

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENIN FONSECA MARTINEZ.



**Tesis para optar al título de
Médico Especialista en Medicina Interna.**

TEMA:

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA
CON TARA A VRS ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENIN FONSECA FEBRERO 2014
A ENERO DEL 2015.**

Autor:

****Dr. Arturo José Ramírez Otero***

Tutor:

*****Dra. Hortencia Esther Peralta Lara.***

****Médico Residente III año Medicina Interna.***

*****Especialista de Medicina Interna e Infectología***

Managua, Febrero del 2015.

PENSAMIENTO

I. PENSAMIENTO

En la atención de los pacientes, nosotros los trabajadores de la salud tenemos que ser sumamente sensibles...

Y siempre dar más de lo necesario.

Dr. Arturo J. Ramírez Otero.

DEDICATORIA

II. DEDICATORIA

A mis padres, herman@s, tías y a mi esposa por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

III. AGRADECIMIENTOS

Mi eterno agradecimiento para todos aquellos profesores que en el trayecto de mi carrera han formado parte de mi preparación.

INDICE

IV. INDICE

I.	PENSAMIENTO	
II.	DEDICATORIA	
III.	AGRADECIMIENTO	
IV.	INDICÉ	
V.	RESUMEN	
VI.	OBJETIVOS.....	Pág.18
VII.	MARCO TEORICO.....	Pág.20
VIII.	ANTECEDENTES.....	Pág.26
IX.	MATERIAL Y METODO.....	Pág.42
X.	RESULTADO	Pàg.52
XI.	ANÁLISIS DISCUSIÓN.....	Pàg.60
XII.	CONCLUSIÓN.....	Pàg.68
XIII.	RECOMENDACIONES.....	Pàg.71
XIV.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	Pàg.72
XV.	ANEXOS.....	Pàg.84

RESUMEN

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico, observacional de tipo cohorte retrospectiva que incluye pacientes con VIH/SIDA en TARA y Enfermos Renales Crónicos en hemodiálisis del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca, desde el mes de Febrero 2014 a Febrero 2015 incluyendo 140 pacientes en la cohorte 1 y 95 pacientes en la cohorte 2. El objetivo general fue establecer la relación entre variables, clínica e inmunológicas y la puntuación obtenida en las dimensiones que integran el cuestionario de la salud SF-36 para valorar la calidad de vida en estos pacientes, planteando como hipótesis que las dimensiones que integran la calidad de vida en este cuestionario alcanzarían puntuaciones más altas en la cohorte 1 que en la cohorte 2. Se encontró que ambos grupos son bastante homogéneos, en su mayoría del sexo masculino en ambos con una relación 1.9:1 vs 2.1:1, con promedios de edad de 34.5 años vs 33 años y con predominio de escolaridades por encima de la primaria y la unión estable. Valorando que ambos grupos son homogéneos se encontró al relacionar las dimensiones que integran la calidad de vida, que los pacientes con VIH/SIDA alcanzan puntuaciones más altas en las dimensiones de la función física, rol físico y función social independiente del control virológico pero inverso al recuento de linfocitos cd4 y con puntuaciones mayores que los ERC en hemodiálisis, pero con puntuaciones menores en las dimensiones que integran el componente mental. De forma general la puntuación global de las dimensiones de la calidad de vida fueron mayores en la cohorte 1 que en la cohorte 2. Por lo que se recomienda la integración del apoyo psicológico estricto independiente del control virológico en pacientes con VIH/SIDA y el apoyo nutricional y fisioterapia en ERC de forma precoz.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

En nuestra unidad asistencial Hospital Antonio Lenin Fonseca Martínez (HEALFM) se brinda atención médica desde el 2009 a pacientes que viven VIH/SIDA iniciándose en el 2010 el despacho efectivo de tratamiento antirretroviral, actualmente existe un total de 170 pacientes activos en el programa, también se atiende pacientes con enfermedad Renal Crónica (ERC) brindando hemodiálisis como terapia de sustitución renal a un total de 95 pacientes. Hasta el momento se han realizado estudios clínicos y epidemiológicos no así desde el punto de vista biosicosocial en este grupo de pacientes.

El estudio de la calidad de vida le da el valor no sólo a la obtención del control de una patología crónica sino a la obtención de un verdadero estado de bienestar psíquico que involucra diferentes dimensiones. El valor que la salud tiene en un individuo y lo que la pérdida/ausencia (situación de enfermedad) constituye para el individuo volviéndose un acontecimiento estresante, que vulnera la calidad de vida de la persona en mayor o menor medida, la enfermedad produce una ruptura del comportamiento y modo de vida habitual del sujeto, generando una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que se suele denominar situación estresante y que pone a la persona en la necesidad de afrontarla para conseguir reducirla o adaptarse a ella, cambiándola, cambiando la circunstancia o cambiando la persona misma.

