

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA
UNAN- FAREM MATAGALPA
Facultad de Ciencias Médicas



MONOGRAFÍA

Para optar al Título de Médico y Cirujano

**Evolución, seguimiento y calidad de vida de los pacientes
diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en el
departamento de Matagalpa en el año 2015**

AUTORA:

Br. María Mercedes Siles Rodríguez

Tutor

Dr. Fulvio Soto

Asesor: Msc. Marcia Cordero

Matagalpa, 17 de febrero 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA
UNAN- FAREM MATAGALPA
Facultad de Ciencias Médicas



MONOGRAFÍA

Para optar al Título de Médico y Cirujano

**Evolución, seguimiento y calidad de vida de los pacientes
diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en el
departamento de Matagalpa en el año 2015**

AUTORA:

Br. María Mercedes Siles Rodríguez

Tutor

Dr. Fulvio Soto

Asesor: Msc. Marcia Cordero

Matagalpa, 17 de febrero 2017

INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
VALORACIÓN DEL TUTOR	iii
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACION	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS	11
General:.....	11
Específicos:	11
VI. MARCO TEORICO.....	12
6.1 Insuficiencia Renal Crónica	12
6.1.1 Definición.....	12
6.2 Estadios de la insuficiencia renal crónica (Evolución).....	12
6.2.1 Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica	15
6.3 Caracterización de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica.....	18
6.3.1 Definición.....	18
6.3.2 Características de la calidad de vida.....	19
6.3.3 Cuestionario SF-36 para la valoración de la calidad de vida	20
6.3.4 Definición.....	20
6.3.5 Componentes del cuestionario SF-36	21
6.4 Causas que llevan al desarrollo de Insuficiencia Renal Crónica.....	22
VII. PREGUNTAS DIRECTRICES.....	26
VIII. DISEÑO METODOLOGICO	27
IX- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
IX. CONCLUSIONES.....	62
X. RECOMENDACIONES.	63
XI. BIBLIOGRAFIA.....	64
ANEXOS	

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios que ha estado presente en cada uno de los momentos de mi vida que me ha dado la sabiduría y fortaleza para caminar con pasos firmes para alcanzar esta mi primera meta.

A mis padres, María Mercedes y Sebastián por haberme guiado, apoyado y educado con valores y perseverancia para alcanzar mi propósito.

A mi hermano Manuel Alejandro, por ser como mi segundo padre, el cual siempre me ha apoyado en cada etapa de mi vida y ha confiado en mí y me ha dado sus consejos para poder alcanzar esta meta.

AGRADECIMIENTO

Al concluir este trabajo monográfico agradezco infinitamente a Dios por haberme dado la fortaleza, entendimiento y voluntad en todos estos años de estudiantes, a la Santísima Virgen María por haberme ayudado en mis momentos difíciles.

A los pacientes que confiaron en mí y me dedicaron su valioso tiempo y compartieron conmigo sus vivencias de su enfermedad.

A mis padres, María Mercedes y Sebastián, por haberme brindado su apoyo a lo largo de este camino y darme los consejos necesarios para tener la fortaleza para llegar a mi meta y a mi Hermano Manuel Alejandro, por brindarme su ayuda siempre que la necesite en esta carrera.

A la profesora Martha González por ayudarme a la conclusión de este trabajo.

VALORACIÓN DEL TUTOR

Matagalpa, 17 de febrero 2017

Por la presente se deja constancia de que el informe de la investigación de tesis para optar al grado de Dr. Médico Cirujano y que lleva por título:

“Evolución, seguimiento y calidad de vida de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015”.

Autora:

Br. María Mercedes Siles Rodríguez

Reúne los requisitos básicos metodológicos y científicos para ser presentado en el acto de defensa.

La investigación realizada representa un acercamiento al problema de investigación, por lo que todavía se podría continuar profundizando en su estudio.

ATENTAMENTE

**Dr. Fulvio Soto
Tutor**

RESUMEN

Esta investigación se realizó con el objetivo de analizar la evolución, seguimiento y calidad de vida en los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015.

El enfoque utilizado en la investigación fue el cuantitativo con elementos cualitativos. Cabe destacar que se hizo uso del estudio descriptivo de tipo series de casos. La población en estudio fue de 6 pacientes

Métodos e instrumentos utilizados: Para hacer valoración de la calidad de vida se utilizó el cuestionario de salud SF-36 y además para valoración de la evolución de la enfermedad se realizó una entrevista dirigida a cada paciente participante.

Se ha llegado a las siguientes conclusiones, que los pacientes en estudios se encuentran viviendo en la parte urbana de la ciudad, se encuentra en la clasificación 2, 4 y 5 según KDOQI, entre las causas que llevaron al desarrollo de IRC se tiene por complicaciones crónicas de Diabetes Mellitus, congénito y por exposición a sustancias químicas, además de algunos de nuestros pacientes se encuentran con un nivel socioeconómico bueno lo que influye en la búsqueda oportuna de atención en salud y un mayor conocimiento de su patología, además también alcanzamos evaluar la calidad de vida a través de distintitas dimensiones; función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental, y de su evolución declarada de salud. Además según la percepción propia de los pacientes, llevan una calidad de vida media, llevan un control adecuado de su enfermedad, están conscientes de su estado de salud y de las posibles repercusiones, que su salud no va mejorar y que tienden a empeorar en el transcurso del tiempo.

I. INTRODUCCION

La presente investigación aborda la evolución, seguimiento y calidad de vida de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015.

El propósito de esta investigación es analizar la evolución, seguimiento y calidad de vida de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica y dar a conocer como la calidad de vida influye en el desarrollo de la enfermedad y además dar a conocer al gremio médico los casos de esta enfermedad para poder realizar un diagnóstico temprano.

Por otra parte la incidencia y la prevalencia de insuficiencia renal crónica va en ascenso en nuestro país, y la mayoría de los pacientes desconocen su condición lo que nos lleva a un diagnóstico tardío de su enfermedad y por lo tanto su calidad de vida estará más afectada de acuerdo al estadio en que se diagnostique.

La investigación tiene la siguiente estructura: (Universidad de Chile, 2000)

Portada: Es la primera página del escrito, en este lugar se identifica la investigación; contiene el logo de la Universidad, el nombre de la institución que avala los estudios, el del autor, o autores; el título de la tesis, protocolo de titulación / propósito de titulación, el nombre del conductor o profesor guía de la investigación, lugar y fecha.

Dedicatoria: página optativa en la que se hace mención a las personas a quienes el autor de la tesis quiere dedicar su investigación, se recomienda evitar el abuso de los nombramientos, en algunos casos se aconseja agregar un pensamiento o frase especial, que debe ser breve y moderado en adjetivos, evitando los diminutivos.

Agradecimiento: página optativa que va encabezada por la palabra: Agradecimientos. El o los autores del trabajo hacen mención de las personas e

instituciones que contribuyeron y apoyaron la realización de la investigación. Los agradecimientos se redactan de manera formal, no anecdótica.

Índice: Se refiere a la lista organizada de las partes que conforman la tesis en el orden en que se presentan al interior del trabajo. Incluye todos los elementos tales como las páginas del cuerpo preliminar, los títulos de los capítulos, partes o secciones, que no deberán exceder 9 niveles y los materiales complementarios o de referencia. La organización de la tabla de contenido debe reflejar la del texto, incluso en sentido espacial.

Resumen: El resumen determina la pertinencia de la investigación y permite decidir al lector si el documento es de su interés. Debe dar cuenta en forma objetiva, clara, breve y simple del contenido de la obra, sin interpretaciones, juicios de valor, ni críticas expresadas por el autor.

Introducción: La introducción es la presentación clara, breve y precisa del contenido de la tesis, no debe incluir resultados ni conclusiones. Es la primera parte del trabajo que se lee.

Antecedentes: Los antecedentes reflejan los avances y el estado actual del conocimiento en un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones.

Justificación: En esta sección deben señalarse las razones por las cuales se realiza la investigación y sus posibles aportes desde el punto de vista teórico o práctico.

Objetivos: Objetivo es sinónimo de meta, es decir, aquello que se aspira lograr o alcanzar. En este caso, nos referimos a meta en términos de conocimiento, es decir, los conocimientos que el investigador se propone obtener.

Marco Teórico: El marco teórico o marco referencial, es el producto de la revisión documental–bibliográfica, y consiste en una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar.

Preguntas directrices: Permiten la sistematización del problema y consiste en desagregar la pregunta general realizada en la formulación, en sus componentes internos.

Conclusiones: Es una parte importante de la tesis donde el autor emite juicios con relación a su hipótesis, la refuta o la comprueba basado en una síntesis de los resultados obtenidos. Las conclusiones deben reflejar los alcances y las limitaciones del estudio, las recomendaciones que puedan ser útiles al problema de investigación, así como las consecuencias y determinaciones que puedan contribuir al desarrollo del conocimiento

II. ANTECEDENTES

En Europa:

En España, Rebollo Rubio (2015), realizó un estudio sobre: **“Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España”**, el cual su objetivo fue Ofrecer una visión contrastada de los instrumentos de evaluación de la CVRS más usados en la población española con ERCA, analizando además la calidad de vida percibida por esta población y los resultados fueron: La mayoría de los estudios muestra cómo la CVRS se ve afectada de forma importante en pacientes que reciben terapia sustitutiva renal. Estos resultados se muestran independientes del instrumento usado para medir la calidad de vida relacionada con la salud y de otras variables asociadas a lo largo de los distintos estudios. La CVRS ha sido analizada especialmente en pacientes en hemodiálisis, con diseños fundamentalmente observacionales y con el Short Form-36 Health Survey. Se necesitan más estudios que aborden aspectos como la CVRS en la etapa prediálisis, así como estudios con muestras más grandes y diseños longitudinales, analíticos o experimentales.

En Madrid, España, Perales Montilla (2015), elaboro un estudio acerca: **“Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática”**, el cual su objetivo fue comparar la capacidad predictiva de los síntomas somáticos informados y el estado anímico (depresión y ansiedad) sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con enfermedad renal crónica y las conclusiones del estudio fueron: El estado anímico es un mejor predictor de los componentes físico y mental de la CVRS que el número e intensidad de los síntomas físicos informados por los pacientes. Estos resultados señalan la importancia de evaluar e intervenir sobre los estados emocionales negativos (depresión y ansiedad) en los pacientes renales. Estas intervenciones pueden repercutir en una menor interferencia de la enfermedad sobre la CVRS en el paciente en hemodiálisis.

En América Latina:

En Chile, Mera Santander (2007), realizó un estudio sobre: **“Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006”**, cuyo objetivo fue valorar la Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis, en el Centro Médico Dial-Sur, de la ciudad de Osorno, los principales resultados son: El Área Estado Funcional es percibida como de Regular a Mala (60,7%); el Área de Bienestar como Buena (40,9%), la Percepción de Salud General como Buena (31,8%) y el Cambio de Salud en el tiempo como Muy Buena (45,54%).

En Chile, Rodriguez Vidal (2005) realizó un estudio sobre: **“Calidad de vida en pacientes renales hemodializados”**, cuyo objetivo fue conocer las características personales y calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, el cual concluyeron lo siguiente: que aproximadamente la mitad de las personas encuestadas tenía una calidad de vida por sobre el nivel promedio y aproximadamente la mitad de los pacientes tenían entre 45 y 64 años, la distribución por sexo fue prácticamente similar, tres cuartas partes de los sujetos se declararon con pareja, más de la mitad poseía baja escolaridad y todos poseían algún sistema previsional. El valor más alto de calidad de vida fue 81,8 y el más bajo 3,25.

En Colombia, Contreras (2006), realizó un estudio sobre: **“Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Universidad Santo Tomas, Bogotá”** cuyo objetivo fue escribir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si esta presentaba características distintas en función de la adhesión al tratamiento, en donde los principales resultados fueron: Los resultados de la prueba t de Student para grupos independientes mostró diferencias significativas en función física, entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento (n = 19 y n = 13 respectivamente). Así mismo, el primer grupo reportó mejor calidad de vida relacionada con salud mental, mientras que el segundo con aspectos físicos.

En Brasil, Costa (2016), realizó un estudio sobre: **Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis**, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, así como caracterizarlos, identificar los factores que afectan e influyen en la misma en donde los principales resultados fueron: los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis tienen una calidad de vida regular, y el conocimiento de los profesionales sobre este tema es de suma importancia para alcanzar una optimización en el cuidado de los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis.

En Chile, Guerra (2012) realizó un estudio sobre: **Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio**, cuyo objetivo fue: determinar la calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica y su relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio, en donde concluyeron: que existe necesidad de investigar otros aspectos que permitan enfocar y optimizar el cuidado de enfermería dirigido a estas personas.

En Medellín, Colombia, Yepes (2008) realizó un estudio acerca: **“Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud. Medellín, Colombia, 2008”** el cual el objetivo era estimar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica, que no han recibido ni diálisis ni trasplante, y su asociación con factores de riesgo y se concluyó que los pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante presentan una mayor alteración de la calidad de vida que la población general, principalmente en el componente físico; las mujeres mayores de 65 años se vieron más afectadas.

En Nariño, Colombia, (2014) se realizó un estudio acerca: **“Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis asistidas a una unidad renal en el sur occidente del departamento de Nariño en el periodo marzo - julio de 2014”**, el cual tuvo como objetivo identificar la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis asistidas a una unidad renal en el sur

occidente del departamento de Nariño en el periodo marzo - julio de 2014 y cuyos resultados fueron: el predominio en el género masculino con edades entre 36 y 59 años. La calidad de vida de estos pacientes en las dimensiones física, psicológica y social tiene percepciones negativas debido a los cambios en los estilos de vida, los efectos derivados del tratamiento, el cansancio, agotamiento, la depresión y las limitaciones para las actividades personales, sociales y laborales, mientras que en la dimensión espiritual tienen percepciones positivas.

En Colombia, Pabon Varela (2014) realizó un estudio acerca de: **“Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica”**, el cual tuvo como objetivo: describir la calidad de vida de pacientes con disminución de la función renal en donde los resultados fueron: la dimensión de calidad de vida más afectada es la física; de las tres modalidades de tratamiento para la insuficiencia renal, la que más afecta la calidad de vida del paciente es la hemodiálisis.

En Nicaragua:

En Managua, Centeno Brenes y Sequeira Gross (2013) realizaron un estudio acerca de: **“Prevalencia de la enfermedad renal crónica en trabajadores del campo del poblado de “Los Gutiérrez” municipio de Villa del Carmen en el mes de septiembre del año 2013”** tuvo como objetivo: Conocer la prevalencia de la enfermedad renal crónica en trabajadores del campo del poblado de Los Gutiérrez del municipio de Villa del Carmen en el mes de septiembre del año 2013 en donde los resultados fueron: encontrándose a 33 trabajadores con algún grado de enfermedad renal crónica de estos 26 categorizados en KDOQI II y 7 en KDOQI III, cabe señalar que no conseguimos ubicar a trabajadores en KDOQI I debido a que por definición además de la tasa de filtración glomerular necesitábamos evidencia de daño renal en estos trabajadores, Dentro los resultados podemos señalar que el 100% eran masculinos de procedencia rural, imperando la escolaridad primaria incompleta en el 70% de los trabajadores, las edades de mayor frecuencia fueron de 36 a 60 años con 56.8% seguido de 18 a 35 años con 43.2%, el estado nutricional de mayor frecuencia fue el sobrepeso con 41.8%, seguido del eutrófico con 40.3%.

En Leon, Blandon Torrez y Cardenas Ramirez (2007) relizaron un estudio acerca de : **“Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica y factores asociados a su desarrollo en los pobladores de Mina – Santa Pancha, Abril a Septiembre del 2007”** el cual su objetivo fue: Determinar la prevalencia de enfermedad renal crónica y factores asociados a su desarrollo en los pobladores de 20 – 60 años de MinaSanta Pancha de abril – septiembre 2007 y los resultados de este estudio fueron: la prevalencia general de Enfermedad Renal Crónica es alta 50.9% (estadios I – V) y 10.7 en (estadios III – V), en comparación con otros estudios realizados en comunidades de occidente. Entre los hombres se encontraron que los grupos etáreos de 50 -60 años presentaban mayor número de casos en estadios III - V. En las mujeres se encontraron casos con daño renal en los estadios III - V más constante en los grupos de edad de 30-39 y 50-60 años. En el análisis de los factores de riesgos estratificados por sexo encontramos que los hombres que presentan los siguientes factores son más propensos a padecer ERC: Edad mayor de 30 años (OR: 5.77, IC95%: 1.90-17.55), Antecedentes personales de Hipertensión arterial (OR: 3.05, IC95%:1.00- 9.22), Golpe de calor (OR: 3.12, IC95%: 1.09 – 9.34), siendo todos estadísticamente significativos.

En Leon, Lopez Arteaga (2005) realizo un estudio acerca de **“Historia laboral agricola como factor de riesgo para deterioro de la funcion renal en el Occidente del pais enero 2003- enero 2005”**, el cual su objetivo fue analizar la historia laboral agricola como factor de riesgo para deterioro de la funcion renal en trabajadores agricolas de los municipios de Leon y en el periodo comprendido de enero 2003- enero 2005 el cual los resultados fueron: que se encontro riesgo significativo de deterioro de la funcion renal en los trabajadores agricolas (OR 1.53 IC95% 1.27-2.39) se realizo regresion logistica a los cultivos para estimar riesgo ajustado siendo estadisticamente significativo al cultivo de caña, algodón y maiz. El uso de plaguicidas se encontro cxomo factor de riesgo para deterioro de la funcion renal.

III. JUSTIFICACION

Esta investigación aborda la temática evolución, seguimiento y calidad de vida de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015, con el propósito de analizar la evolución, seguimiento y calidad de vida de estos pacientes.

El estudio de la insuficiencia renal crónica en Nicaragua va en ascenso debido al estilo de vida sedentario y la alimentación poco saludable que consume nuestros habitantes lo que conlleva a un aumento de enfermedades crónicas que causa daños en los riñones tale como diabetes e hipertensión arterial cuando no son diagnosticados tempranamente o cuando el paciente se vuelve poco colaborador.

De igual forma no se puede obviar el hecho de que la actividad agrícola es la principal fuente de divisas de nuestro país y que los trabajadores agrícolas se encuentran desprotegidos al realizar su trabajo debido a que los dueños de las haciendas o fincas no les proporcionan el equipo necesario para manipular agroquímicos y aun aplican agroquímicos prohibidos en otros países por ser de alto riesgo biológico. Aun algunos pacientes conociendo la disposición genética de la enfermedad hacen caso omiso a esta situación y no se someten a exámenes clínicos para determinar su condición de salud.

Al estudiar la calidad de vida y llevar un seguimiento de la enfermedad renal crónica, se pretende que tengan un mejor abordaje terapéutico y que el entorno de cada paciente es importante para que su enfermedad avance o tenga mejores posibilidades de sobrellevar su enfermedad.

Esta investigación es de utilidad, ya que los que deseen estudiar en un futuro este tema, pueden consultar una bibliografía a nivel del municipio de Matagalpa y poder tener un indicio de la situación de nuestro departamento.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Insuficiencia Renal Crónica es un problema de salud pública mundial, que presenta una incidencia y prevalencia creciente con un pronóstico pobre y alto costo en el tratamiento y seguimiento de los pacientes.

