio obtenido fue mayor hacia hemodiálisis. Esto quiere decir que el que los pacientes asistan subsecuentemente a la unidad de hemodiálisis, favorece a abrir su círculo social y puedan entablar relaciones con más personas, que los entienden de cierta manera por vivir lo mismo que ellos, y con el personal de salud, quien brinda apoyo (dentro de lo posible) hacia las dimensiones de la calidad de vida. Contrariamente a la diálisis peritoneal, que únicamente se mantenían en su domicilio la mayor parte del tiempo si estaban en programa de DPCA y únicamente consultaban al personal de salud cuando existía una complicación o en la consulta mensual.

Algunos autores (López et al, 2017; Pérez-Fontán y Rodríguez-Carmona, 2019) señalan que la hemodiálisis siempre favorece una mejor calidad de vida a largo plazo, tal y como fue observado en el presente estudio que todas las dimensiones tienen una diferencia de medias significativa ($p=0.000$) favoreciendo a la hemodiálisis.

Intentando realizar una explicación teórica de los resultados obtenidos, se presenta el siguiente análisis.

Lawton (2001) define la calidad de vida como una evaluación multidimensional, de acuerdo con ciertos criterios interpersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo, se pudo observar en el presente estudio cómo es que la calidad de vida se ve afectada en los pacientes y en qué medida, tomando en cuenta las dimensiones que involucran esta evaluación multidimensional, en donde se afecta no sólo la salud física, si no todo este sistema social, personal y ambiental.

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al efecto de una determinada enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo, desde su perspectiva personal, que incluye los síntomas, así como el funcionamiento físico y social (Thompson, 2003). Así los pacientes perciben todo lo anterior mencionado como favorable con la hemodiálisis respecto a lo percibido con la diálisis peritoneal.

La Diabetes Mellitus es la principal causa del desarrollo de IRC, sin embargo, en la presente investigación solamente correspondió al 4% de los pacientes. La principal etiología de IRC encontrada fue hipoplasia renal, que coincide con la información de la tabla 1 de Méndez y Rivera (2017) que como principales causas establece a las malformaciones congénitas en el paciente pediátrico, entre estas malformaciones la displasia, hipoplasia, agenesia, disgenesia tubular y enfermedades quísticas, siendo más frecuente la hipoplasia renal.

Ahora bien, este problema de la hipoplasia renal como causa principal desarrollada en edades tempranas tiene coincidencia con la edad de los pacientes (mayor grupo de 30 a 39 años, seguido del grupo de 20 a 29) y con el tiempo que llevan con TRR, tomando en cuenta que hay pacientes hasta con más de 10 años con la terapia, lo cual quiere decir que desarrollaron la enfermedad desde edades pediátricas o tempranas.

Pastor y Julián (2010) mencionan que la elección de la terapia influirá en el estilo y calidad de vida del paciente y de sus cuidadores, tomando en cuenta que, desde el diagnóstico de la enfermedad y la indicación de la TRR, en un primer momento diálisis peritoneal, cambió por completo la calidad de vida de los pacientes. Luego de la indicación hacia el cambio de modalidad, los pacientes tuvieron otro cambio

en el estilo y calidad de vida con la hemodiálisis, pero ahora percibida como favorable respecto a la terapia anterior.

La carga de la enfermedad se ve más afectada específicamente al programa de diálisis peritoneal en el que los pacientes estaban. Por una parte, la diálisis causaba inestabilidad totalmente en su vida cotidiana y sus actividades si estaban adscritos al programa de DPCA, caso contrario a la DPA, que el paciente es más independiente en esta modalidad debido a que la cavidad únicamente se encuentra con líquido por la noche, y durante el día puede realizar sus actividades normalmente.

Capítulo VI. Conclusiones

En el desarrollo de la presente investigación se conoció cómo afectan las TRR a la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal.