Con el presente estudio se pretende evaluar la calidad de vida de forma comparativa en estos pacientes, siendo que ambas enfermedades pueden tener consecuencia devastantes y desgastantes en la vida del ser humano a pesar de ofrecer tratamientos efectivos para el control de ambas enfermedades.

PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes que viven con VIH/SIDA comparándola con pacientes con enfermedad Renal Crónica en programa de hemodiálisis en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca Martínez, durante el período de Enero del 2014 a Febrero de 2015?

HIPÓTISIS

HIPÓTESIS

Las dimensiones que integran la calidad de vida según el cuestionario SF36 alcanzan puntuaciones más altas en pacientes con VIH/SIDA en TARA del programa de ITS/VIH/SIDA activos que en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de sustitución renal en programa de Hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

HIPOTESIS ALTERNATIVA

No hay diferencias en las dimensiones que integran la calidad de vida según el cuestionario SF36 entre pacientes con VIH/SIDA en TARA y los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre variables, clínica e inmunológicas y la puntuación obtenida en las dimensiones que integran el cuestionario de la salud SF-36 para valorar la calidad de vida de pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA versus con IRC en Hemodiálisis del servicio de Medicina interna del HEALF durante el periodo de febrero del 2014 a Enero del 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Caracterizar el perfil socio epidemiológico a pacientes en estudio.
2. Identificar la valoración que el paciente hace del grado de limitación de la realización de actividades físicas de la vida diaria de pacientes en estudio.
3. Conocer la valoración que el paciente hace del grado de interferencia del estado de salud en el trabajo y otras actividades diarias de pacientes en estudio.
4. Describir el efecto del dolor padecido en el trabajo habitual y en las actividades del hogar de pacientes en estudio.
5. Conocer la valoración personal del estado de salud de pacientes en estudio.
6. Identificar la valoración personal de la vitalidad, estado de animo y emocional de pacientes en estudio.

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

INFECCION POR VIH/SIDA.

La enfermedad actualmente conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), fue reportada por primera vez hace 31 años atrás en la publicación *Morbidity and Mortality Weekly Report* bajo el título “*Pneumocystis pneumonia – Los Angeles*”. Ni siquiera el lector más pesimista hubiera podido anticipar la escala y magnitud que la epidemia asumió dos décadas después; millones de personas han muerto por la enfermedad, a lo que se suman las nuevas infecciones que ocurren diariamente en todas las regiones del planeta. 1

En el año 1979 Robert Gallo y cols., del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, descubrieron el primer retrovirus patógeno para el hombre, el virus linfotrópico de células T humano de tipo I (HTLV I), relacionado con la leucemia linfoma de células T y la paraparesia espástica tropical / mielopatía asociada a HTLV I; en 1981 descubrieron el virus linfotrópico de células T humano de tipo II (HTLV II), asociado a la leucemia de células vellosas. Estos descubrimientos proporcionaron la piedra fundamental para el posterior reconocimiento del tercer retrovirus humano, el VIH, aislado en 1983 simultáneamente por Luc Montagnier en el Instituto Pasteur de Francia y por Robert Gallo. 5

El descubrimiento de los retrovirus humanos ha sido, para los científicos, médicos y profesionales de la salud, extraordinario e imprevisto, pero también una gran frustración. 3 Charles Rosenberg postula que una epidemia permite seccionar transversalmente una sociedad, reflejando la particular configuración de sus instituciones y su cultura. 3 Cada sociedad en particular construye una respuesta característica a una epidemia. Una epidemia cumple una estructura dramática como fenómeno social, es decir, comienza en un momento en el tiempo, procede en un período espacio-temporal en el que la tensión lleva a una crisis individual y colectiva, y finalmente, sucumbe.