En el centro y norte del país no se encuentra registrado estudios epidemiológicos donde aborden la incidencia, prevalencia y se lleve un control y seguimientos y se valore la calidad de vida de estos pacientes en esta zona del país, razón por la cual se pretende estudiar el departamento de Matagalpa.

Ante lo expuesto se plantea la interrogante:

¿Cómo es la evolución, seguimiento y calidad de vida en los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015?

V. OBJETIVOS

General:

Analizar la evolución, seguimiento y calidad de vida en los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015

Específicos:

1. Caracterizar el espacio socio-demográficamente de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en año 2015.
2. Describir los estadios de evolución de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015.
3. Evaluar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015.
4. Explicar las causas que llevaron al diagnóstico de insuficiencia renal crónica en los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015.

VI. MARCO TEORICO

6.1 Insuficiencia Renal Crónica

6.1.1 Definición

National Kidney Foundation (2002) definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m².

Se define como insuficiencia renal crónica (IRC) la pérdida irreversible de la función renal, independientemente de la severidad de la misma. Esta pérdida de función puede desarrollarse a una velocidad variable a lo largo del tiempo, es decir, con un ritmo de progresión variable, en función de la causa que la condicione, pero en general suele acontecer de forma relativamente lenta e insidiosa, la mayoría de las veces a lo largo de meses o de años. (Ruiz San Millán, 2007).

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. (Gómez Carracedo, 2015).

Ante lo expuesto, por escritores se deduce que los tres coinciden que la insuficiencia renal es un daño permanente e irreversible en la función renal con disminución de la tasa de filtración glomerular menor de 60 ml/min/mts².

6.2 Estadios de la insuficiencia renal crónica (Evolución)

Para estadificar la insuficiencia renal es necesario cuantificar la tasa de filtración glomerular y se puede realizar mediante el uso de dos ecuaciones que

suelen utilizarse para estimarla e incorporan la concentración de creatinina plasmática, edad, sexo, y el origen étnico. (Longo, 2012)

Para poder estadificar la insuficiencia renal crónica se debe de determinar las concentraciones de creatinina en suero. La creatinina se elimina en su mayor parte por filtración, razón por la que se utiliza para medir el filtrado glomerular. Sin embargo, la creatinina se secreta también por los túbulos renales y, en consecuencia, el aclaramiento de creatinina (Ccr) sobrestima el Filtrado Glomerular verdadero en un 10%-15%. En condiciones normales, el aclaramiento de creatinina es de 90-130 mL/min por 1,73 m². El Ccr aumenta durante el embarazo y disminuye con la edad a partir de los 45 años a razón de 1 mL/min al año. Por esta razón, se han propuesto diversas fórmulas que estiman el aclaramiento de creatinina o el filtrado glomerular verdadero y que no requieren la recogida de orina. (Farrera, 2012)

Del mismo modo, ante lo expuestos por estos autores para poder determinar la tasa de filtración glomerular se necesita del aclaramiento de creatinina, el cual nos dará el estadio en que se encuentra para así poder valorar la evolución de esta enfermedad.

Ecuaciones recomendadas para estimar la filtración glomerular (GFR) por empleo de la concentración de creatinina sérica (PCr), edad, sexo, raza y peso corporal

1. Ecuación incluida en el *Modification of Diet in Renal Disease Study*

$$\text{GFR estimada (ml/min por 1.73 m}^2\text{)} = 1.86 \times (\text{P}_{\text{Cr}})^{-1.154} \times (\text{edad})^{-0.203}$$

Multiplicar por 0.742 en mujeres

Multiplicar por 1.21 en el caso de afroestadounidenses

2. Ecuación de Cockcroft-Gault

Depuración estimada de creatinina (ml/min)

$$(140 - \text{edad}) \times \text{peso corporal (en kg)} / 72 \times \text{P}_{\text{Cr}} (\text{mg}/100 \text{ ml})$$

Multiplicar por 0.85 en el caso de mujeres

(Longo, 2012)

Farrera, (2012) expreso que se encuentra la fórmula de Cockcroft-Gault el cual sirve aunque sólo de forma aproximada para estimarse el aclaramiento de creatinina y esta puede estimarse a partir de la creatinina sérica (Scr), la edad, el sexo y el peso corporal del individuo. El cual propuso la siguiente formula:

$$C_{cr} = \frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso corporal}}{S_{cr} \times 72}$$

En donde el Ccr se expresa en ml/min, la edad en años, el peso en kg, la Scr en mg/dL y 72 es una constante. En las mujeres el resultado se debe multiplicar por 0,85. Si la creatinina se expresa en mmol/L y se quiere transformar en mg/dL es necesario dividir aquella por 88,4. Para corregir el resultado en función de la superficie corporal, debe multiplicarse por 1,73 y dividirse por la superficie corporal.

Conviene destacar que ambos autores utilizan la misma ecuación para el cálculo de la tasa de filtración y utilizan los mismos parámetros para su medida, y la interpretación de esta va en relación a las guías KDOQI, que se exponen en el siguiente punto. Adema esta ecuación se utiliza a nivel mundial en todas las salas de medicina interna para poder valorar el estado renal de los pacientes. (Farrera, 2012)

6.2.1 Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica

Según Longo, (2012) lo clasifica de la siguiente manera, según la tasa de filtración glomerular:

Fase o estadio	Filtración Glomerular en ml/min por 1.73m ²
1	Mayor 90
2	60-89
3	30-59
4	15-29
5	Menor 15

Fuente: Longo (2012)

Según refiere Ruiz San Millán, (2007) la clasificación de la Insuficiencia renal crónica de acuerdo a KDOQI es la siguiente:

Estadios de la insuficiencia renal crónica (IRC) de acuerdo con la clasificación de las guías K/DOQI		
Estadio	Descripción del daño renal	FG (ml/min/1,73m ²)
I	FG normal pero con alguna evidencia de daño renal (sedimento urinario anormal, biopsia patológica, etc.)	> 90
II	IRC leve	60-89
III	IRC moderada	30-59
IV	IRC severa	15-29
V	IRC terminal, precisa ya tratamiento sustitutivo con diálisis	< 15 o diálisis

Fuente: Ruíz San Millan (2007)

Según Farrera (2012), el cual presenta la clasificación de la insuficiencia renal crónica según la propuesta por KDIGO en el año 2009.

Tabla 93-1 Clasificación 2009 de la enfermedad renal crónica propuesta por KDIGO^a

ESTADIO DE ERC	TeFG (mL/min/1,73 m ²)	ALBUMINURIA (COCIENTE ALB/CR, mg/g)	PLAN DE ACCIÓN ^b
Estadio 1 (alto y óptimo)	≥ 105 90-104	<30, 30-299, o ≥ 300	Diagnóstico y tratamiento de: a) La causa de la ERC b) Factores reversibles c) Comorbilidades d) Factores de riesgo y/o ECV
Estadio 2 (leve)	75-89 60-74	<30, 30-299, o ≥ 300	Intervenciones que retrasan la progresión de la ERC Estimación de la velocidad de progresión
Estadio 3a (leve-moderado)	45-59	<30, 30-299, o ≥ 300	Prevención y tratamiento de las complicaciones de la ERC
Estadio 3b (moderado-grave)	30-44		
Estadio 4 (grave)	15-29	<30, 30-299, o ≥ 300	Preparación para la terapia renal sustitutiva
Estadio 5 ^c (insuficiencia renal)	< 15	<30, 30-299, o ≥ 300	Inicio de la terapia renal sustitutiva a tiempo

^aAdemás de los 5 estadios basados en el nivel de la TeFG y de la presencia de albuminuria (A1 = < 30, A2 = 30-299, A3 = > 300 mg/g), la nueva clasificación incluye el diagnóstico clínico de la causa de la ERC en alguna(s) de las siguientes categorías: DM, HTA, glomerulopatías, otras causas, nefropatía crónica del trasplante y causa desconocida.

^bIncluye las intervenciones de los estadios previos.

^cAl paciente que recibe tratamiento con diálisis se le clasifica como estadio 5D. Al que recibe tratamiento con trasplante renal se le añade una T al estadio de ERC en que se encuentre.

ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; KDIGO: *Kidney Disease Improving Global Outcomes*; TeFG: tasa estimada de filtración glomerular.

Adaptado de Levey, 2011. n.º 300.

Fuente: Farrera (2012)

Ante lo expuesto por los tres autores, en donde hacen uso de las guías de KDIGO para la clasificación de la enfermedad renal crónica, las cuales se dividen en cinco estadios de la enfermedad según su tasa de filtración glomerular lo que nos lleva al tipo de acción que se realizara según cada paciente.

La disminución anual media de la filtración glomerular con el paso de tiempo, que parte de una cifra máxima (en promedio 120 ml/mint por 1.73m²) y que se observa en el tercer decenio de la vida aproximadamente y alcanza una media a los 70 ml/mint por 1.73m² a los 70 años. La filtración media en mujeres es menor en mujeres que en varones. Por ejemplo una mujer después de los 80 años, cuya creatinina sérica es normal puede tener tasa de filtración glomerular de 50 ml/mint por 1.73m². Por ello incluso una leve elevación de la concentración de creatinina sérica suele denotar una baja sustancial en la filtración glomerular de muchas personas. (Longo, 2012)

El Cálculo de la tasa de filtración glomerular (TFG) es la mejor medida para evaluar la función renal tanto en usuarios sanos como enfermos. Los niveles normales varían de acuerdo a edad, sexo e índice de masa corporal. Los valores en adulto de tasa de filtración glomerular ajustado por la superficie corporal son: 90 a 120 mL/minuto/1.73 m². Niveles <60mL/min por 1.73 m² indica pérdida de la mitad de la función renal. Aproximadamente la TFG disminuye 1mL/min por año después de los 30 años, sin embargo los niveles de creatinina no deben incrementar con la edad, esto debido a que este descenso (de la TFG) se acompaña de una disminución de la masa muscular. (Normativa -016, 2009)

Esto es la explicación de dos autores acerca de cómo la tasa de filtración glomerular disminuye a partir de la edad de treinta años y que este es un proceso fisiológico pero que esta no debe de aumentar los valores de creatinina.

Según Longo, (2012) las etapas 1 y 2 de la insuficiencia renal crónica habitualmente no se acompaña de síntomas que surgen del deterioro de la filtración glomerular.

Según Farrera (2012), En los estadios 1 y 2 debe haber riesgo de una reducción progresiva de la TFG (p. ej., en la nefropatía diabética acompañada de microalbuminuria o en la enfermedad renal poliquística temprana).

En donde estos dos autores concluyen que en los estadios 1 y 2 de la enfermedad renal crónica, no se acompañan de síntomas que sugieran deterioro de la función renal, pero que sí debe de estar pendiente de los antecedentes patológicos para poder hacer un control de estos y evitar que estos avancen a estadios más avanzados

Según Longo (2012) si las disminucion evoluciona y llega a los estadios 3 y 4 son mas notables las complicaciones. Practicamente hay afeccion de todos los organos y sistemas, pero la complicaciones mas manifestas incluyen anemia y fatiga facil, anorexia con malnutricion progresiva; anomalias del calcio, fosforo y hormonas que regulan minerales como calcitriol, hormona de fibroblastos, asi como anomalias en la homeostasia del sodio, potasio, agua y equilibrio acido base.

Según Longo(2012) cuando se evoluciona hasta el estadio 5, se acumulan toxinas al grado en que la persona puede presentar perturbaciones extraordinarias de sus actividades de la vida diaria, bienestar, estado nutricional, todo al final puede llevar al paciente a sindrome uremico, esta etapa terminara en la muerte sino se realiza tratamiento de reposicion renal (dialisis o transplante).

En dependencia de la disminuci3n de la tasa de filtraci3n glomerular ser3 la afectaci3n sistema que tendr3 cada estadio de acuerdo a la clasificaci3n de KDOQI.

6.3 Caracterizaci3n de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal cr3nica.

6.3.1 Definici3n

Se denomina Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) al conjunto de factores relacionados con el estado de salud que forman parte del concepto multidimensional de Calidad de Vida tal y como la defini3 la OMS1, concepto en el que tambi3n intervienen otros factores «no m3dicos» constituidos por la familia, las amistades, las creencias religiosas, el trabajo, los ingresos y otras circunstancias de la vida. (Rebollo, 2000)

Según Urzua (2010) defini3 la calidad de vida como la evaluaci3n subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de

funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.

También Urzua (2010) lo define como la expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.

En donde los tres diferentes conceptos coinciden que la calidad de vida relacionada con la salud es la evaluación subjetiva de cada quien respecto a su estado de salud y su entorno social.

6.3.2 Características de la calidad de vida

La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior. (Vinaccia, 2005)

Existen algunos factores comunes a la población general y a los enfermos crónicos, que determinan un efecto de socialización del género sobre la salud, el bienestar. Entre estos factores han mostrado afectar la CVRS de enfermos renales distintos factores sociodemográficos: el desempleo y el bajo nivel educativo y socioeconómico y psicosociales: los síntomas depresivos y ansiosos, y el apoyo social. (Vázquez, 2004)

Se recomienda abordar los dominios físico, psicológico y social. En el primero, se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en el dominio psicológico se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en el tercer dominio se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros. Esta valoración de la calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos objetivos y subjetivos, con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo. (Francoise Contreras, 2006)

El concepto enfatiza en el bienestar y satisfacción del paciente, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en los pacientes con enfermedades crónicas, quienes deben vivir con una condición médica permanente y deben aprender a convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante. (Francoise Contreras, 2006)

En estos dos autores consultados, perciben que la calidad de vida relacionada con la salud se debe de estudiar en varios componentes de la vida, como es el emocional, físico, social, psicológico y espiritual para tener una apreciación completa de cada uno de estos.

6.3.3 Cuestionario SF-36 para la valoración de la calidad de vida

6.3.4 Definición

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. (Normativa, Mexico, s.f)

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. (Vilagut, 2005)

En donde se observas que lo propuesto por los dos autores se refiere al cuestionario SF-36 como un instrumento compuesto por 36 preguntas para valorar aspectos de la salud.

6.3.5 Componentes del cuestionario SF-36

Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año (Normativa México)

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. (Vilagut, 2005)

Definición de las dimensiones y calificación de los temas:

Dimensión	Significado
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

(Normativa, Mexico, s.f)

Según estos dos autores el componente del cuestionario SF- 36 se subdividen en ocho dimensiones lo que nos ayuda a comprender de una mejor manera la calidad de vida relacionada con la salud.

6.4 Causas que llevan al desarrollo de Insuficiencia Renal Crónica

Todas las causas de nefropatía pueden producir una disminución crónica del FG y acabar siendo responsables de IRCT. De ellas, según la información recogida en la mayoría de los registros, las principales causas son: la diabetes mellitus, las glomerulonefritis, las nefropatías intersticiales (incluyendo la pielonefritis crónica), las enfermedades vasculares y la hipertensión (nefroangioesclerosis o nefropatía hipertensiva), algunas nefropatías hereditarias y las neoplasias. La tabla 3 muestra los datos de 3 registros internacionalmente reconocidos de EE. UU., Australia y Japón. (Ruiz San Millán, 2007)

TABLA 3

Principales causas de insuficiencia renal crónica (IRC) terminal en diferentes registros internacionales

	Reino Unido	Australia	EE. UU.	Japón
Incidencia (%)				
Diabetes mellitus	16	22	43	31
Glomerulonefritis	30	30	9	47
Nefroangioesclerosis	12	14	26	10
Otros	42	34	22	12

(Ruiz San Millán, 2007)

En general, en el mundo desarrollado predominan la diabetes mellitus y la nefroangioesclerosis, mientras que en los países en vías de desarrollo predominan las glomerulonefritis y las enfermedades relacionadas con infecciones. Esta diferencia es una consecuencia clara de los cambios sociales derivados del desarrollo con mejores condiciones higiénico-sanitarias, pero con un aumento de la obesidad y de la diabetes por un predominio de las dietas ricas en grasas y en productos elaborados y el progresivo envejecimiento de la población. En la mayoría de los países occidentales se observa un progresivo incremento de la prevalencia de IRCT y paralelamente un aumento de la edad media de los pacientes. La tabla 4 muestra una descripción más detallada de las causas de IRCT. Es de destacar que en la mayoría de las series existe un porcentaje variable, pero en general importante de casos de etiología desconocida o no filiada. La mayoría de las veces esto es consecuencia de la llegada del paciente en una fase avanzada de la IRC en la que el diagnóstico etiológico es más difícil, incluso realizando exploraciones agresivas como la biopsia renal (por lo que no se suelen indicar en estas fases). Este grupo puede oscilar en las diferentes series entre un 10 y un 30% de los pacientes. (Ruiz San Millán, 2007)

TABLA 4
Causas de insuficiencia renal crónica (IRC) terminal

Causas comunes

- Diabetes mellitus
- Glomerulonefritis
- Nefritis intersticial (incluyendo pielonefritis crónica)
- Hipertensión arterial/enfermedad vascular renal
- Nefropatías hereditarias o congénitas

Causas menos frecuentes

Enfermedades metabólicas

- Cistinosis
- Oxalosis
- Nefrocalcinosis
- Cistinuria
- Hiperuricemia

Enfermedades vasculares

- Nefropatía isquémica
- Esclerodermia
- Síndrome hemolítico-urémico
- Insuficiencia renal postparto

Disproteinemias

- Amiloidosis
- Mieloma múltiple
- Crioglobulinemia

Enfermedad por depósito de cadenas ligeras

Enfermedades hereditarias

- Enfermedad de Alport
- Enfermedad de Fabry
- Esclerosis tuberosa
- Anemia de células falciformes

Vasculitis

- Enfermedad de Wegener
- Poliarteritis microscópica
- Panarteritis nudosa
- Lupus eritematoso sistémico

Neoplasias

- Adenocarcinoma renal
- Linfomas

Enfermedades estructurales

- Otras enfermedades quísticas renales diferentes de la forma autosómica dominante del adulto
- Anomalías congénitas o adquiridas de la vía urinaria (obstrucción, reflujo, etc.)

. (Ruiz San Millán, 2007)

Según Longo (2012) las cinco principales causas de Insuficiencia renal crónica tenemos:

- ✓ Glomerulopatía diabética
- ✓ Glomerulonefritis
- ✓ Nefropatía hipertensiva
 - Glomerulopatía primeria con hipertensión
 - Nefropatía vascular e isquémica
- ✓ Poliquistosis renal autosómica dominante
- ✓ Otras nefropatías quísticas u tubulointersticiales

La contribución relativa de cada categoría varía según la región geográfica. La causa mas frecuente de Insuficiencia renal crónica en Norteamérica y Europa es la nefropatía diabética, casi siempre secundaria a diabetes mellitus tipo 2. A menudo los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica recién diagnosticados a menudo también padecen de hipertensión.

En donde se puede deducir que ambos autores refieren que la principales causas para el desarrollo de insuficiencia renal crónica tenemos: diabetes mellitus,

glomerulonefritis y nefropatía hipertensiva, lo que lleva al desarrollo de esta enfermedad. En Nicaragua las principales causas que llevan al desarrollo de esta enfermedad son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial que la mayoría del tiempo es diagnosticada en etapas tardías cuando ya han hecho las complicaciones sistémicas y es el desarrollo de esta enfermedad.