El principal factor observado fue el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la IRC hasta el momento, es muy variado entre cada uno de los participantes, pero el mismo o similar entre cada modalidad, sin embargo, la mayoría se sienten identificados con una menor salud en general al inicio de la enfermedad, recalcando que la diálisis peritoneal no favoreció a este proceso debido a las complicaciones biopsicosociales involucradas y por lo tanto la calidad de vida era mala.

Con la evolución de la enfermedad a mediano plazo y con el cambio de modalidad, decidido por la indicación médica, mencionando que, la enfermedad misma provoca deterioro crónico degenerativo, los pacientes perciben la calidad de vida favorable con la hemodiálisis.

Las visitas periódicas a la unidad de hemodiálisis (tres veces por semana) ayudan al paciente a mantener un control del autocuidado, ya que hay personal de enfermería y médico evaluando su estado general en cada sesión, y, si se detecta el inicio de alguna complicación es referido al servicio correspondiente en su unidad médica; caso contrario a la diálisis peritoneal, ya que las consultas son agendadas de acuerdo a la unidad de atención. Por lo que, si se presenta un déficit de autocuidado, el paciente tiende a las complicaciones en cualquiera de las dimensiones que integra la calidad de vida.

Es cierto que la modalidad de TRR siempre será favorable tomando en cuenta las características biopsicosociales, el estado de salud de cada persona y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Sin embargo, a partir de lo obtenido en el presente estudio, la hemodiálisis fue señalada como favorable en los pacientes debido a que refieren un mejor afrontamiento con el paso de los años transcurridos hacia la terapia incluyendo a todas las dimensiones que integran la calidad de vida, desde la salud física, que

debido a la misma enfermedad terminal, está fuera del control total del paciente, dejando como principal intervención el autocuidado para mantener el equilibrio de ésta; la segunda dimensión, salud mental, que depende completamente de, una, la personalidad del paciente, y del medio en el que se encuentra; la carga de la enfermedad, que de primera instancia desde el diagnóstico se vuelve un peso biológico, social y económico para el paciente y la familia, pero que, se adapta a la vida diaria; y por último las relaciones sociales y entorno que favorecen o perjudican el desarrollo de una vida.

Se cumplieron los objetivos del estudio y la hipótesis finalmente es aceptada.

A pesar de lo anterior mencionado, se concluye que la hemodiálisis favorece a todas las dimensiones que dan como resultado una calidad de vida favorable comparando dos terapias de reemplazo renal.

Referencias

Alonso-Trujillo, J. & Alonso-Ricárdez, A. (2019) Investigación científica en enfermería: análisis de datos. Primera edición. UNAM

Diario Oficial de la Federación (2014) Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Estados Unidos Mexicanos Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Chaparro, L. & Rey, C. & Acosta, P. (2008) Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*, (17) Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803001>

Caballero, S., & Trujillo, J. U., & Welsh, U., & Martínez, J., & Hernández, S. T. (2006). Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. *Redalyc. Archivos en Medicina Familiar*, 8(3),163-168. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780304>

Cardona, AD., & Agudelo, GHB. (2005) Construcción cultural del concepto calidad de vida. *RevFacNac Salud Pública*. 79-90 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2005000100008

CENETEC (2014) Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. México: Secretaría de Salud

CENETEC (2019) Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Comisión Nacional de Bioética (2004). Declaración de Helsinki. Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>

Cummins, R.A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72 <https://doi.org/10.1023/A:1007027822521>

Fayad, All., & Buamscha, D., & Ciapponi, A. (2018). Timing of renal replacement therapy initiation for acute kidney injury. *Cochrane Data base of Systematic Reviews*. Issue 12. Art. No.: CD010612 doi: 10.1002/14651858.CD010612.pub2. PMID: 30560582; PMCID: PMC6517263.

Flores, E., & Miranda, MG., & Villasís, MÁ. (2017) El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. Estadística inferencial. *RevAlerg Mex*.64(3):364-370

Fressenius Medical Care (2020) Curso: Manejo de la tecnología FMC 4008S, Centro de Asistencia Renal

IMSS (2016) Enfermedad renal crónica, un problema de salud pública. En Méndez y Rivera. Nefrología para enfermeros.