En muchos aspectos, el SIDA no sigue el patrón tradicional de epidemia porque, lejos de sucumbir, todavía persiste. Es una epidemia postmoderna en el sentido de reflexiva, autoconsciente y burocráticamente estructurada, que existe en diferentes niveles simultáneamente.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana del tipo 1 (VIH 1) es considerada como una de las más significativas enfermedades infecciosas emergentes y su estadio final, el SIDA, con un total estimado de 35,2 millones [32,2 – 38,8 millones] de personas infectadas a finales del año 2012, constituye el mayor desafío de Salud Pública. La infección por el VIH es contraída por más de 6800 personas y más de 5700 fallecen a causa del SIDA cada día, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento. 2 El SIDA es un fenómeno social reciente. Todo lo que hoy sabemos sobre el SIDA lo sabemos desde hace poco más de 30 años, precisamente cuando se asumía en Occidente que la ciencia y la medicina eran capaces de curar a la mayoría de las enfermedades infecciosas y hasta erradicar algunas de ellas. 1

Historia natural de la infección

Como se ha mencionado, la consecuencia de la infección por el VIH es una enfermedad crónica e irreversible, cuyo curso se caracteriza por un deterioro progresivo de la inmunidad mediada por células. El SIDA constituye el estadio más avanzado de esta enfermedad, en el que el huésped infectado no puede controlar ni los organismos oportunistas ni los procesos cancerígenos que en las personas inmunocompetentes no suelen causar enfermedad alguna. La historia natural de la infección por el VIH, en ausencia del tratamiento antiretroviral y desde el momento de la primoinfección hasta la muerte, cursa en un período promedio de 10 años.³⁷

Se ha explicado que el evento clínico inicial de la infección es el SRA, que se produce en las primeras semanas de la infección viral, dando un cuadro clínico similar a la mononucleosis, caracterizado por fiebre, malestar general, mialgias, adenopatías, faringitis no exudativa,

trombocitopenia con leucopenia, diarrea, cefalea y un exantema máculo-papular roseoliforme o urticariforme que se observa una amplia variedad de enfermedades oportunistas, debido a la estrepitosa caída en el recuento de LT CD4+ que acompaña al SRA, junto con una elevada concentración plasmática del ARN VIH. La recuperación clínica se produce en 10 a 15 días y se acompaña de la reducción abrupta de la viremia plasmática y el desarrollo de anticuerpos (Ac) que dan lugar a la seroconversión –que se produce entre los 22 a 27 días de la infección– y el desarrollo de la respuesta inmune contra el VIH. El recuento de LT CD4+ declina gradualmente a través de los años, con un descenso acelerado alrededor de 1,5 a 2 años antes de que se realice el diagnóstico de SIDA. La pendiente de este descenso está directamente relacionada con el aumento de la carga viral plasmática. Con la persistencia de la infección, los niveles de ARN viral comienzan gradualmente a aumentar, acompañándose de una reducción rápida de las cifras de LT CD4+; a medida que el recuento de LT CD4+ disminuye, el riesgo de infecciones oportunistas, neoplasias, emaciación, complicaciones neurológicas y muerte aumenta en forma sustancial. 38

La progresión de la enfermedad por VIH presenta una gran variabilidad, desde los pacientes que progresan de infección a SIDA en menos de 5 años hasta los que permanecen asintomáticos, sin tratamiento o sin evidencia del declinar inmunológico durante muchos años y que se denominan “no progresores a largo plazo”. Sin tratamiento, la media de supervivencia tras el diagnóstico de SIDA definido clínicamente es de 18 meses; los enfermos diagnosticados con una infección oportunista son los que presentan una mayor mortalidad. 39

El uso del tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) determinó un cambio radical en la historia natural de la infección por VIH. El tratamiento combinado con varias drogas produjo la mejoría del pronóstico en comparación con el uso de monoterapia, demostrando el efecto beneficioso del TARGA en la progresión clínica, virológica e inmunológica de la enfermedad. Al mejorar la supervivencia, las enfermedades crónicas son la causa más frecuente del fallecimiento en las personas con SIDA. 40

La linfadenopatía generalizada persistente suele comenzar con el SRA y su patogénesis se relaciona con la rápida infección de LT CD4+ en los ganglios linfáticos por el VIH tras la infección inicial; se define como la presencia de linfadenopatía en 2 o más localizaciones extrainguinales durante un tiempo mínimo de 3 a 6 meses sin otra causa etiológica y se caracteriza por la hiperplasia folicular sin patógenos específicos. La progresión de la infección por el VIH hacia la enfermedad avanzada se acompaña de involución de las adenopatías junto con la degeneración de los centros germinales foliculares y la desaparición de la hiperplasia predomina en el tronco.

En estos pacientes se puede observar una amplia variedad de enfermedades oportunistas, debido a la estrepitosa caída en el recuento de LT CD4+ que acompaña al SRA, junto con una elevada concentración plasmática del ARN VIH. La recuperación clínica se produce en 10 a 15 días y se acompaña de la reducción abrupta de la viremia plasmática y el desarrollo de anticuerpos (Ac) que dan lugar a la seroconversión –que se produce entre los 22 a 27 días de la infección– y el desarrollo de la respuesta inmune contra el VIH. El recuento de LT CD4+ declina gradualmente a través de los años, con un descenso acelerado alrededor de 1,5 a 2 años antes de que se realice el diagnóstico de SIDA. La pendiente de este descenso está directamente relacionada con el aumento de la carga viral plasmática.