Un hecho de considerable importancia en la etiopatogenia de la IRC es el concepto de progresión de la misma. Una vez producido un daño inicial por el agente etiológico que sea y una vez alcanzado un dintel de daño renal se produce, por diferentes mecanismos cada vez mejor conocidos, un progresivo deterioro de la función renal, que es independiente de la causa que produjo el daño inicial y que va a continuar incluso aunque desaparezca el agente que indujo dicho daño. (Ruiz San Millán, 2007)

Esto tiene importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas. Un ejemplo de esto puede ser una glomerulonefritis extracapilar, esta entidad, que produce un daño rápidamente progresivo, puede ser tratada con fármacos antiinflamatorios (corticoides) e inmunosupresores, deteniendo el ataque inmunológico a las estructuras renales. Sin embargo, a pesar de ello, en aquellos casos en los que el daño haya sido importante puede producirse a posteriori un progresivo empeoramiento de la función renal a pesar de un tratamiento adecuado y satisfactorio. Los mecanismos que producen esta progresión inespecífica los veremos más adelante. La consecuencia de esta progresión inespecífica es que los hallazgos histológicos en la biopsia de los pacientes con IRC avanzada son muy similares, independientemente de la causa que los originó (glomerular, intersticial, etc.) y que se pueden resumir en esclerosis glomerular, fibrosis intersticial con atrofia tubular y cambios vasculares que incluyen engrosamiento de la íntima con reducción de la luz vascular y fibrosis subendotelial. Si se quiere hacer un diagnóstico histológico de una nefropatía es necesario hacer una biopsia en las fases iniciales, para poder encontrar hallazgos específicos de la misma (depósitos glomerulares, etc.), más tarde estas lesiones acaban siendo enmascaradas por los cambios inespecíficos. (Ruiz San Millán, 2007)

VII. PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Qué características sociodemográficas describen la condición de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en año 2015?

¿Cuáles son los estadios según la clasificación KADOQI que se encuentran los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015?

¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015?

¿Cuáles fueron las causas que llevaron al diagnóstico de insuficiencia renal crónica en los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa en el año 2015?

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de Estudio

El estudio se realizó con los pacientes ingresados en la sala de medicina, del Hospital Escuela Cesar Amador Molina del departamento de Matagalpa, ubicado en la salida a San Ramón, en el lado norte de la Ciudad de Matagalpa.

Tipo de enfoque

En el estudio se utilizó el enfoque cuantitativo con elementos cualitativos. Dzul Escamilla (s.f.) sostiene que el enfoque cuantitativo se refiere al profundo apego a la tradición de la Ciencia y utilización de la neutralidad valorativa como criterio de objetividad. Cabe señalar que en la investigación se siguió todo un proceso desde la formulación de la problemática hasta la culminación del mismo.

En cuanto a lo cualitativo se refiere que tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible (Mendoza Palacios, 2006). En este aspecto se hizo uso de la entrevista que fue aplicada a los pacientes, además que se hizo un análisis de los instrumentos aplicados en este estudio.

Tipo de Estudio

En cuanto al tipo de estudio se utilizó el descriptivo, para Salkind (1998), citado por Bernal (2010), refiere que una de las funciones principales de la investigación descriptiva tiene la capacidad para seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases

de ese objeto además también refiere, se considera como investigación descriptiva aquella en que, se reseñan las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio.” Este estudio es descriptivo ya que su principal objetivo es describir las características de cierto grupo de una población con determinada enfermedad, lo que nos lleva a aplicar un estudio de tipo de serie de casos, ya que vamos a determinar los rasgos de la enfermedad renal crónica y cómo esta afecta la calidad de vida.

Población y muestra

Población:

La población, o en términos más precisos población objetivo, es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación (Bernal, 2010). La población que se tomó para el estudio fue de 6 pacientes que fueron diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el departamento de Matagalpa..

Muestra

La muestra es un subconjunto representativo y finito (Arias, 2006).

Muestreo intencional: en este caso los elementos son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador.

La muestra es de tipo no probabilística, ya que está constituida por el universo total que es de 6 pacientes del departamento de Matagalpa. Y dentro de la clasificación del muestreo es de tipo intencional ya que son escogido en base a criterios preestablecido por el investigador.

Criterios de Inclusión

Son todas las características que deben tener el sujeto u objeto de estudio para considerar su inclusión en la investigación. (Rodríguez, 2013)

- Los pacientes incluidos en el estudio deben de ser de la misma nacionalidad Nicaragüense.
- Que se encuentren entre la edad de 18-90 años de edad
- Deben de ser pacientes originarios del departamento de Matagalpa
- Estos pacientes deben ser estudiados dentro del periodo comprendido de dicho estudio.
- Que quieran participar voluntariamente en el estudio

Criterios de exclusión

Son las condiciones que tiene el sujeto u objeto de estudio, y que habiendo cumplido con los criterios de inclusión, pueden alterar la medición de las variables a estudiar y que como consecuencia lo hacen no elegible para el estudio. (Rodriguez, 2013)

- Personas de nacionalidad extranjera.
- Que se encuentre fuera del rango de las edades descritas
- Personas no originarias del departamento de Matagalpa.
- Pacientes originarios de Matagalpa, fuera del periodo de estudio establecido.

Variables

Variable es una característica o cualidad; magnitud o cantidad, que puede sufrir cambios, y que es objeto de análisis, medición, manipulación o control en una investigación. (Bernal 2010). Las variable en estudio fueron:

- **Insuficiencia Renal Crónica**
- **Calidad de vida de los pacientes**

Métodos, Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Método: proviene de los vocablos griegos *metá*, que significa (a lo largo), y *odos*, que significa (camino). El método es el modo o manera de proceder o de hacer algo.” (Hernández, 2013)

Técnicas: Se entenderá por técnica de investigación, el procedimiento o forma particular de obtener datos o información (Arias, 2006).

Instrumentos: Un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información (Arias, 2006).

La entrevista, más que un simple interrogatorio, es una técnica basada en un diálogo o conversación “cara a cara”, entre el entrevistador y el entrevistado acerca de un tema previamente determinado, de tal manera que el entrevistador pueda obtener la información requerida. (Arias, 2006). En este caso el instrumento que se utilizó en la investigación fue una entrevista semiestructurada dirigida a los pacientes del estudio.

Se define la encuesta como una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos, o en relación con un tema en particular (Arias, 2006). Se utilizó una encuesta aplicada a estos pacientes mediante el formulario SF-36.

Procesamiento de la Información

Se entiende por procesamiento de datos se entienden habitualmente las técnicas eléctricas, electrónicas o mecánicas usadas para manipular datos para el empleo humano o de máquinas (Universidad de Cauca, s.f.)

Una vez finalizado el periodo de recolección de la información, se procedió a la digitación, procesamiento y análisis de los datos obtenidos en las encuestas a través de un Software, utilizando los programas SPSS, para el procesamiento de la información, Word, para crear una matriz de análisis, Power Point, para la

realización de diapositivas para la presentación del trabajo y Excel, para crear una matriz de análisis.

Plan de tabulación y análisis de las variables

Consiste en determinar qué resultados de variables se presentaran y que relaciones entre esas variables se necesitan, al fin de dar respuestas al problema y objetivos planteados. (Piraquive, 2013)

En este estudio se presentaran las variables descritas en el cuadro de operacionalización de variables, ya que estas son las que dan respuesta a los objetivos del trabajo.

Consideraciones Éticas

Se toma en cuenta principalmente el consentimiento informado. Que estipula lo siguiente:

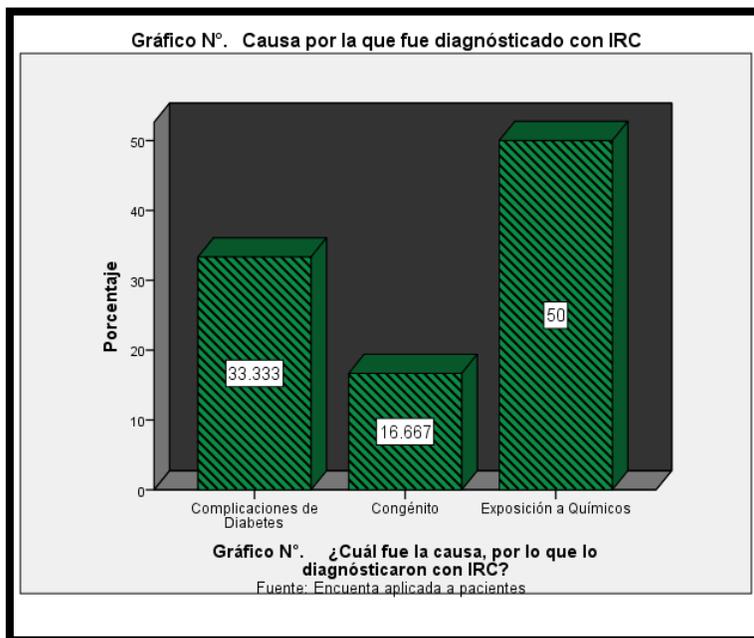
Según lo dispuesto en la Ley No 423, Ley General de Salud, en el artículo 8, numerales 4, 8 y 9; el Decreto No. 001 – 2003 y el Reglamento de la Ley General de Salud, en el artículo 7, numerales 8, 11 y 12; y en el artículo 9, numeral 1: es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario. Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, y las posibles complicaciones que se pueden presentar.

IX- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con base a los objetivos propuestos y a los instrumentos aplicados se llegó al siguiente análisis.

9.1. Insuficiencia Renal Crónica

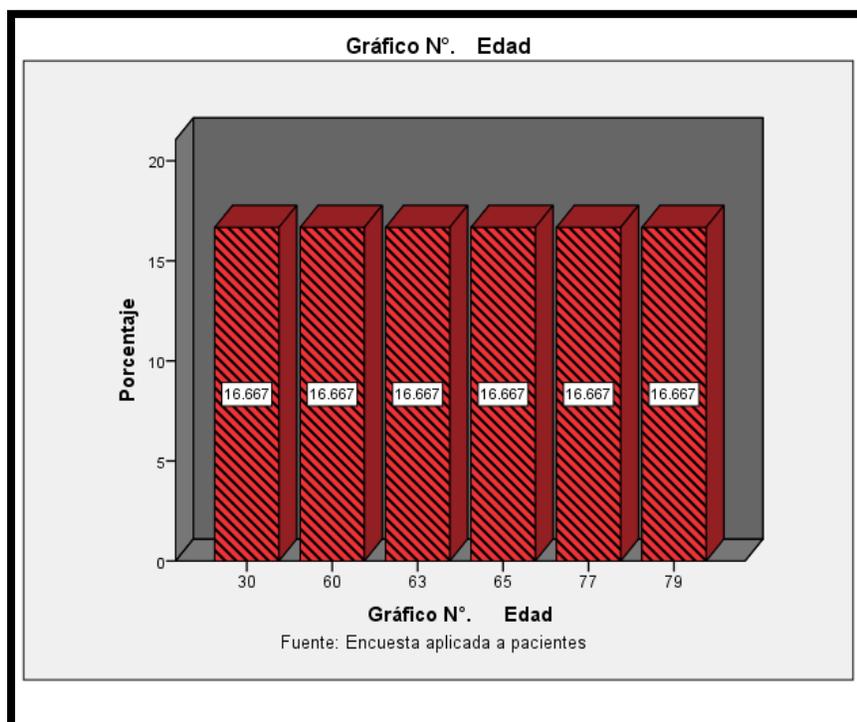
Se define como insuficiencia renal crónica (IRC) la pérdida irreversible de la función renal, independientemente de la severidad de la misma. Esta pérdida de función puede desarrollarse a una velocidad variable a lo largo del tiempo, es decir, con un ritmo de progresión variable, en función de la causa que la condicione, pero en general suele acontecer de forma relativamente lenta e insidiosa, la mayoría de las veces a lo largo de meses o de años. (Ruiz San Millán, 2007). En entrevista realizada a los pacientes se les planteó lo siguiente: **¿Cuáles fueron las causas que provocaron la insuficiencia renal?**, a lo cual respondió: que era congénito, enfermedades base, por el trabajo que realizaba, en cambio en la revisión del expediente se encontró que la causa fue por complicaciones crónicas de la diabetes, exposición a sustancias químicas y enfermedad congénita. (Ver gráfico N°. 1)



9.2 Caracterización sociodemográfica de los pacientes con insuficiencia renal crónica

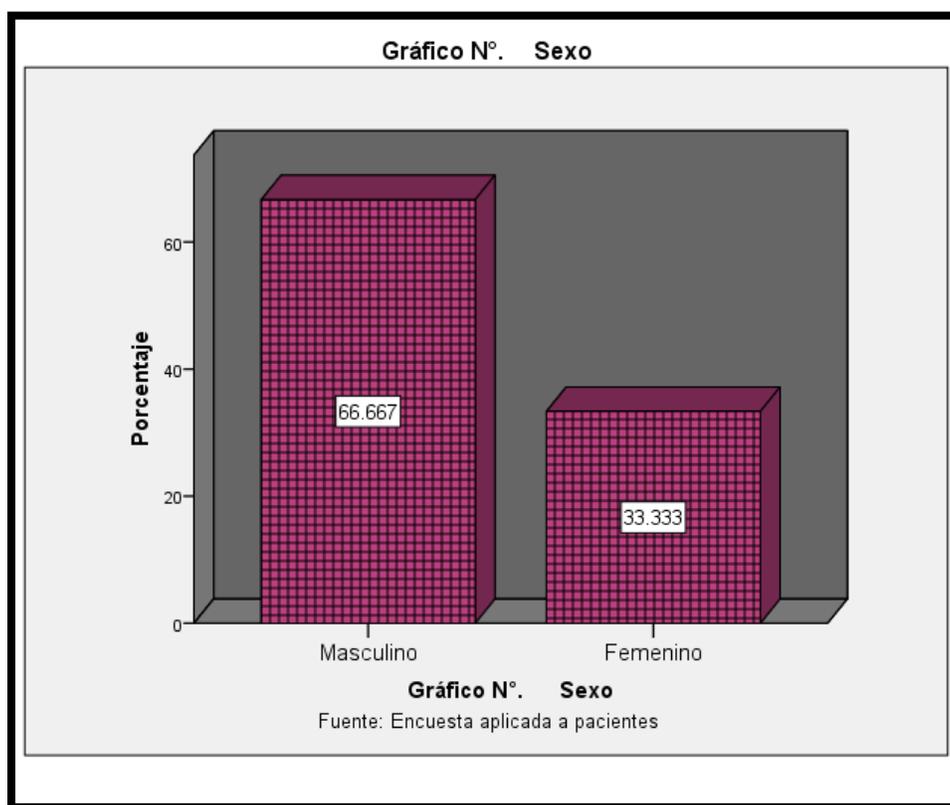
Edad

En la entrevista realizada a pacientes y la recopilación de datos en los expedientes clínicos se realizó la siguiente pregunta: **¿Cuántos años tiene?**, de los cuales la respuesta fue la siguiente: 30 años, 60 años, 63 años, 65 años, 77 años, 79 años, siendo la media la edad de 60 años en los pacientes de nuestro estudio en el rango comprendido de los 18 a los 90 años de edad, que comparado con un estudio que se realizó en Tarragona, en el año 2010, en el cual la media era de 62 años en el rango comprendido de los 18 a 90 años. Por lo que la edad media o edad pico para el diagnóstico de esta enfermedad es la edad de 60 años. (Ver gráfico N°. 2).



Sexo

En la entrevista (observacional) realizada a pacientes y la recopilación de datos en los expedientes clínicos se realizó la siguiente pregunta: **Sexo de los pacientes del estudio**, en el cual los datos obtenidos fueron los siguientes, dos pacientes son del sexo femenino y cuatro pacientes del sexo masculino, lo que nos lleva a que la prevalencia de la enfermedad es mayor en el sexo masculino que en el femenino, comparado con los estudios realizados en Chile acerca de calidad de vida en personas que se encuentran en hemodiálisis en el año 2012, concluye que el 57.9% de la población participante son varones y en el estudio de Tarragona de calidad de vida realizado en 2010, el porcentaje es del 53.1% varones al 46.9% de las mujeres que participaron en el estudio. Lo que se puede observar la población más afectada es la masculina en comparación con la femenina. (Ver gráfico N°. 3).



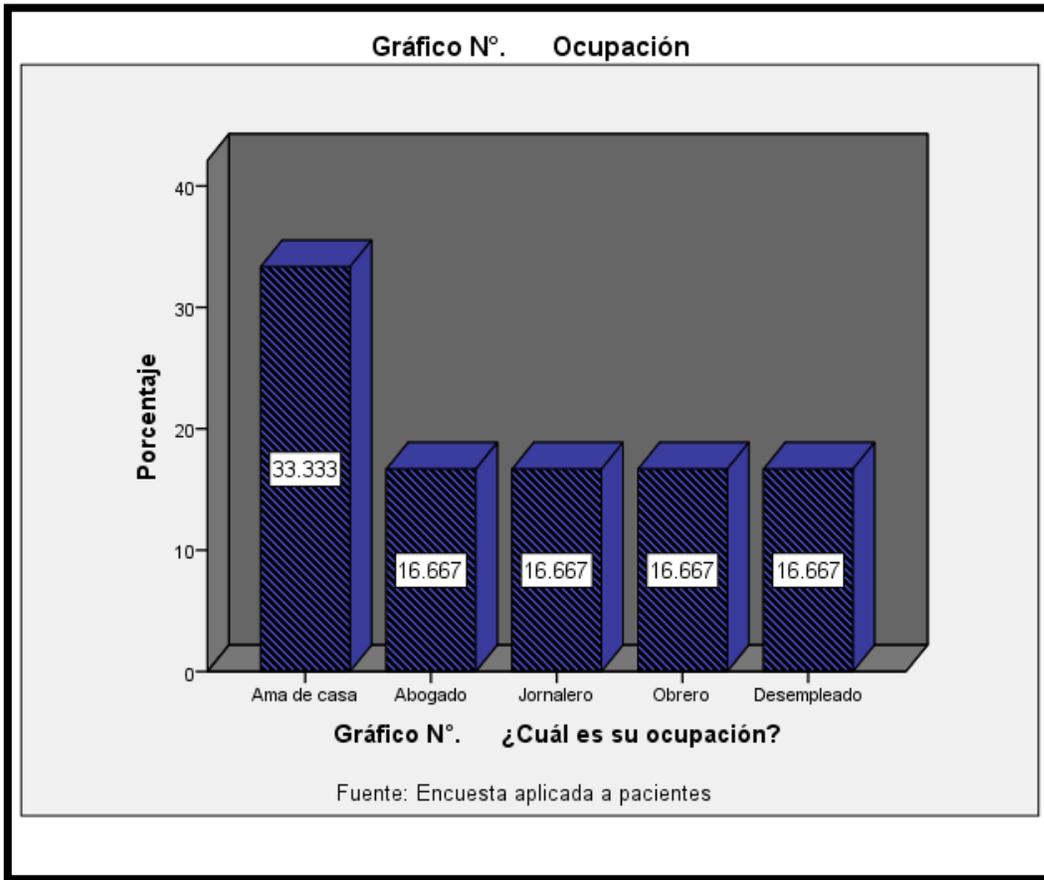
Ocupación

En la entrevista realizada a pacientes y la recopilación de datos en los expedientes clínicos se realizó la siguiente pregunta: **¿Cuál es su ocupación?**, de los cuales dos pacientes eran ama de casa, uno es abogado, uno es obrero, uno jornalero y uno desempleado, para un total de seis pacientes participantes del estudio, lo que cada uno se corresponde con el 16.6%.