Lawton, M. (2001). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45 181-183.

López y López, LR., & Baca, A., & Guzmán, PM., & Ángeles, A., & Ramírez, R., & López, DS., & Copca, DV., & Santillán, WJ., & Lagunas, M., & Lázaro, J., & Reyes, AE., & Alba, DL., & Terán, JO., & Castro-, LJ. (2017). Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento. *Medicina interna de México*, 33(2), 177-184. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018648662017000200177&lng=es&tlng=es

Lorenzo, V., & Luis, D. (2022) Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al día. Disponible en: Enfermedad Renal Crónica | *Nefrología al día* (nefrologiaaldia.org)

Mejía-Navas P, & Prats-Valencia M, & Borrás-Sans M. (2019). Indicaciones y modalidades de la diálisis peritoneal. *Revista Nefrología al día*. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/229>

Méndez, A., Rivera, G. (2017) Nefrología para enfermeras. Segunda edición. Editorial Manual Moderno

Montalvo-Prieto, A., & Cabrera-Nanclares, B., & Quiñones-Arrieta, S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*, 12(2), 134-143. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200005&lng=en&tlng=es

Muñiz J. (2010). Las teorías de los tests: Teoría clásica y Teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del Psicólogo*; 31 (1):57-66.

Pastor J. L., & Julián J.C. (2010) Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Nefrología: Volumen 1*. Suplemento 1. 15-20

Pérez-Fontán M, & Rodríguez-Carmona A. (2019) Resultados generales de la Diálisis Peritoneal. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds.) *Nefrología al día*

Pérez, V. (2019) Actitud favorable hacia la donación para trasplante renal y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica [Tesis Licenciatura] Universidad Nacional Autónoma de México

Poblete, M., & Sanhueza, O. (2005) Principios bioéticos para la práctica de investigación de enfermería. *RevEnferm IMSS*;13(3):161-166

Roberto, J. (2016). Principios básicos para prescribir la diálisis peritoneal crónica, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aire *RevNefrol Dial Traspl*; 36 (3): 179-86

Rodríguez, M.C. & Saucedo, M. E. (2018) Diálisis peritoneal Enseñanza y Autocuidado. UNAM. FES Iztacala.

Sánchez, H., & Rivadeneyra-Espinoza, L., & Aristil, C. (2016) Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. *Revista Archivo Médico de Camagüey. AMC*.20(3):262-270

Shaw A. (1977) Definingthequalityoflife. *Hastings Center Report*

Silva, S. (2016) Hemodiálisis: antecedentes históricos, su epidemiología en Latinoamérica y perspectivas para el Ecuador. UNIANDES EPISTEME: *Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*. ISSN 1390-9150 Silva Tobar, S.D. Vol. (3), Núm. (1)

Sosa-Barrios RH., & Burguera-Vion V., & Gomis-Couto A. (2021) Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres. *Nefrología al día*. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/32>

Stevens, SS. (1946). OnTheTheoryofScalesofMeasurement. *Science*. 103 (2684) 677-680.

Thompson, D., Yu, C. (2003) Qualityoflife in patientswithcoronaryheartdisease: I. Assessmenttools, HealthQualLifeOutcomes

Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Vargas-Marcos, F. (2015). Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS [en línea]. Disponible en: <https://bit.ly/3iJUU9c>

Webster AC., & Nagler EV., & Morton RL., & Masson P. (2017) ChronicKidneyDisease. *Lancet*. Mar 25;389(10075):1238-1252

Zúñiga, F. (2021) Comunicación personal, Centro de Asistencia Renal

Zúñiga, C., Dapuelto, J., Müller, H., Kirsten, L., Alid, R., & Ortiz, M. (2009). Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "KidneyDiseaseQualityofLife (KDQOL-36)". *Revista médica de Chile*, 137(2), 200-207. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200900020000>