Con la persistencia de la infección, los niveles de ARN viral comienzan gradualmente a aumentar, acompañándose de una reducción rápida de las cifras de LT CD4+; a medida que el recuento de LT CD4+ disminuye, el riesgo de infecciones oportunistas, neoplasias, emaciación, complicaciones neurológicas y muerte aumenta en forma sustancial.³⁸

La progresión de la enfermedad por VIH presenta una gran variabilidad, desde los pacientes que progresan de infección a SIDA en menos de 5 años hasta los que permanecen asintomáticos, sin tratamiento o sin evidencia del declinar inmunológico durante muchos años y que se denominan “no progresores a largo plazo”. Sin tratamiento, la media de supervivencia tras el diagnóstico de SIDA definido clínicamente es de 18 meses; los enfermos diagnosticados

con una infección oportunista son los que presentan una mayor mortalidad. 39

De las personas infectadas, un 10 % permanecerá asintomático, con recuentos de LT CD4+ estables, función inmune intacta y muy baja tasa de replicación viral por un período mayor de 12 a 15 años, a los que se los denomina “progresores lentos”. El 90 % restante evolucionará según los patrones esperables de la enfermedad. 36

En los pacientes con enfermedad avanzada por VIH o SIDA, con cargas virales elevadas y depleción grave de la LT CD4+, la enfermedad sistémica (fatiga, pérdida ponderal mayor al 10 % del peso corporal, malestar general, leucoplasia vellosa, candidiasis oral y fiebre) suele anunciar el inicio de las infecciones oportunistas y neoplasias. 36

La enfermedad avanzada y el SIDA se caracterizan por la presencia de un recuento de LT CD4 + $<200/\text{mm}^3$, que generalmente coincide con una intensa actividad replicativa viral, con la presencia de infecciones oportunistas y neoplasias, trastornos neurológicos y, en numerosos casos, por un importante deterioro del estado general de la persona. Múltiples infecciones por virus, bacterias, hongos, protozoos, helmintos y artrópodos, así como distintas clases de neoplasias han sido reportadas. 4, 36, 39, 41, 42

El uso del tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) determinó un cambio radical en la historia natural de la infección por VIH. El tratamiento combinado con varias drogas produjo la mejoría del pronóstico en comparación con el uso de monoterapia, demostrando el efecto beneficioso del TARGA en la progresión clínica, virológica e inmunológica de la enfermedad. Al mejorar la supervivencia, las enfermedades crónicas son la causa más frecuente del fallecimiento en las personas con SIDA. El objetivo primario de una terapia antirretrovírica consiste en una supresión máxima y duradera de la carga vírica, restauración o preservación de las funciones inmunológicas, mejoría de la calidad de vida y reducción de la morbilidad y mortalidad ocasionada por el VIH.40

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Bajo la denominación de “enfermedad renal terminal” se entiende una dolencia crónica que supone un déficit de funcionamiento renal por encima del 95% y que, por tanto, necesita de un procedimiento externo al organismo para realizar la función renal: la diálisis, o un trasplante renal. La insuficiencia renal se caracteriza por una disminución de las funciones uropoyética y endocrinometabólica que realiza el riñón. La primera cumple dos misiones: homeostática y depuradora. La segunda tiene gran trascendencia fisiológica y patológica ya que el riñón es productor y diana de la renina, productor de la eritropoyetina y diana de la ADH (hormona antidiurética). Además el sistema renina-angiotensina estimula la secreción de aldosterona en la corteza suprarrenal y es uno de los principales elementos que regulan la tensión arterial y autor regula el flujo plasmático renal y la filtración glomerular.

En el proceso de la insuficiencia renal que lleva a la diálisis, se va produciendo una sustitución del tejido renal normal por el tejido fibroso, lo que hace que el resto de nefronas sanas pase a realizar una hiperfiltración como compensación. Esta situación poco a poco se va a ir convirtiendo en nosogénica, produciendo otros problemas crónicos como hipertensión arterial. Pero este proceso es lento y tanto el riñón como el organismo se adaptan bien a la situación de insuficiencia renal, hasta el momento en que comienza la sintomatología clínica y bioquímica.

Cuando se llega a esta situación hay que recurrir a un procedimiento externo que lleve a cabo la función renal: la diálisis. Hay dos procedimientos fundamentales que son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. La primera consiste en unas horas de circulación sanguínea extracorpórea por el interior de un filtro semipermeable bañado en líquido dializante, en la que se realiza la depuración. En la segunda, este mismo procedimiento se lleva a cabo a través del peritoneo. La diálisis sustituye a la función uropoyética del riñón pero no a la endocrino-metabólica.