En estudio realizados de un total de 96 pacientes en un centro de Tarragona, (ciudad y municipio de España capital de la provincia de Tarragona) del cual el total de participantes, el 60% son jubilados, el 34.4 % incapacitados para trabajar, y el 5.2% son activos.

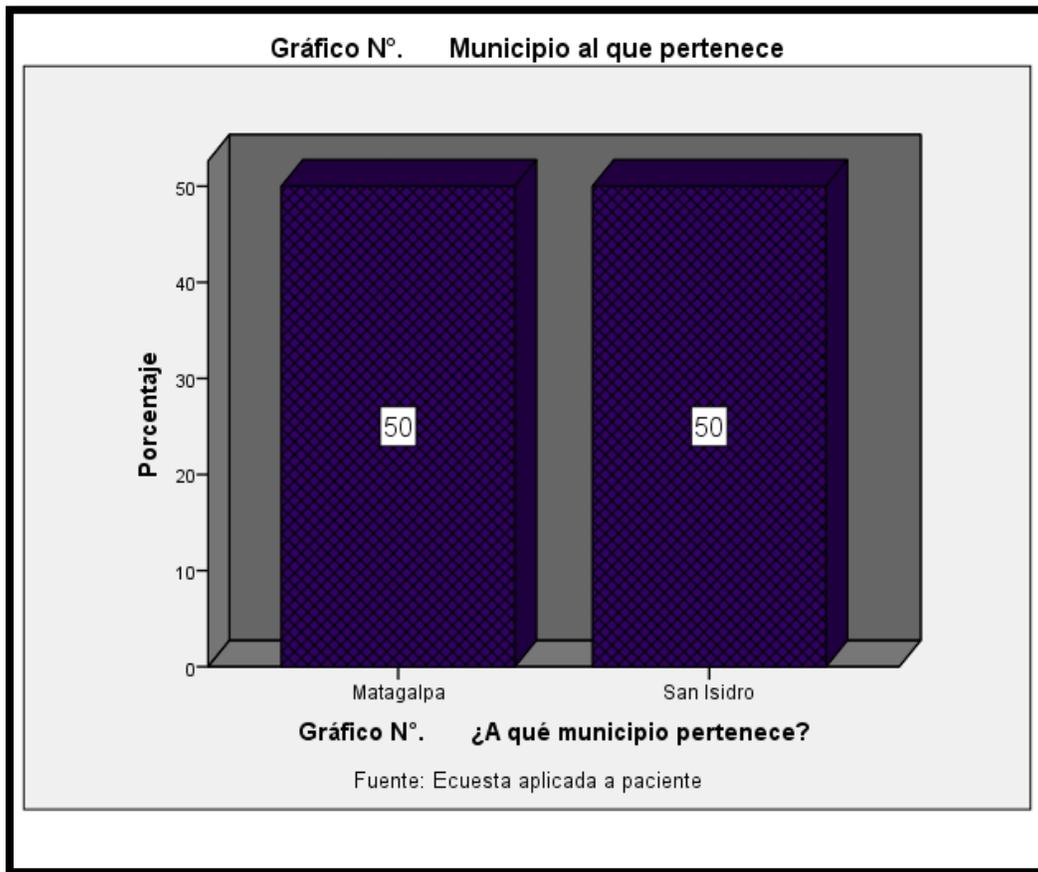
A como se puede observar en ambos estudios se desprende: en el estudio de Tarragona los pacientes cuentan con recursos económicos para hacer frente a los gastos ocasionados por su enfermedad, en cambio en nuestro medio el salario mínimo que gana un obrero o un jornalero es bajo amén de la ama de casa que esta no percibe remuneración salarial. Y en cuanto al profesional (abogado) si su enfermedad está en estado terminal difícilmente podrá ejercer su profesión.

Así mismo podemos relacionar el factor laboral con el desarrollo y avance a etapa terminal de la insuficiencia renal, el profesional se tiene la hipótesis que puede ser por causas genética o debido al estilo de vida que lleva este, al igual que la ama de casa, mientras que el obrero y el jornalero podría ser un factor influyente en el desarrollo de su enfermedad la actividad a que se dedique ya sea esta en el área agrícola, industrial, mercadeo de productos agroquímicos o bien oficios como soldadores y mecánicos, entre otros (Ver gráfico N°. 4).



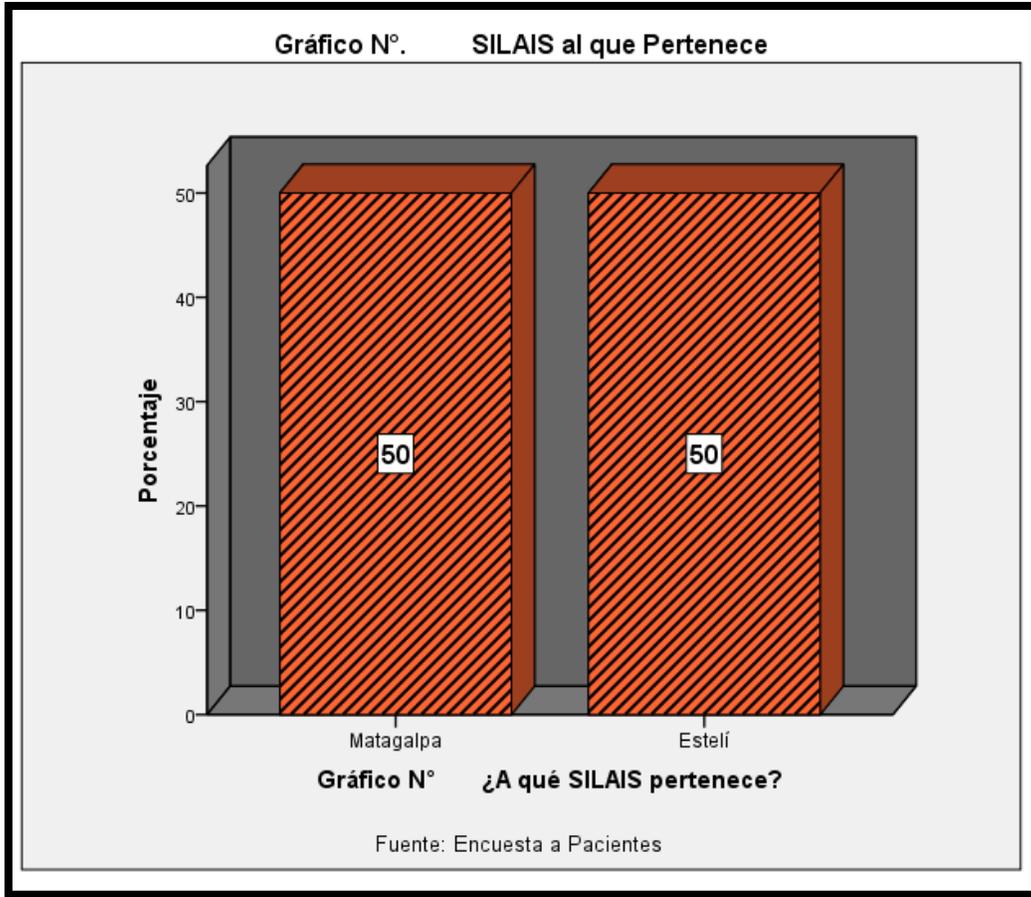
Municipio

El entrevista realizada a pacientes y la revisión de expediente clínico, se realizo la siguiente pregunta: **¿A que municipio pertenece?**, en el cual tres de los seis pacientes respondieron que son procedentes del departamento de matagalpa y los otros tres pacientes pertenecen al municipio de San Isidro. En donde todos pertenecen a la zona urbana del departamento de Matagalpa. (Ver gráfico N°. 5).



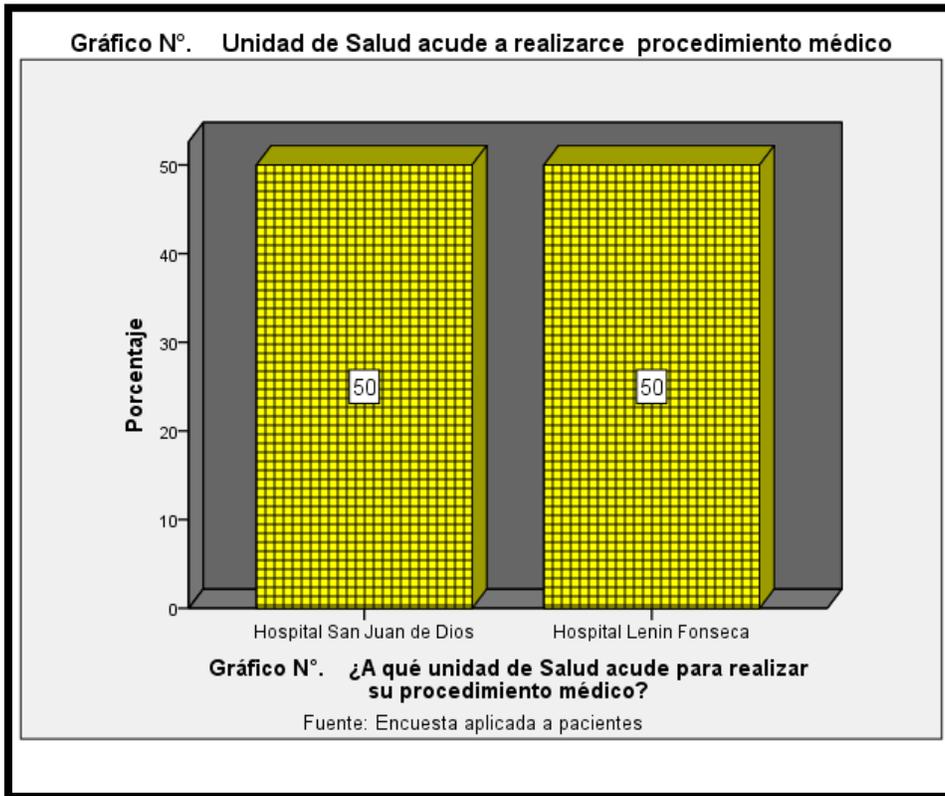
SILAIS

Ademas se realizo la pregunta **¿A que SILAIS pertenece?** En los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: tres pacientes pertencen al SILAIS de Matagalpa y tres pacientes pertencen al SILAIS de Esteli, en donde a pesar de pertencer geograficamente a Matagalpa, estos acuden a otro lugar en busca de atención medica ya que en nuestro departamento no cuenta con la unidad de nefrología para la atención de estos, por lo que tienen que trasladarse a otro departamento para recibir la atención especializada (Ver gráfico N°. 6).



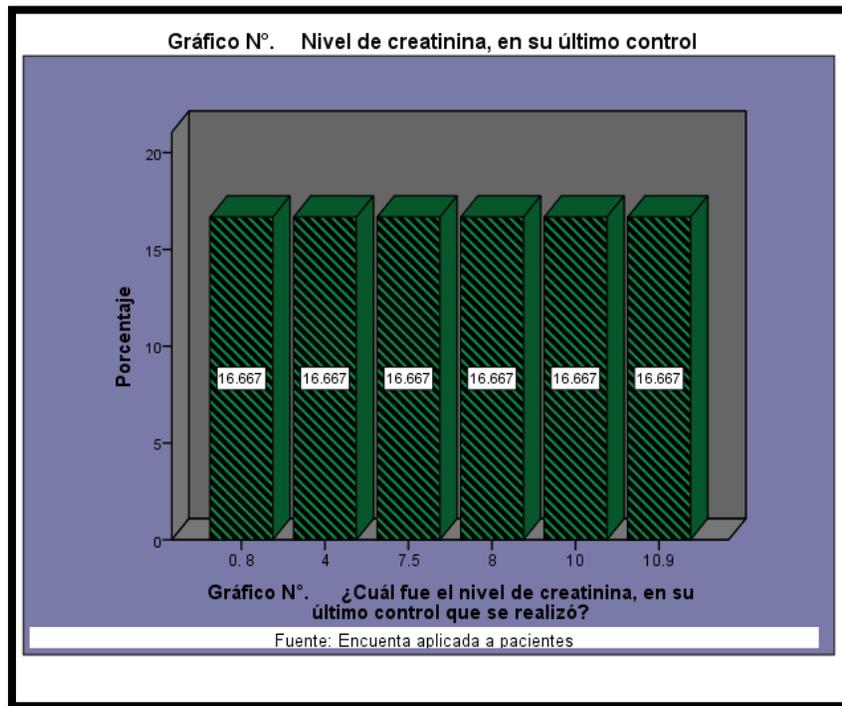
Unidad de Salud

Y la última pregunta realizada en la entrevista respecto a los aspectos demográficos, corresponde a : **¿A que unidad de salud acude a realizarse su procedimiento médico?**, en lo cual tres pacientes acuden a el Hospital San Juan de Dios de Estelí y tres pacientes acuden a Hospital Antonio Lenin Fonseca, en donde se realizan los procedimientos como hemodialisis y los otros dos pacientes acuden a sus chequeos generales para observar y vigilar su enfermedad (Ver gráfico N°. 7).

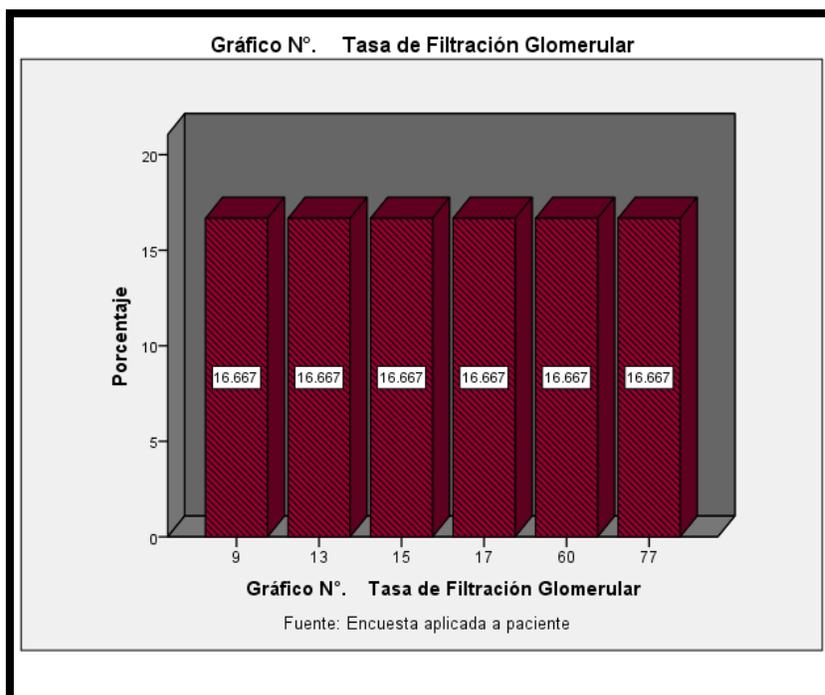


9.3. Estadios de la insuficiencia renal crónica (Evolución)

Para poder estadificar la insuficiencia renal crónica se debe de determinar las concentraciones de creatinina en suero. La creatinina se elimina en su mayor parte por filtración, razón por la que se utiliza para medir el filtrado glomerular. Sin embargo, la creatinina se secreta también por los túbulos renales y, en consecuencia, el aclaramiento de creatinina (Ccr) sobrestima el Filtrado Glomerular verdadero en un 10%-15%. En condiciones normales, el aclaramiento de creatinina es de 90-130 mL/min por 1,73 m². El Ccr aumenta durante el embarazo y disminuye con la edad a partir de los 45 años a razón de 1 mL/min al año. Por esta razón, se han propuesto diversas fórmulas que estiman el aclaramiento de creatinina o el filtrado glomerular verdadero y que no requieren la recogida de orina. (Farrera, 2012). En la entrevista realizada a pacientes y la recopilación de datos en los expedientes clínicos se realizó la siguiente pregunta: **¿Cuál fue el nivel de creatinina en su último control?**, en lo cual respondieron 0.8 mg/dl, 4.0 mg/dl, 7.5 mg/dl, 8 mg/dl, 10 mg/dl, 10.9 mg/dl, el cual se constató en los exámenes portados por los pacientes, (Ver gráfico N°. 8)



Lo que nos lleva a la aplicación de la clasificación según KDOQUI para determinar el estadio en que se encuentra el pacientes, mediante el cálculo de **tasa de filtración glomerular**, en donde los resultados según la ecuación aplicada fueron los siguientes: 9 ml/mit/mt2, 13 ml/mit/mt2, 15 ml/mit/mt2, 17 ml/mit/mt2, 60 ml/mit/mt2, 67 ml/mit/mt2 (Ver gráfico N°. 9).



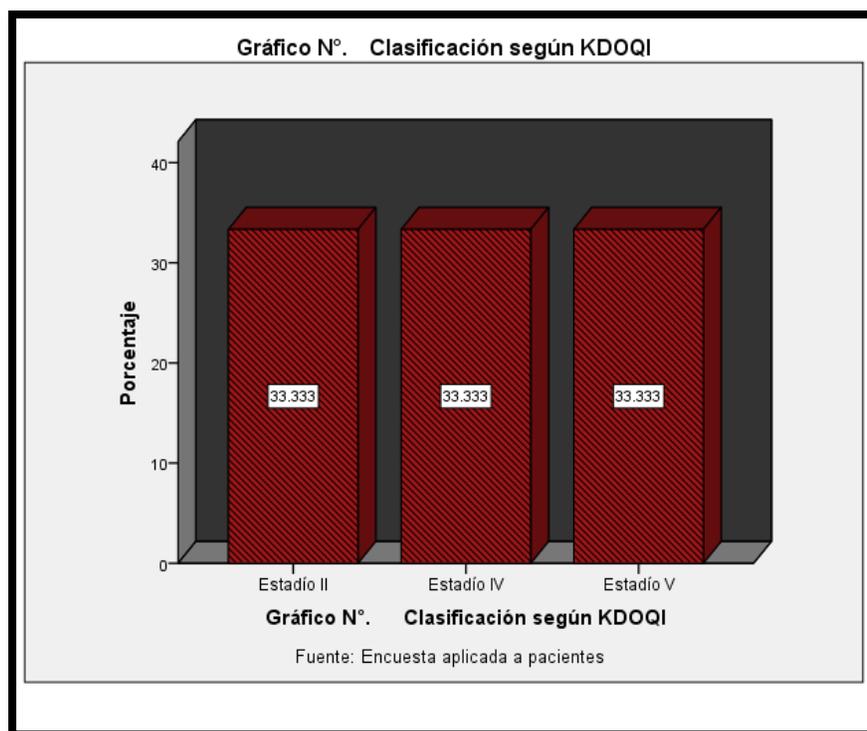
9.4 Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica

Según Longo, (2012) lo clasifica de la siguiente manera, según la tasa de filtración glomerular:

Fase o estadio	Filtración Glomerular en ml/min por 1.73m ²
1	Mayor 90
2	60-89
3	30-59
4	15-29
5	Menor 15

Tabla No. 1. Fuente: Longo (2012)

El entrevista realizada a pacientes y la revision de expediente clinico, se obtuvieron la siguiente **clasificacion según KDOQI** de la insufiencia renal cronica, los pac ientes del estudio se encontraban en los siguientes estadios, dos pacientes en el estadio 2, dos pacientes en el estadio 4 y dos pacientes en el estadio 5. Lo que respecta que cuatro de los seis pacientes se encuetran en los estadio ya terminales de la enfermedad renal (Ver gráfico N°. 10)

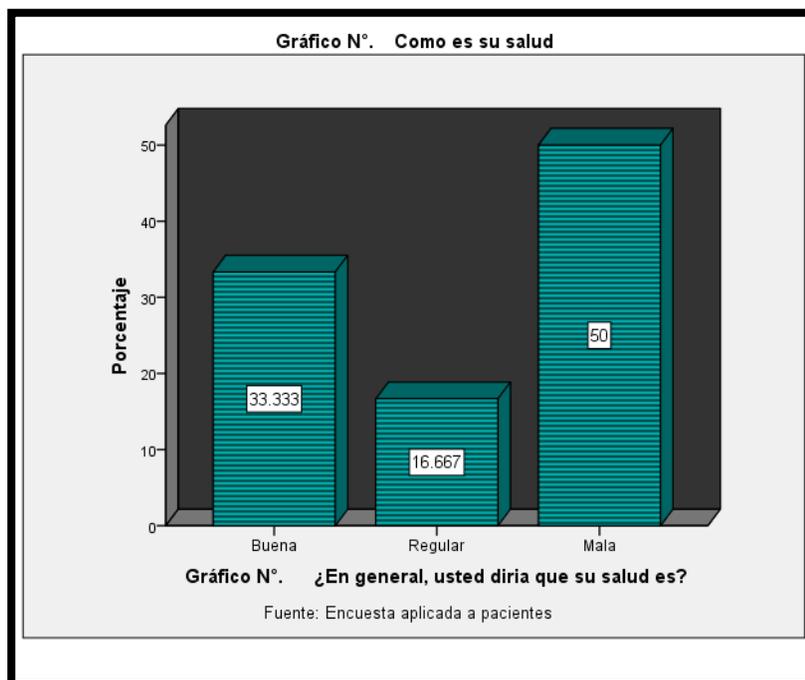


9.5 Calidad de vida relacionada con la salud

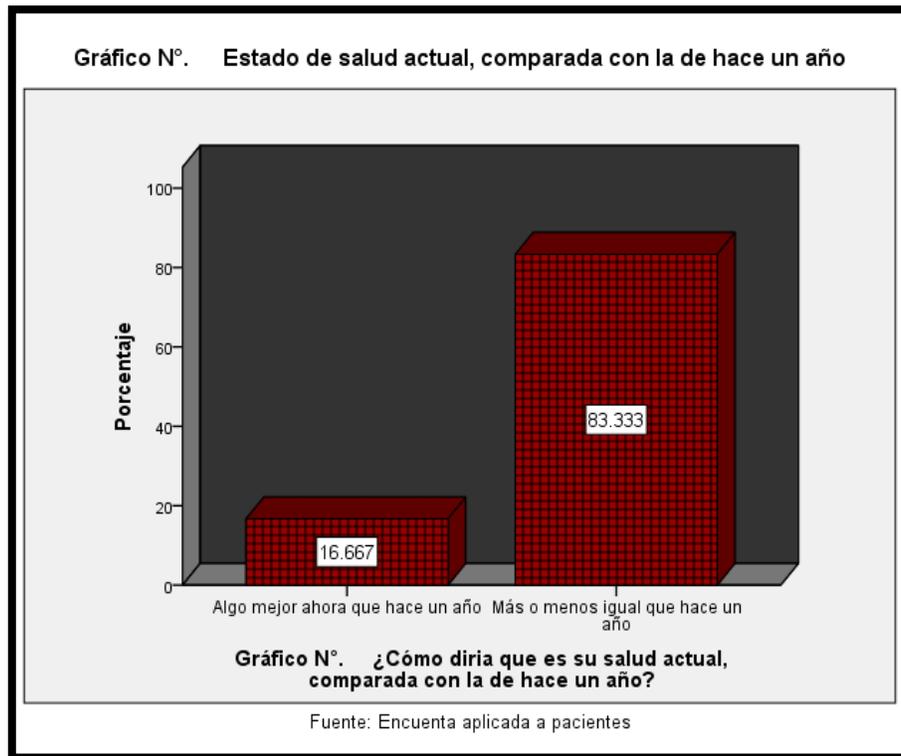
Se define como calidad de vida la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.(Urzua, 2010). En donde se decide aplicar la encuesta a través del cuestionario SF-36, el cual consta de 36 preguntas relacionada en donde valora tanto los estados positivos como negativos de la salud y los valora en ocho dimensiones.

Salud General

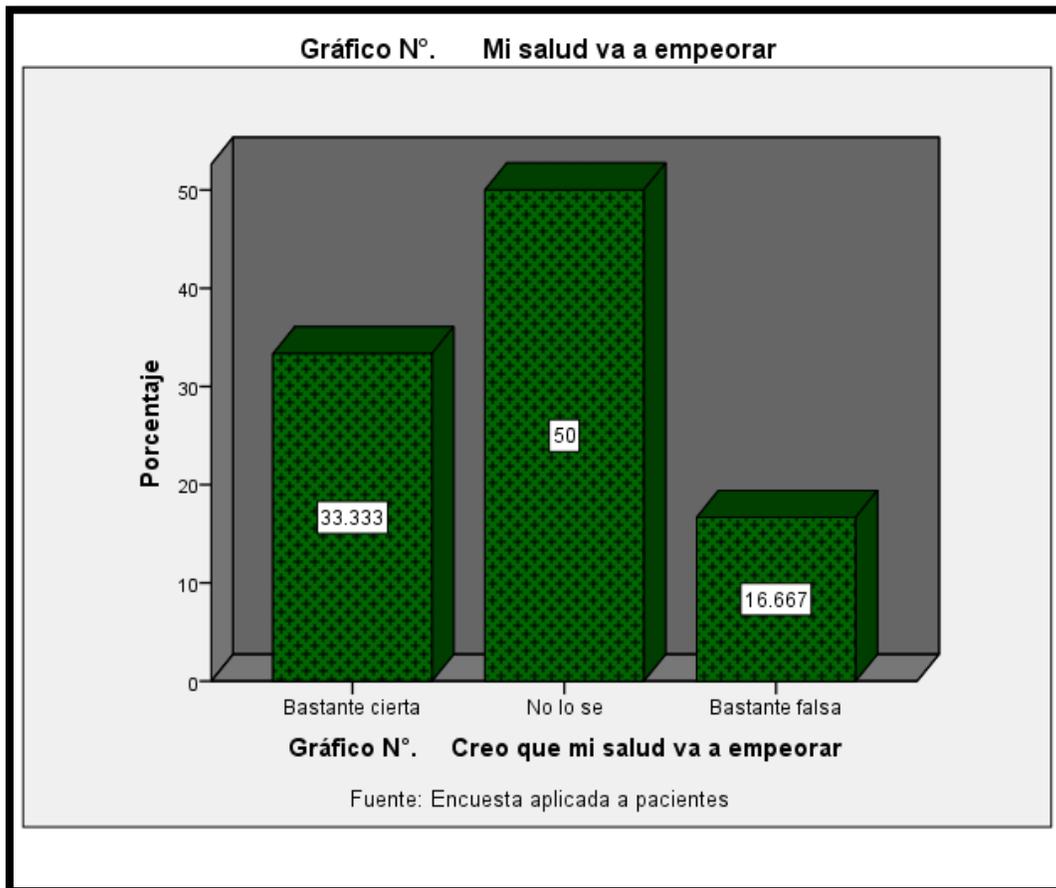
Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermarse (Normativa Mexico, s,f). En donde se realizó la siguiente pregunta: **¿En general que diría usted de su salud?**, del cual tres respondieron mala, uno respondió regular y dos respondieron buena. Es decir su percepción de su salud va en relación al estadio de KDOQUI en el que se encuentre, ya que esto va disminuyendo su esperanza de vida y la calidad de esta de acuerdo a su condición. Es decir están conscientes de su condición que su salud no es la más óptima en comparación con la del medio que se relaciona (Ver gráfico N°. 11).



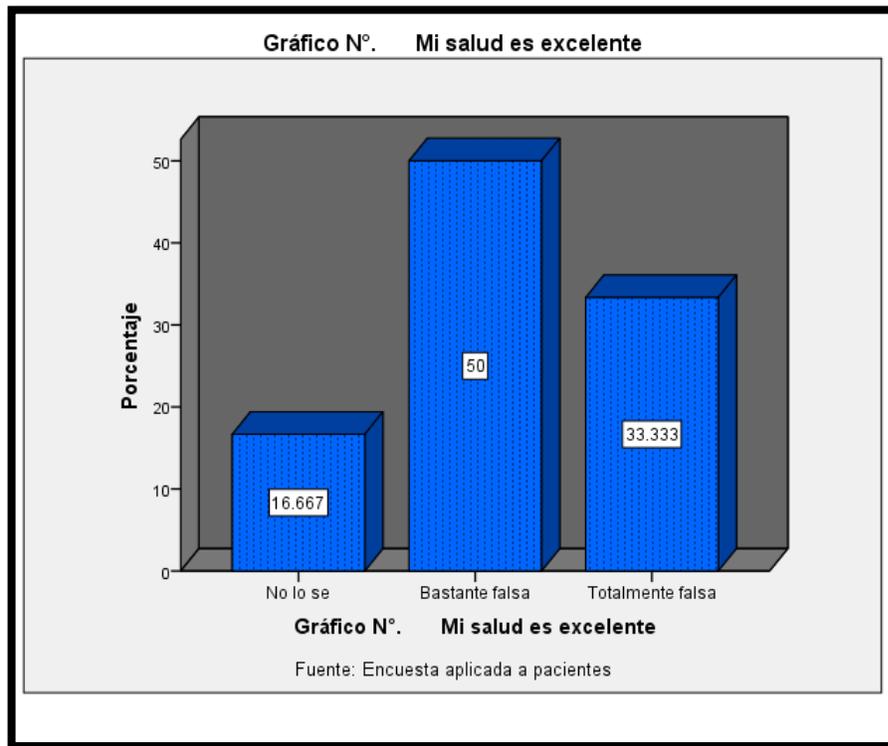
También se realizó la siguiente pregunta: **¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?**, en los cuales cinco de los seis respondieron más o menos igual que hace un año, y uno respondió algo mejor que hace un año. En donde se valora la percepción del estado de su salud respecto la hace un año lo que nos hace darnos una idea de cómo fue su sentir respecto a su salud desde hace un año hasta el momento en que realizamos la encuesta (Ver gráfico N°. 12).



Otras de las preguntas que se realizó es la siguiente: **¿Cree que su salud va a empeorar?**, de los cuales tres de los seis pacientes participantes respondieron que no lo sabe, dos respondieron bastante cierta y uno respondió bastante falsa, esto nos lleva a interpretar que son consciente de la condición médica de cada uno, y a una percepción acertada de su condición de salud (Ver gráfico N°. 13).



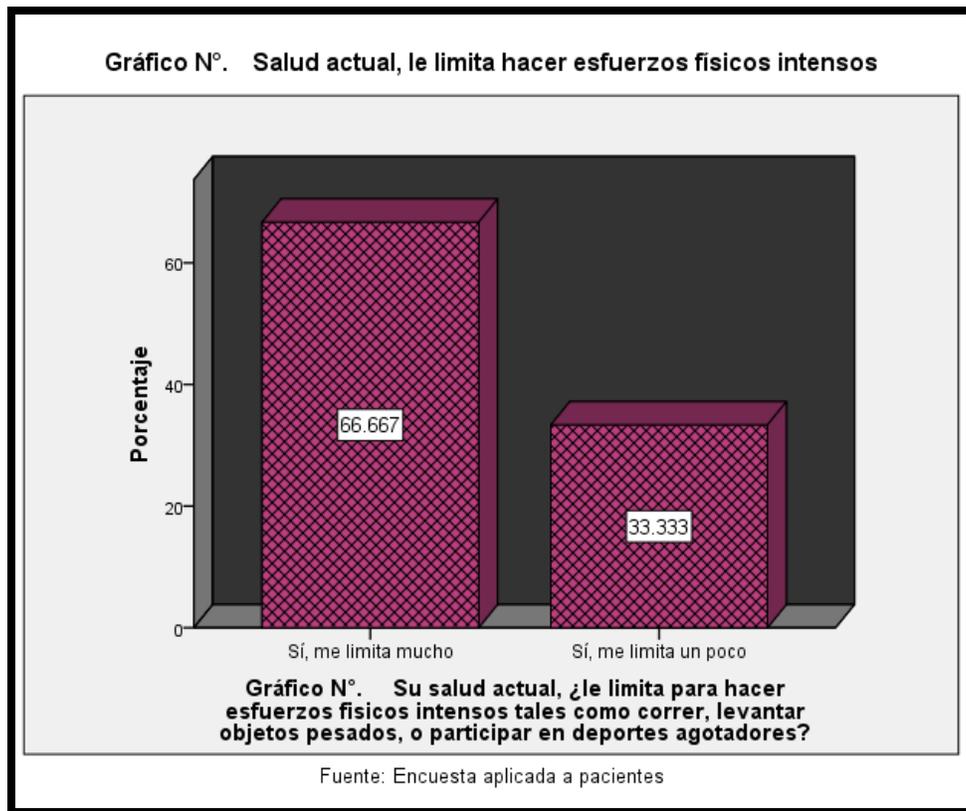
Continuando con la valoración de la salud general, se realizó la siguiente pregunta: **¿Mi salud es excelente?** En el cual respondieron tres de los seis participantes bastante falsa, dos de los seis respondieron totalmente falsa y uno de los seis pacientes respondió no lo sé, lo que nos lleva al cien por ciento de los participantes. Lo que nos lleva que comprender la percepción realista de su enfermedad y que estos no tienden a mejorar en el transcurso del tiempo. (Ver gráfico N°. 14).



Función Física

La evaluación de la función física es el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos (Normativa México, s,f), por lo que se realizó una encuesta en la cual la pregunta realizada refiere: **Su salud actual, ¿le limita hacer esfuerzos físicos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?**, en el cual respondieron cuatro de los seis participantes que les limita mucho y dos de los seis respondieron limita un poco. Aquí es válido mencionar las condiciones del estado de salud actual los lleva a no poder realizar sus actividades que requieren mayor esfuerzo físico y comparado con el estudio realizado en Medellín Colombia en el año 2008 se observó una limitación importante frente a la realización de actividades físicas intensas como correr o levantar objetos pesados en el 55,3% de los 293 pacientes encuestados. Y en otro estudio realizado en Chile sobre IRC y calidad de vida un 76,7% de los pacientes se encuentra con algún grado de limitación, para realizar esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos

pesados y realizar deportes agotadores. Se puede concluir que en los tres estudios las pacientes sienten limitación al realizar esfuerzos físicos (Ver gráfico N°. 15).



En cuanto a la siguiente pregunta realizada en la encuesta, esta dice: **Su salud actual, ¿le limita hacer esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?**, en el cual respondieron cinco de los seis sí, me limita mucho que se corresponde con el 83.3% y uno respondió sí, me limita poco que se corresponde con el 16.7% en comparación con la muestra del estudio realizado en Medellín Colombia en el año 2008, calidad de vida en pacientes con IRC, en relación a los esfuerzos moderados, un 61,1% se encuentra limitado en algún grado, para caminar más de una hora, mover una mesa, etc. Por lo que se puede observar que tienen la misma percepción de sentirse limitados a la realización del esfuerzo físico en ambos estudios, lo que no les permite desarrollar adecuadamente sus actividades diarias (Ver gráfico N°.16).

Gráfico N°. Salud actual, le limita hacer esfuerzos moderados

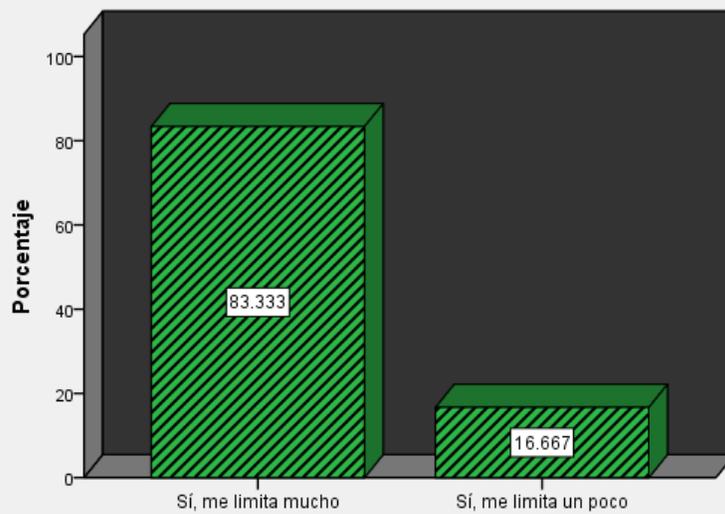
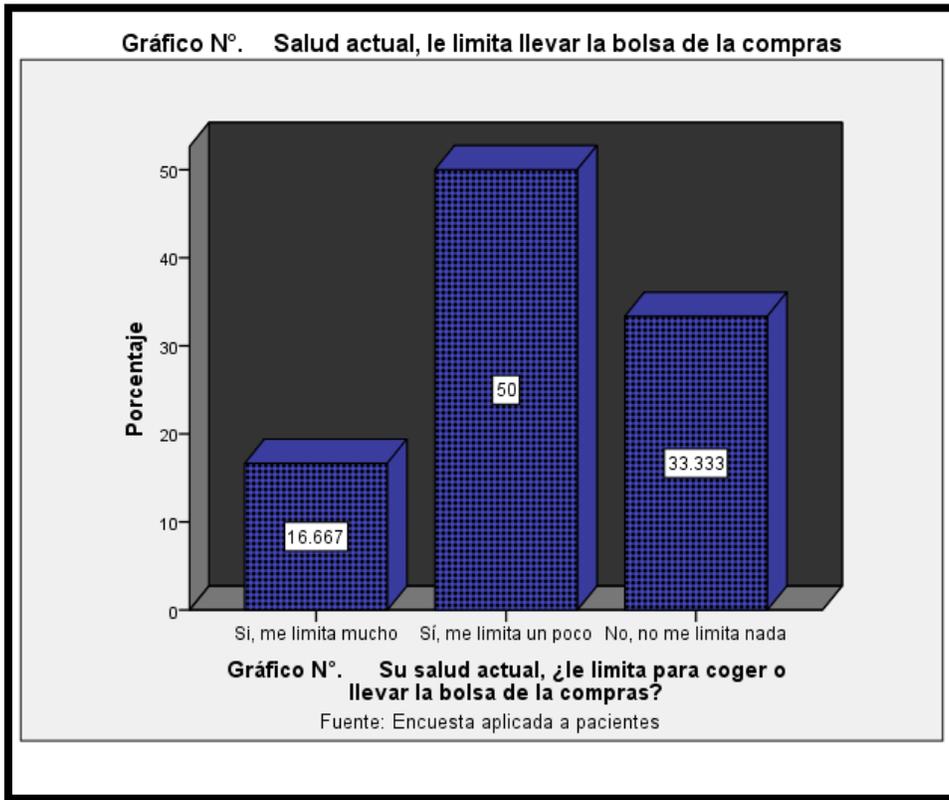


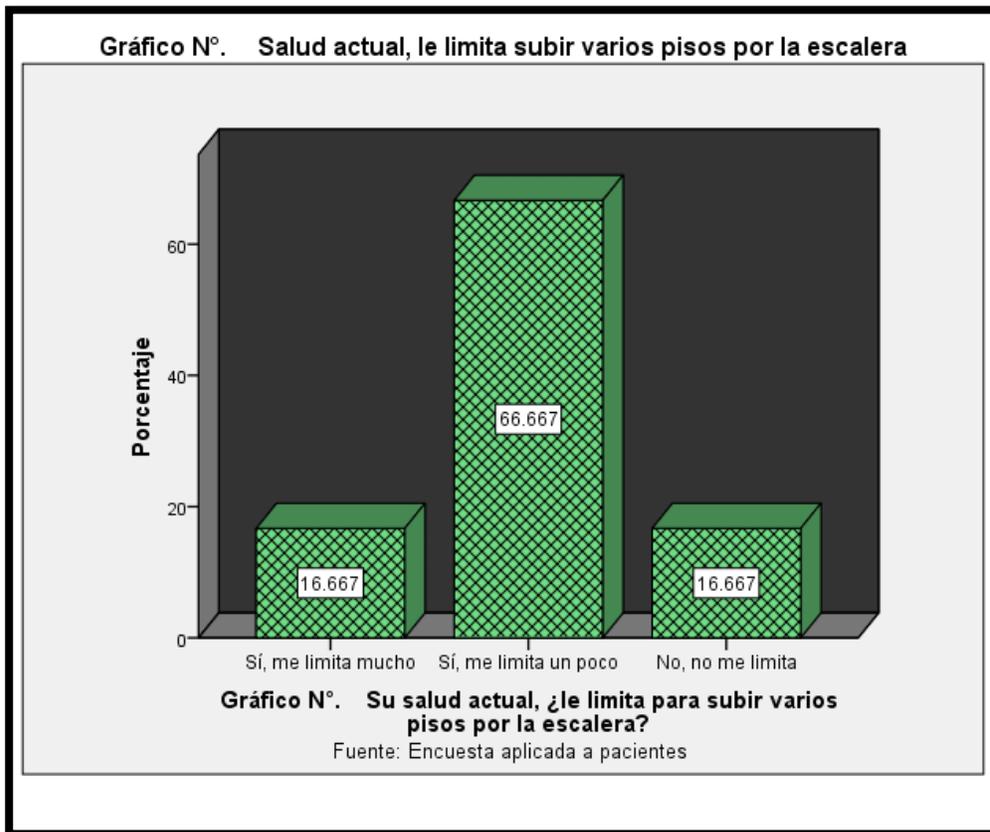
Gráfico N°. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar mas de una hora?

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes

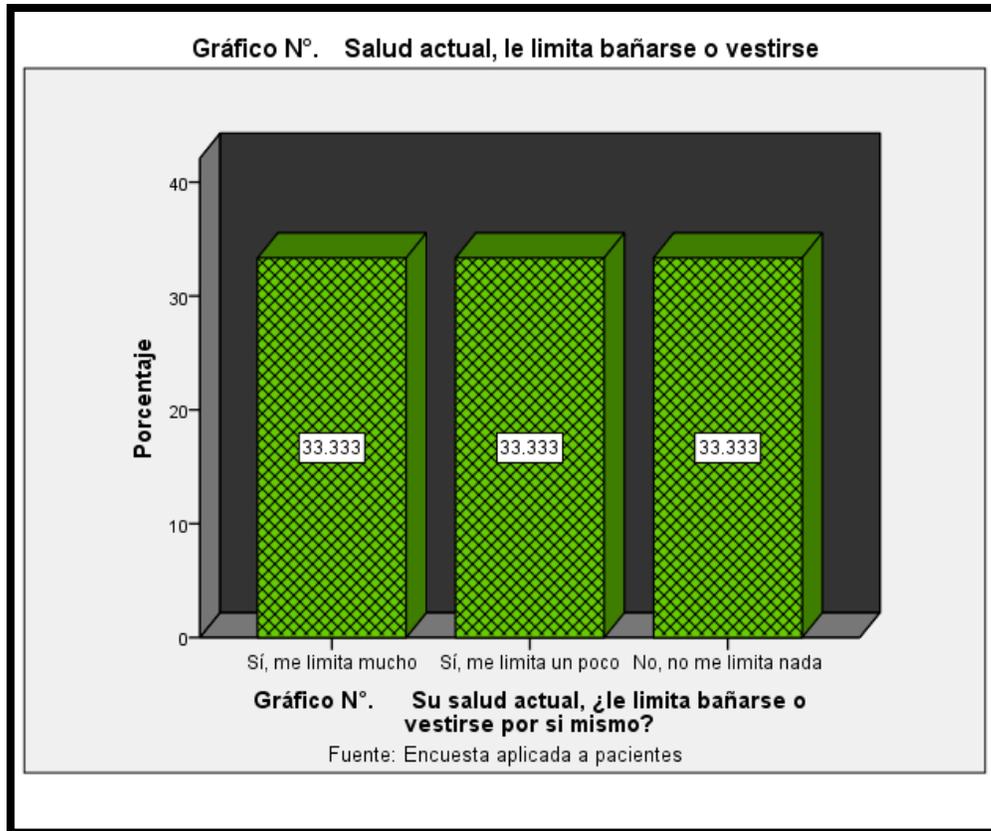
En la encuesta realizada la siguiente pregunta que se realizó evaluó lo siguiente: **Su salud actual, ¿le limita para coger o llevare la bolsa de compras?**, en el cual un 50% han respondido que si los limita un poco que se corresponde a tres de los seis pacientes, un 33 % dice que no les limita nada, que se corresponde a dos de los seis pacientes y solo un 16% afirma que le limita un poco, que se corresponde a uno de los seis pacientes, esto va en relación con su percepción de su estado físico de cada paciente. Mientras que los pacientes participantes en estudio de Colombia en 2008, en relación a la calidad de vida en paciente con IRC no presentan ninguna limitación en esto. Es decir no se sienten que su salud les limita realizar esfuerzos moderados que son parte de la rutina de cada uno de los participantes, pero en nuestro estudio tiene algún grado de limitación la realización de estos esfuerzos (Ver gráfico N°. 17).



En cuanto a la siguiente pregunta realizada en la encuesta, esta dice: **Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por una escalera?**, de los cuales Un 66 % afirma que les limita un poco, y un 16.7% les limita mucho y 16.7% respondió que no les limita nada. Esto valora la limitación a los medianos esfuerzos, lo que se puede observar que sus actividades diarias se ven afectada por su enfermedad de base. En comparación con los pacientes participantes en el estudio realizado en Colombia, en el año 2008, acerca de calidad de vida en paciente con IRC, en donde refieren que no presentan ninguna limitación según la mayoría de los pacientes encuestados en subir algunos pisos. Es decir estos presentan una mejor calidad de su estado físico para no verse afectados por este (Ver gráfico N°. 18).



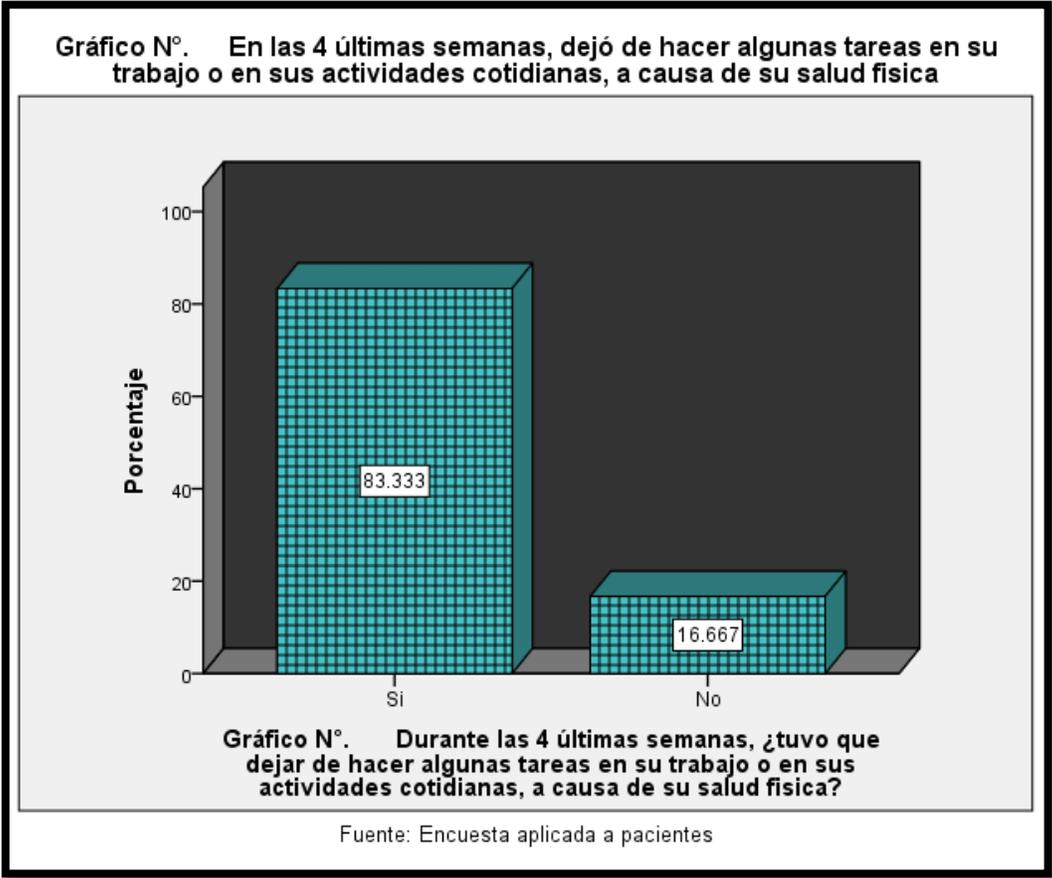
En la encuesta realizada la siguiente pregunta que se realizó evaluó lo siguiente: **Su salud actual, ¿le limita bañarse o vestirse por sí mismo?**, en la cual respondieron un 33.3 % que si le limita mucho, que se corresponde con dos de los seis pacientes, un 33.3% le limita un poco, que se corresponde con dos de los seis pacientes y 33.3 % no le limita nada, correspondiente a dos de los seis pacientes. Mientras que en el estudio realizado en Colombia, la gran mayoría 88,9% de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, refiere que puede vestirse y/o bañarse por sí mismo y sólo un 6,7% se encuentra muy limitado para hacerlo, es decir que los pacientes de nuestros estudios se encuentra más limitados para realizar una actividad tan esencial para cada uno de nosotros y son poco dependientes para realizarla (Ver gráfico N°. 19).



Rol físico

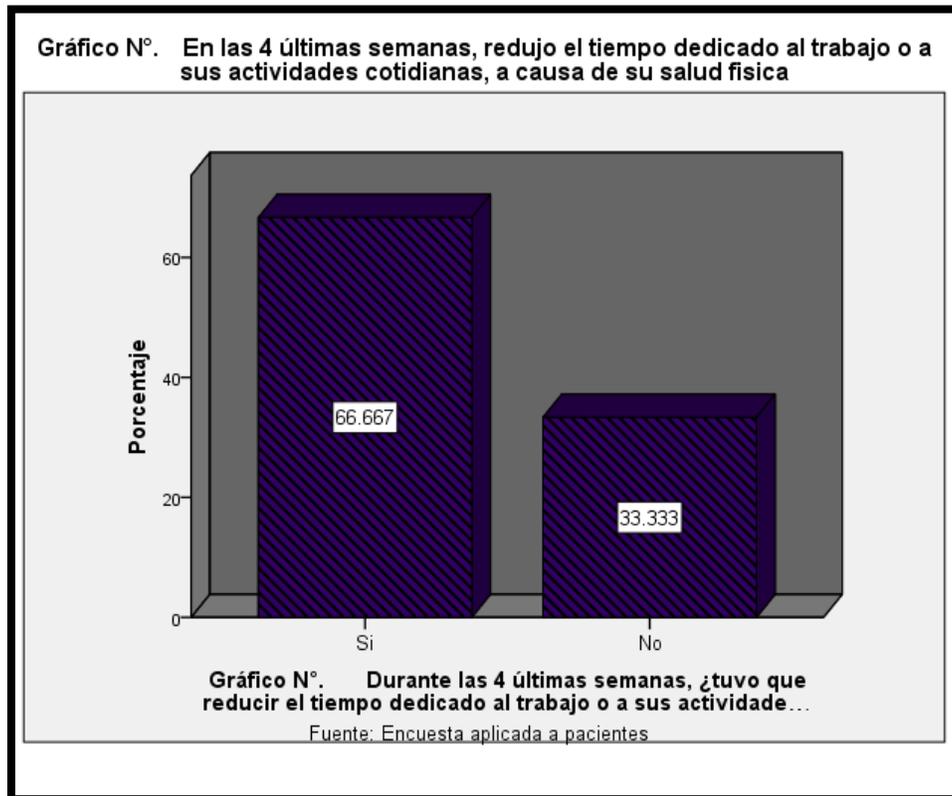
Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. (Normativa México, s,f). Por lo que se realizó una encuesta para valorar este aspecto, en la cual la pregunta realizada refiere: **Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o actividades cotidianas, a causa de su salud física?**, en la cual respondieron que sí tuvieron que dejar hacer algunas cosas en un 83.3%, que se corresponde con cinco de los seis participante y solo uno de los seis respondió no, lo que equivale al 17.3%, podemos considerar que igual se ven afectadas sus actividades ya que la mayoría de los pacientes están bajo tratamiento sustitutivo renal. En este mismo estudio realizado en Chile los pacientes participantes en un 81% respondieron que si se ve afectados debido a su condición física en realizar sus actividades cotidianas a lo contrario que sucede en el estudio de Colombia en donde revela que dos terceras partes de los participantes

total 274 respondieron que no se ven afectadas sus actividades diarias por su condición física debido a su enfermedad (Ver gráfico N°. 20).



En la encuesta realizada la siguiente pregunta que se realizó evaluó lo siguiente: : **Durante las 4 últimas semanas,, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?** En la cual un 66.7% responde que si se redujo su tiempo de trabajo y un 33 % dijo que no. Que se corresponde con cuatro de los seis pacientes y dos de los seis pacientes respectivamente, actividad personal y las actividades laborales se ven en gran parte afectadas por la condición de salud del paciente. Según estudio realizado en Medellin, Colombia en 2008 concluyeron dos terceras partes de los participantes no presentaron problema alguno en el desempeño de su trabajo, contrario a lo que reporta el estudio de Chile en el cual refleja el 70% si redujeron el tiempo de trabajo

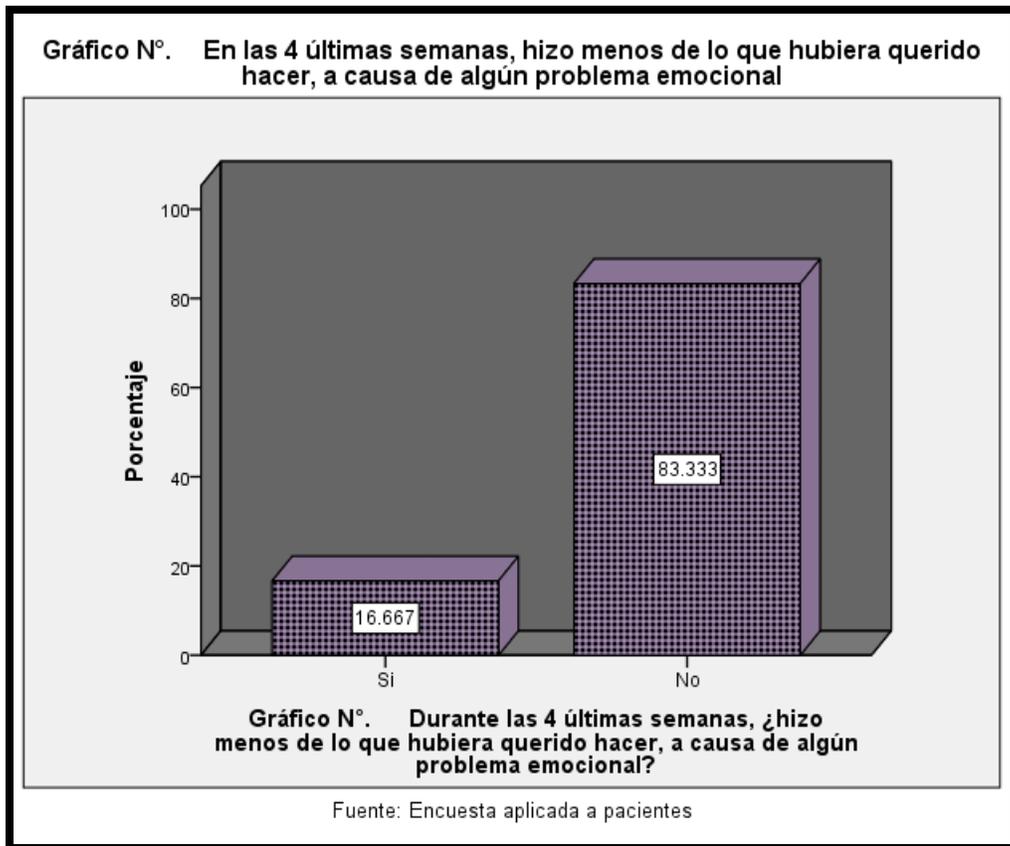
debido a su condición física. Es decir que la condición física de los pacientes de nuestro estudio comparada con la de Chile percibe la misma condición física que los han llevado a disminuir su tiempo en el trabajo afectando su rendimiento económico (Ver gráfico N°. 21).



Rol emocional

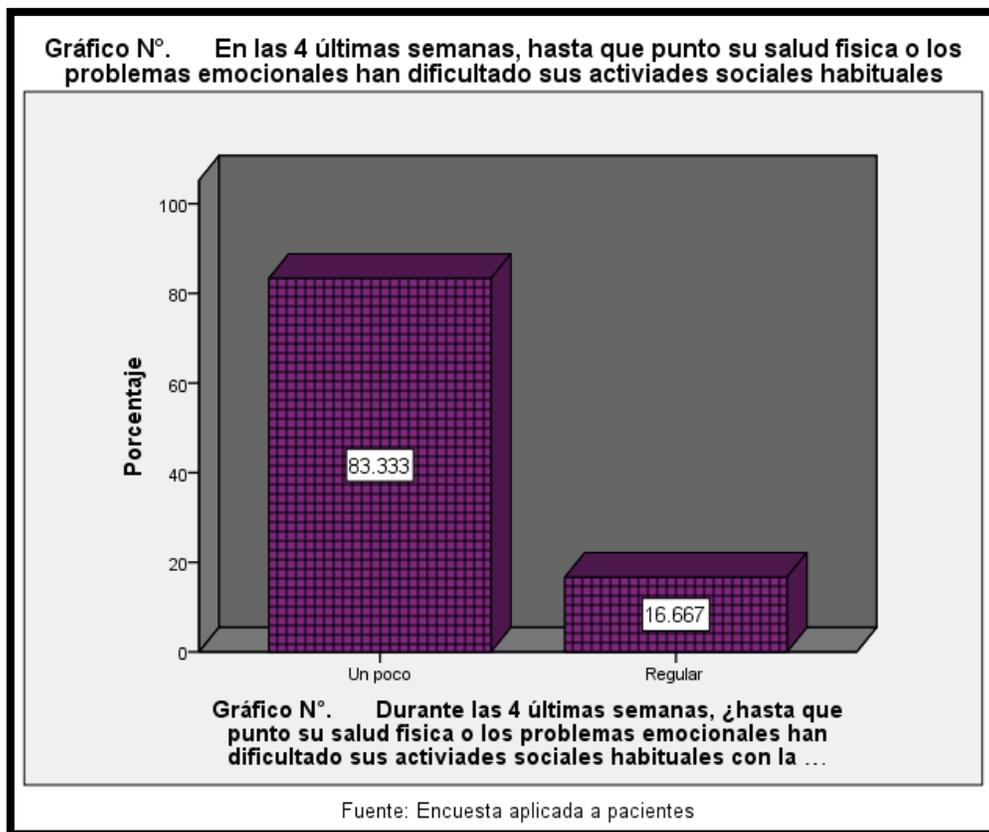
Grado en el que los problemas emocionales afectan el trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo (Normativa México, s,f). Por lo que se realizó una encuesta para valorar este aspecto, en la cual la pregunta realizada refiere: **Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional?** El 83.3% respondieron que no hicieron menos de los que hubiesen querido hacer debido a problemas emocionales y 16.7% respondieron que si hizo menos de lo que hubiera querido hacer, esto

muestra que a pesar de las grandes limitaciones pueden sentirse apropiados para realizar lo que quieren sin interferencia de sus emociones. Mientras que el estudio realizado en la población de Chile, del año 2008 revela que el 51.1 % si tienen afectación emocional que no le permitió desarrollar normalmente lo que siempre hubiera querido hacer. Es decir que el estado psicológico es de mejor calidad en los pacientes de nuestro estudio con respecto a los participantes en Chile (Ver gráfico N°. 22).



En la encuesta realizada la siguiente pregunta que se realizó evaluó lo siguiente: **Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?** En el cual de los seis participante cinco respondieron que un poco sus problemas emocionales y salud física han dificultado el desarrollo de las actividades sociales y con su familia que se corresponde con el 83.6%, y el 17.6% respondió que regularmente se siente

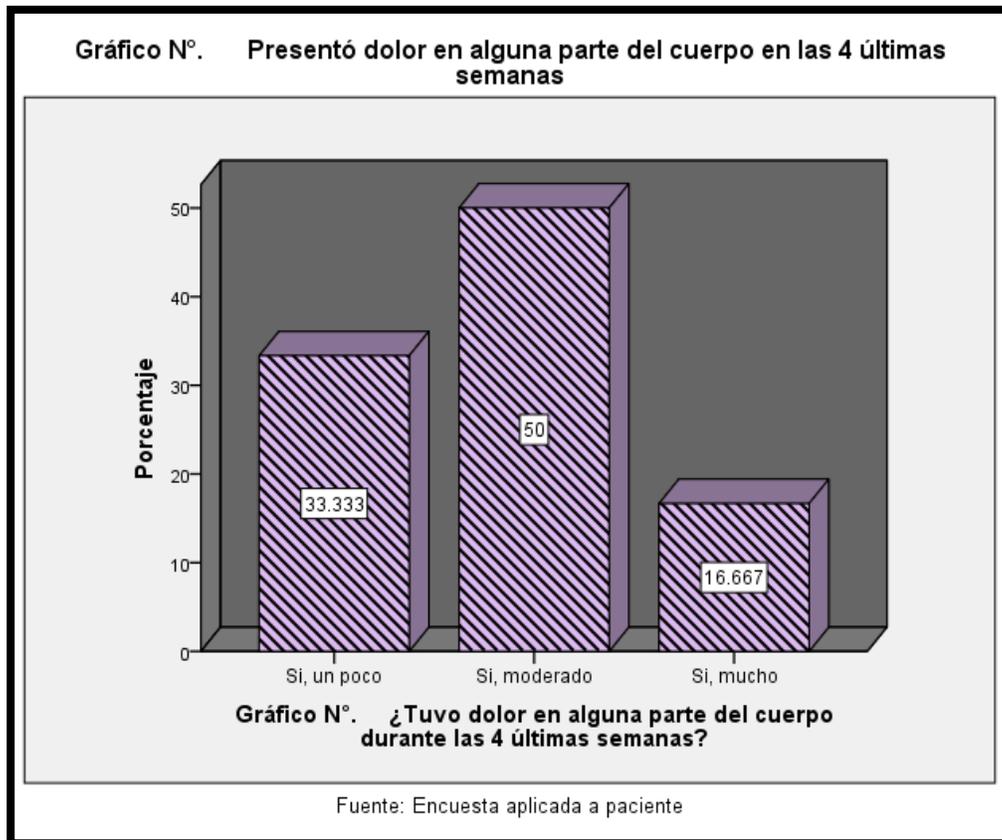
afectado, pero en el estudio que se realizó en Chile acerca de calidad de vida en paciente con IRC, el cual refiere que un poco el 24.4%, regular el 13.3%, bastante el 28.9 %y mucho 6.7 %. En este punto las respuestas son variadas en donde la moda según los dos estudios es un poco, es decir a pesar de su condición física y emocional un poco se ven afectados para poder desarrollar normalmente sus actividades (Ver gráfico N°. 23).



Dolor corporal

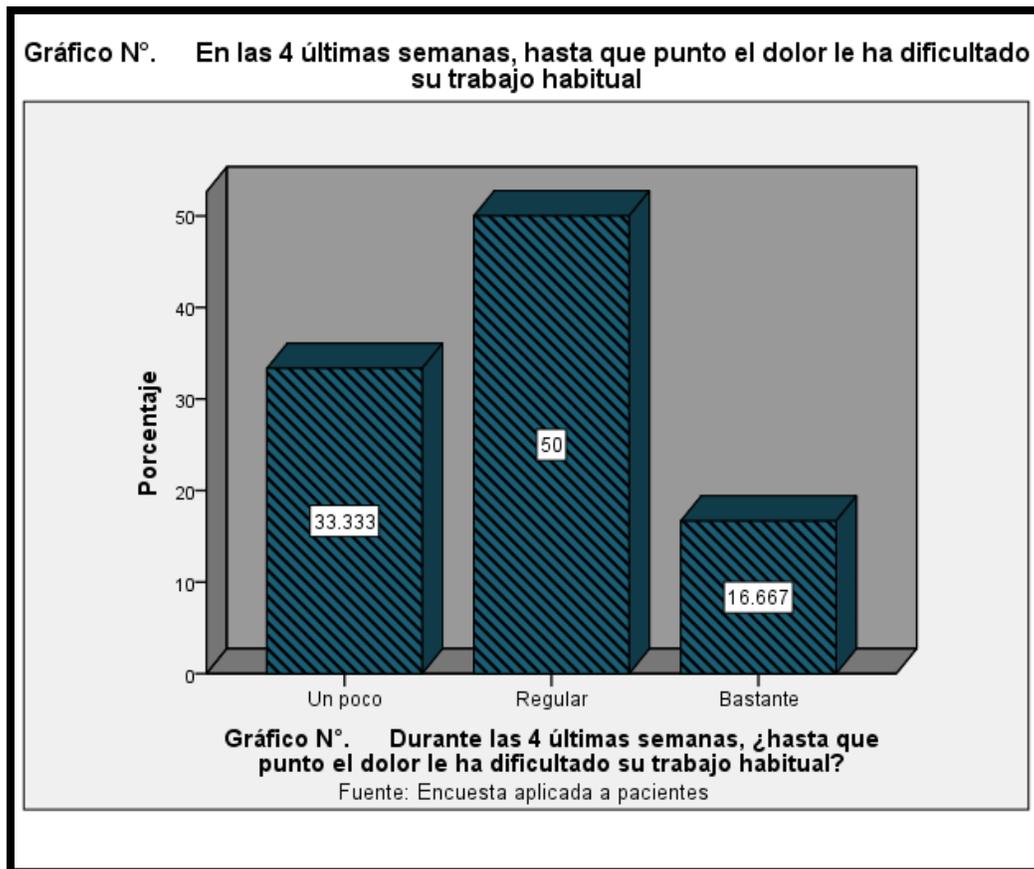
Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar (Normativa México, s,f). En el cual se aplicó una encuesta en la que consta de la siguiente pregunta para evaluar este punto de la calidad de vida: **¿tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**, el cual el 50% de los encuestados dijeron que presento dolor moderado, 33.3 % dijeron que un poco de dolor y 16.7% respondió mucho dolor en las últimas cuatro

semanas. Mientras que el estudio que se realizó en Chile, en año 2008 calidad de vida en paciente con IRC, refiere que el 16.7% respondieron un poco, regular 33.3%, bastante 36.7%, y mucho 4.4%, esta es la escala que se ven afectado por el dolor los paciente en el desarrollo de sus actividades y como este influye en su situación, ya que el dolor es un punto muy importante en el desarrollo de las actividades de cada persona y que influye en su calidad de vida y desarrollo de esta (Ver gráfico N°. 24).



Por lo que también se realizó la siguiente pregunta: **Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?** En el cual el 50% de los pacientes responden regular, es decir regularmente el dolor los afecta, mientras que el 33.3% responden un poco les dificulta su trabajo habitual y solo 17.3% dice bastante les dificulta el dolor las actividades diarias. Comparado con el estudio realizado en Colombia en donde el 37.1% de los participantes no presentaron ningún dolor a lo contrario que es reportado por el estudio realizado en

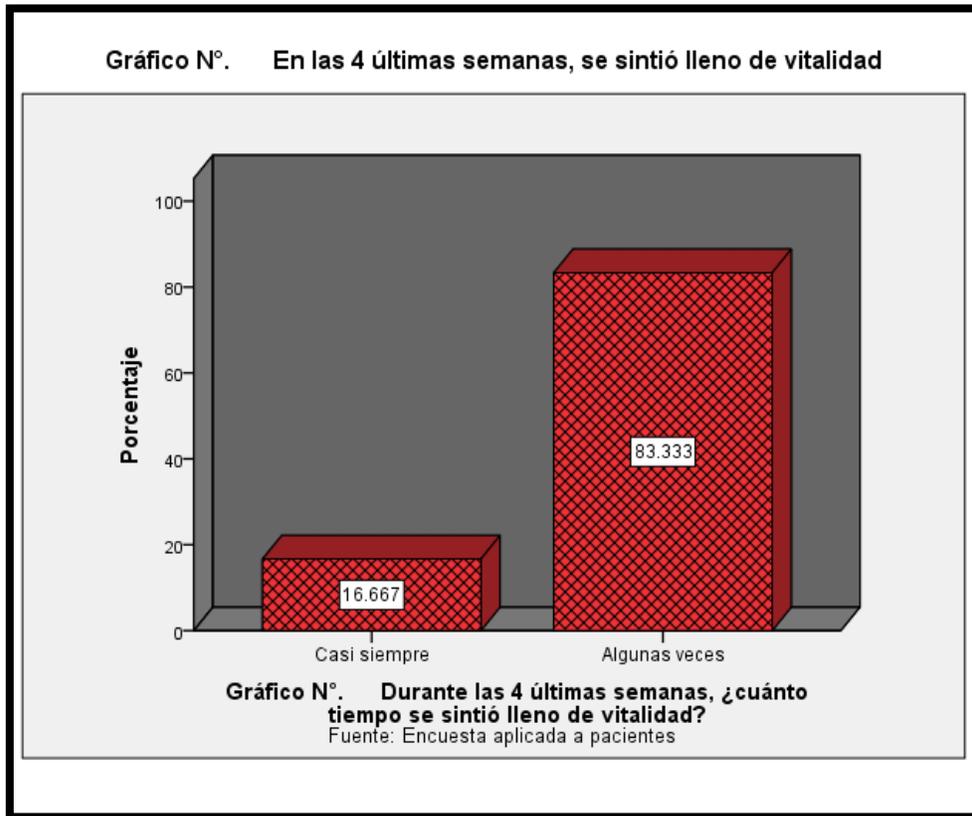
Chile sobre calidad de vida en paciente con IRC, se aprecia que 64,4% de los pacientes presenta dolor en alguna parte de su cuerpo (Ver gráfico N°. 25).



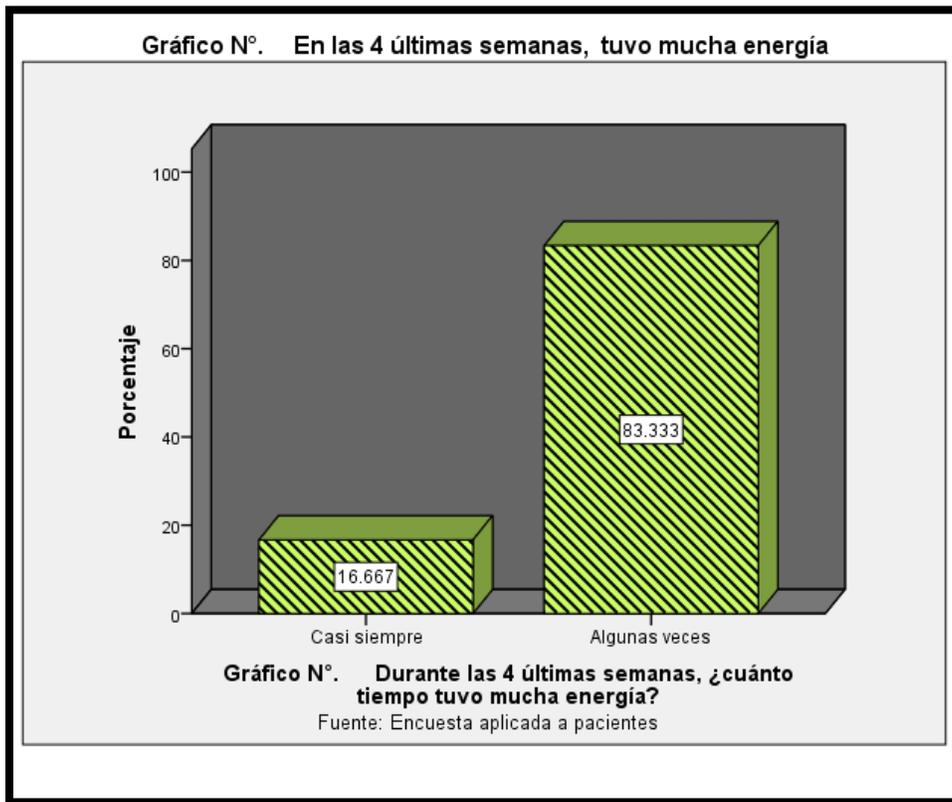
Vitalidad

Sentimiento de energía y vitalidad, frente al cansancio y el desánimo (Normativa México, s,f). En el cual se aplicó una encuesta en la que consta de la siguiente pregunta para evaluar este punto de la calidad de vida: **Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?**, La respuesta a esta pregunta fue 83.3% pacientes algunas veces se sintió lleno de vitalidad y 16.7% respondió casi siempre, esto va en dependencia de su estado de salud, para considerar que la respuesta de cada uno, estaría en dependencia de la percepción de estado de salud en el momento en que se le realizó su entrevista y comparado con el estudio realizado en Colombia, Medellín, acerca de calidad de vida en paciente con IRC, revela que el 57,7% manifestaron sentirse llenos de vitalidad siempre o casi siempre, comparado con el estudio realizado en Chile, acerca de

calidad de vida en paciente con IRC, en dónde respondieron 26.7% que casi siempre se siente lleno de vitalidad, algunas veces 37.8%, solo algunas veces el 14.4% (Ver gráfico N°. 26).



Por lo que también se realizó la siguiente pregunta: **Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?**, en el cual el 83.3% manifestaron tener mucha energía algunas veces y el 16.7% respondió casi siempre, es decir cinco de los seis pacientes participantes respondieron tener mucha energía y solo uno respondió casi siempre, siendo esto una valoración subjetiva, ya que si se trata de valorar este aspecto, cada uno de los pacientes manifiesta su sensación, su percepción (Ver gráfico N°. 27).



Salud mental

Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general (Normativa México, s,f). En el cual se aplicó una encuesta en la que consta de la siguiente pregunta para evaluar este punto de la calidad de vida: **Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?** en el cual el 33.3% manifestaron algunas veces se sintió desanimado y triste, el 33.3% respondió que solo algunas veces y el 16.7% manifestó muchas veces y el 16.7% respondió nunca se sintieron desanimado y triste, en comparación con el estudio que se realizó en Chile, en el año 2008 acerca de calidad de vida en paciente con IRC casi siempre el 35.6%, algunas veces 45.6%, algunas veces 6.7%, nunca 3%. Es decir tienen la misma percepción de su estado animo en ambos estudios (Ver gráfico N°. 28).

Gráfico N°. En las 4 últimas semanas, se sintió desanimado y triste

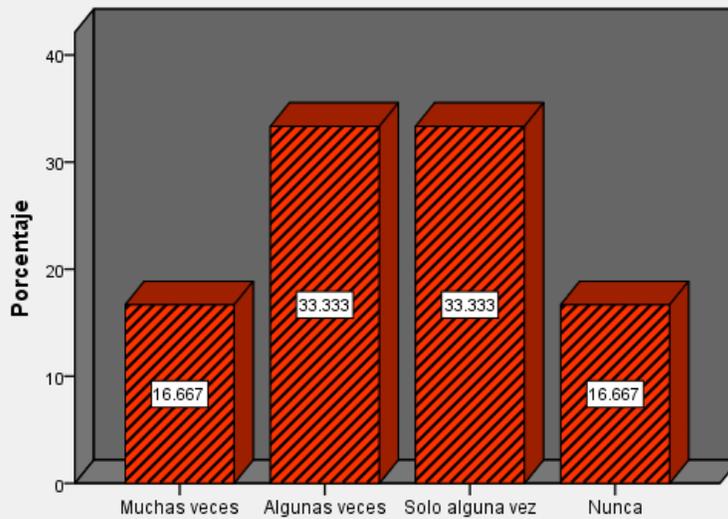
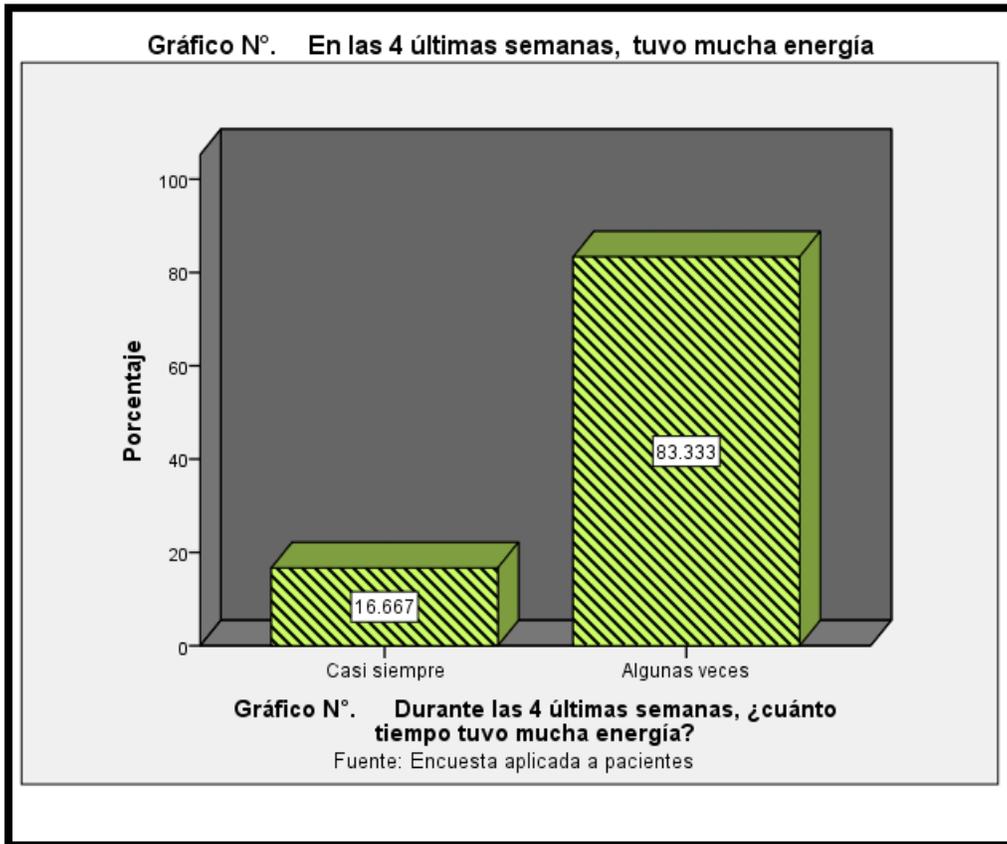


Gráfico N°. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes

Por lo que también se realizó la siguiente pregunta: **Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?** En el cual respondieron el 83.3% tener mucha energía algunas veces, que se corresponde con cinco de los seis participantes y solo el 16.7% respondió casi siempre, que se corresponde con uno de los seis participantes, es decir que a pesar de las condiciones de su enfermedad mantienen sus energías para las actividades diarias que realiza (Ver gráfico N°. 29).



Función social

Grado en que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual (Normativa México, s, f). En el cual se realizó una encuesta que comprende la siguiente pregunta: **Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?**, en la cual cuatro de los seis participantes respondieron algunas veces su salud física y problemas emocionales le dificultan sus actividades sociales y dos de los seis participantes respondieron que nunca se han visto afectado por su salud física o problemas emocionales en sus actividades sociales, lo que lo lleva a una menor participación de estos en las actividades sociales, siendo esto un punto clave en la vida de cada persona para lograr un mejor desarrollo de su calidad de vida y de sus emociones. (Ver gráfico N°. 30).

Gráfico N°. En las 4 últimas semanas, los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales

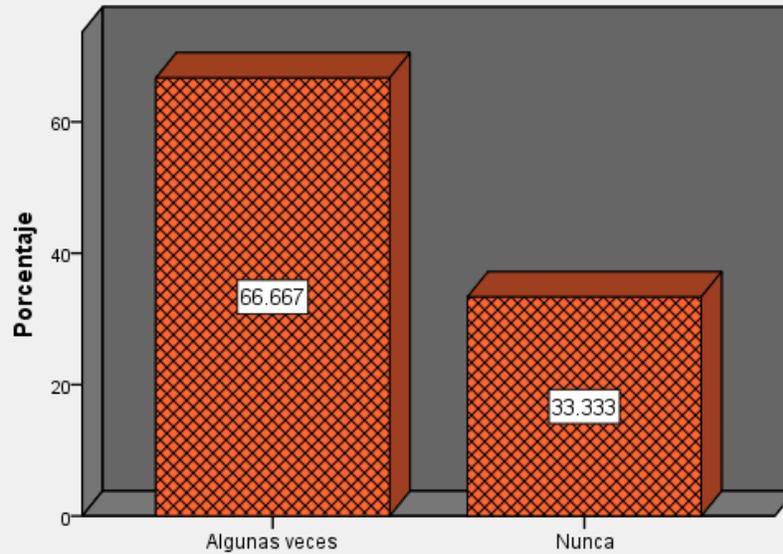


Gráfico N°. Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes

IX. CONCLUSIONES

Espacio socio-demográficamente:

- ✓ Los pacientes en estudios se encuentran viviendo en el sector urbano de la ciudad.
- ✓ Las ocupaciones se encuentra abogado, ama de casa, jornaleros, agricultores.
- ✓ Los pacientes se encuentran en estadios II, IV y V de la enfermedad renal crónica según la clasificación de KDOQI.
- ✓ Las causas que conllevaron al desarrollo de insuficiencia renal crónica según lo encontrado es por complicaciones de diabetes mellitus, por causas congénitas y por la exposición a sustancias químicas en su medios de trabajo.
- ✓ La calidad de vida se valoró en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental.
- ✓ La calidad de vida de tres de los seis pacientes estudiados en buena, lo que lo lleva a tener una vida más cómoda y una mejor supervivencia al tratamiento.
- ✓ La calidad de vida de tres de los seis es media, con posibilidades de vivir menos años de vida, ya que tienen mayor dificultad para llevar un mejor estilo de vida.

X. RECOMENDACIONES.

A la dirección del SILAIS-Matagalpa:

Llevar un control epidemiológico de la insuficiencia renal en el departamento de Matagalpa.

Se gestione la contratación de un especialista en nefrología, ya que la demanda de pacientes con dicha enfermedad en nuestro departamento es elevada.

Al Director del Hospital César Amador Molina:

Contribuir en óptimo registro de los pacientes ingresados en la sala de medicina interna con esta patología.

A los pacientes:

Llevar un estilo de vida saludable y llevar un chequeo continuo de su función renal, para evitar llegar a estadios más avanzados de la enfermedad.

Incluirse en actividades sociales, las cuales les permitan desarrollar relaciones interpersonales.

Acudir a terapia psicológica para el manejo adecuado de sus emociones y tengan una mejor calidad de vida.

XI. BIBLIOGRAFIA

- ✓ Ana Gómez Carracedo, E. A. (25 de Febrero de 2015). *Seeg.es*. Obtenido de http://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2062_III.pdf
- ✓ Angel Luis Martin, C. P. (24 de marzo de 2015). *revistanefrologia.com*. Obtenido de <http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=10082&idlangart=ES>
- ✓ Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación*. Colombia.
- ✓ Blandon Torrez, C. R. (2007). Recuperado el miércoles de octubre de 2016, de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3613/1/220085.pdf>
- ✓ Carlos Zuniga, H. M. (2011). Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria. *SCIELO*, 1176-1184.
- ✓ Cauca, U. d. (s.f.). Recuperado el miércoles de febrero de 2017, de <http://fcea.unicauca.edu.co/old/procesamiento.htm>
- ✓ Chile, U. d. (2000). Recuperado el miércoles de enero de 2017, de <http://www.uchile.cl/bibliotecas/servicios/tesis.pdf>
- ✓ Contreras, F. (s.f.). Recuperado el 18 de Junio de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300005
- ✓ Córdoba Jimenez, Y. (2014). Recuperado el miércoles de septiembre de 2016, de https://www.google.com.ni/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiso4KNo6bSAhVHMYYKHTItA_oQFggYMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.umariana.edu.co%2Ffojs-editorial%2Findex.php%2Flibroseditorialunimar%2Farticle%2Fview%2F1020%2F938&usg=AFQjC
- ✓ Costa, G. (2016). Recuperado el 18 de agosto de 2016, de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/213891/193911>
- ✓ Farrera. (2012). *Medicina Interna*. España: Elsevier.
- ✓ Francoise Contreras, M. (2006). Calidad De Vida y adhesión Al tratamiento En Pacientes con Insuficiencia renal crónica En Tratamiento de Hemodiálisis. *Univ. Psychol. Bogotá*, 487-499.
- ✓ Gomá, A. S. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 155-160.
- ✓ Gross, C. B. (2013). Recuperado el miércoles de octubre de 2016, de <http://repositorio.unan.edu.ni/1438/1/63587.pdf>

- ✓ Guerra, V. (2012). Recuperado el martes de agosto de 2016, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_04.pdf
- ✓ Hernández, M. (2013). Recuperado el miércoles de marzo de 2017, de <http://metodologiadeinvestigacionmarisol.blogspot.com/2013/09/diferencia-entre-metodo-tecnica.html>
- ✓ Longo, F. K. (2012). *Harrison, Principios de Medicina Interna*. New York: Mc Graw hill.
- ✓ Mera Santander, M. L. (2007). "Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Recuperado el martes de enero de 2016, de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
- ✓ Mexicanos, E. u. (1 de Marzo de 2015). *gplades.salud.gob.mx*. Obtenido de <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/CuestionarioSalud.pdf>
- ✓ Pabon Varela, Y. (2014). Recuperado el miércoles de septiembre de 2016, de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1473>
- ✓ Perales Montilla, C. (2015). Recuperado el jueves de septiembre de 2016, de <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-enfermedad-renal-cronica-relevancia-predictiva-S0211699516000424>
- ✓ Piraquive, A. (2013). Recuperado el jueves de marzo de 2017, de <https://prezi.com/7zc2reubz8xq/plan-de-tabulacion/>
- ✓ Rebollo Rubio, A. (2015). Recuperado el miércoles de septiembre de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952015000100012
- ✓ Rebollo, P. (2000). Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. *NEFROLOGIA*, 431-439.
- ✓ Rodriguez Vidal, M. (2005). Recuperado el miércoles de agosto de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007
- ✓ Rodriguez, S. (2013). Recuperado el miércoles de febrero de 2017, de <https://prezi.com/5uo94kmsxs6k/criterios-de-inclusion-y-exclusion/>
- ✓ Ruiz San Millán, J. (2007). Insuficiencia Renal Crónica. *Medicine*, 5068-5076.
- ✓ Vázquez, I. (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *NEFROLOGÍA. Vol. XXIV. Número 2.*, 167-178.
- ✓ Vinaccia, S. (2005). Recuperado el martes de octubre de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002
- ✓ Yepes Delgado, C. (2008). Recuperado el martes de agosto de 2016, de <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-calidad-vida-pacientes-con-enfermedad-renal-cronica-sin-dialisis-ni-X0211699509033571>

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Sub-variable	Concepto operacional	Indicador	Preguntas	Escala	Instrumento	Dirigida a:
Insuficiencia Renal		Se define como insuficiencia renal crónica (IRC) la pérdida irreversible de la función renal, independientemente de la severidad de la misma. Esta pérdida de función puede desarrollarse a una velocidad variable a lo largo del tiempo, es decir, con un ritmo de progresión variable, en función de la causa que la condicione, pero en general suele acontecer de forma relativamente lenta e insidiosa, la mayoría de las veces a lo largo de meses o de años. (Ruiz San Millán, 2007).	Concepto	¿Cuáles fueron las causas que provocaron la insuficiencia renal?	Revisión de expediente	Revisión de Ficha	Expediente
	Clasificación	Es la clasificación de la insuficiencia renal crónica en estadios según los niveles de creatinina según la clasificación KDOQI	Fase o estadio	¿Cuál es el estadio de insuficiencia renal crónica según KDOQI?	Estadio 1 Estadio 2 Estadio 3 Estadio 4 Estadio 5	Revisión de expediente clínico	Expediente
	Filtración Glomerular	Es la determinación de las concentraciones de creatinina en suero, según ecuación donde utilizarse	Tasa de filtración	¿Cuál es la tasa de filtración glomerular?	Menos 15 ml/mint 15-29 ml/mit	Revisión de expediente clínico	Expediente

		para estimarla e incorporan la concentración de creatinina plasmática, edad, sexo, y el origen étnico	glomerular en ml/mint		30-59 ml/mint 60-89 ml/mint 90 ml/mint		
	Creatinina	.La creatinina se elimina en su mayor parte por filtración, razón por la que se utiliza para medir el filtrado glomerular	Creatinemia	¿Cuál es el valor de creatinina?	0.5-1.4 mg/dl 1.4 mg/dl en adelante	Revisión del expediente clínico	Expediente
	Procedimiento medico			¿A qué procedimiento asiste al hospital?	Hemodiálisis Ninguna	Revisión de ficha Revisión de expediente clínico	Paciente Expediente
	Edad	Tiempo en años de existencia de una persona desde el momento de su nacimiento a la actualidad	Número de años cumplidos	¿Cuántos años tiene?	18-90 años	Revisión de ficha	Paciente Expediente
	Sexo	Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer	Fenotipo	Sexo	Femenino Masculino	Revisión de ficha	Paciente Expediente
	Ocupación	Conjunto de empleos cuyas tareas presentan una gran similitud	Actividad laboral	¿Cuál es su ocupación?	Abogado Ama de casa Jornalero desempleado Agricultor	Entrevista a pacientes	Paciente

	SILAIS	Sistema local de atención integral de salud que existe en cada departamento	Ubicación	¿A que SILAIS pertenece?	Matagalpa Managua Estelí	Entrevista a pacientes	Pacientes
	Procedencia	Lugar en el cual es originario o habita una persona	Ubicación	¿A qué municipio pertenece?	Matagalpa San Isidro La Dalia San Ramón Waslala Rancho Grande	Entrevista a pacientes	Pacientes
	Unidad de salud	Institución médica a la cual se acude para recibir atención medica	Ubicación	¿A qué unidad acude a realizarse procedimiento medico?	Hospital San Juan Dios Hospital Antonio Lenin Fonseca Hospital Manolo Morales	Entrevista a pacientes	Pacientes
Calidad de vida		Según Urzua (2010) definió la calidad de vida como la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que	Función física	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	Encuesta a pacientes	Pacientes

		permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general					
			Función física	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Función física	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Función física	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Función física	Su salud actual, ¿le limita para	Sí, me limita mucho	Encuesta a pacientes	Pacientes

				agacharse o arrodillarse?	Sí, me limita un poco No, no me limita nada		
			Función física	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Función física	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Función física	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Función física	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco	Encuesta a pacientes	Pacientes

				vestirse por sí mismo?	No, no me limita nada		
			Rol físico	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	Si No	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Rol físico	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	Si No	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Rol físico	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a	Si No	Encuesta a pacientes	Pacientes

				causa de su salud física?			
			Rol físico	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	Si No	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Rol emocional	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Si No	Encuesta a pacientes	Pacientes

			Rol emocional	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Si No	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Rol emocional	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Si No	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Rol emocional	Durante las 4 últimas	Nada Un poco	Encuesta a pacientes	Pacientes

				semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	Regular Bastante Mucho		
			Dolor corporal	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	No, ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Dolor corporal	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	Encuesta a pacientes	Pacientes

				casa y las tareas domésticas)?			
			Vitalidad	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Vitalidad	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Vitalidad	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	Encuesta a pacientes	Pacientes

			Vitalidad	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Vitalidad	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Salud mental	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Salud mental	Durante las 4 últimas semanas,	Siempre Casi siempre	Encuesta a pacientes	Pacientes

				¿cuánto tiempo se sintió agotado?	Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca		
			Salud mental	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Salud mental	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Función social	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o	Siempre Casi siempre Muchas veces	Encuesta a pacientes	Pacientes

				los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	Algunas veces Sólo alguna vez Nunca		
			Salud General	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Salud General	Estoy tan sano como cualquiera	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Salud General	Creo que mi salud va a empeorar	Totalmente cierta Bastante cierta	Encuesta a pacientes	Pacientes

					No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa		
			Salud General	Mi salud es excelente.	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Salud General	En general, usted diría que su salud es	Excelente Muy buena Buena Regular Mala	Encuesta a pacientes	Pacientes
			Salud General	¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año Más o menos igual que hace un año Algo peor ahora que	Encuesta a pacientes	Pacientes

					hace un año Mucho peor ahora que hace un año		
--	--	--	--	--	---	--	--

ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Entrevistas a paciente con IRC



1. ¿A qué SILAIS pertenece?
2. ¿A qué municipio pertenece?
3. ¿A qué unidad de salud acude para realizarse su procedimiento de salud?
4. ¿Cuál es su ocupación?
5. Edad
6. Sexo
7. ¿Cuál fue el nivel de creatinina, en su último control que se realizó?
8. Tasa de filtración glomerular
9. Clasificación según KDOQI
10. ¿Cuál fue la causa, por lo que lo diagnosticaron con IRC?
11. ¿A qué procedimiento asiste al Hospital?

Cuestionario de salud SF-36

1. En general, usted diría que su salud es:
 - 1 Excelente
 - 2 Muy buena
 - 3 Buena
 - 4 Regular
 - 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - 1 Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 Más o menos igual que hace un año
 - 4 Algo peor ahora que hace un año
 - 5 Mucho peor ahora que hace un año

<p>LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.</p>
--

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco

- 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
6. su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100

metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como

estar triste, deprimido, o nervioso?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su

trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

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

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

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

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

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

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

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre

- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

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

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

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

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

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

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

- 1 Siempre

- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

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

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

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

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

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

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS IGUIENTES FRASES.

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

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

Anexo N°. 4 Cronograma de trabajo

FECHA	ACTIVIDAD
Semana 18 – 24 enero 2016	Elección del tema y elaboración de plan de elaboración del trabajo monográfico así como el periodo de estudio.
Semana 9 - 13 de marzo 2015	Elaboración del Planteamiento del problema, objetivos y Justificación.
Semana 16 - 20 de marzo 2015	Realización de antecedentes y búsqueda de información para el marco teórico.
Semana 23 – 31 Marzo 2015	Elaboración de marco teórico
Semana 1 abril – 10 de abril 2015	Elaboración de Diseño metodológico
Semana 13– 17 abril 2015	Elaboración de Método de recolección de información
4 de mayo 2015	Protocolo de investigación
29 de mayo 2015	Tutorías
8 de mayo 2015	Tutorías
Semana 13 – 18 Junio 2016	Realización de la base de datos
1 – 22 Julio 2015	Recolección de la información y llenado de ficha de expediente clínico.
Semana 8 – 13 agosto 2015	Presentación de toda información y la muestra
20 agosto 2015	Tutorías
Semana 5 – 10 septiembre 2015	Análisis de la información recolectada
Semana del 3 – 8 octubre 2015	Discusión de la información
18 de octubre 2016	Tutorías
31 de octubre 2016	Tutorías
Semana 14 – 19 noviembre 2016	Elaboración de conclusiones y recomendaciones

Semana 21 – 26 noviembre 2016	Elaboración de anexos
5 de diciembre 2016	Tutorías
18 de diciembre 2016	Tutorías
20 enero 2017	Informe final
17 de febrero 2017	Defensa