En la hemodiálisis la sangre es extraída del paciente a través de un acceso vascular apropiado y bombeada a la unidad de membrana o dializador, donde la sangre se pone en contacto con el dializado (mezcla de agua generalmente purificada por ósmosis inversa o desionización y un concentrado de electrolitos), el cual se encuentra bajo presión negativa en relación con el comportamiento de la sangre.

El gradiente de presión hidráulica permite la ultra filtración del exceso de líquidos a través de la membrana. El riñón artificial, es el aparato desarrollado y perfeccionado por los avances tecnológicos, que se utiliza para llevar a cabo éste proceso. Este consta de dos compartimentos: uno sanguíneo y otro de líquido de diálisis o hidráulico, la sangre en el circuito extracorpóreo es impulsada mediante una bomba de rodillos, controlada por el monitor que se detiene ante cualquier alteración detectada en el circuito.

Con el desarrollo y el uso clínico de técnicas de sustitución de la función renal - hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y trasplante renal – se logró conservar la vida de estos pacientes. Estas técnicas se han desarrollado considerablemente, siendo hoy los resultados y la sobrevida de los pacientes mucho mejor que a sus inicios.

Además de este procedimiento, los enfermos también deben someterse a tratamientos farmacológicos muy fuertes y dietas alimenticias más o menos estrictas con especial acento en el control de la ingestión de líquidos (dependiendo de cada caso).

A pesar de los problemas que trae esta situación, la enfermedad renal terminal no ha sido muy estudiada desde el punto de vista de la psicología y social como casi siempre, cuando se ha hecho, este interés ha sido en parámetros clínicos y poco los de la calidad de vida.

El interés en evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes con enfermedad renal terminal, se inició en la década de los ochenta. Estos estudios se focalizaron en la descripción de la calidad de vida de pacientes tratados con diferentes terapias de reemplazo

renal, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante. La calidad de vida relacionada con salud se ha usado para valorar los efectos de la enfermedad y los resultados de tratamientos. Permite además conocer la valoración subjetiva y multidimensional del estado de salud de las personas.

La patología renal terminal constituye un gran problema de salud pública, por las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad que origina, agregándose un impacto negativo sobre la calidad de vida de sus portadores. Quienes cursan esta enfermedad presentan las manifestaciones características del síndrome urémico, por lo que necesitan terapia de reemplazo para mantenerse con vida. La hemodiálisis se usa con el fin de prolongar la vida, no obstante va acompañada de un deterioro de la calidad de vida de estos pacientes.

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

En la calidad de vida forman partes diversas dimensiones y por ello su definición operacional es difícil. Se ha descrito, por un lado, como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad unido a un sentimiento de bienestar/malestar personal. Pero, además, este juicio subjetivo se considera estrechamente conectado a determinados indicadores "objetivos" biológicos, psicológicos, conductuales y sociales. (Diener, 1984).

Por lo tanto, una de las metas del análisis psicosocial de la calidad de vida es constatar los indicadores de bienestar "objetivos" presentes en una sociedad y "subjetivos" presentes en la experiencia de la persona (campbell, 1978.)

Los indicadores objetivos están referidos a las realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona que pueden centrarse en el estado de la salud, comodidad, riqueza y amor, a tales componente hay que añadir un componente emocional que consiste en grado de satisfacción, un estado de ánimo positivo, negativo, determinado, asimismo por otros elemento de índole psicológico. Entre las

condiciones externas objetivas tienen un lugar interesante variables sociodemográficas como edad, sexo, los ingresos, la vivienda y el estado civil y familiar (Diener, 1984, Bryant y Veroff 1982, Barriga.1988)

Por lo que refiere a los ingresos, los resultados de la mayoría de los trabajos indican que hay una relación positiva entre el nivel de ingresos y el nivel de bienestar subjetivos (BES), aunque el nivel de correlación no sea muy alto. Los resultados respecto a la edad son inconsistentes, en cuando al empleo, algunos autores han encontrado que las personas en paro eran un grupo con un nivel muy bajo de BES, incluso cuando se controlaron las diferencias por nivel de ingresos con grupos de personas con empleo. Estos sugieren que el desempleo tiene un impacto devastador sobre el BES que va más allá de las dificultades económicas que obviamente conlleva. Dentro de este marco, la satisfacción laboral parece estar positivamente relacionada con el bien estar subjetivo, y la tensión laboral, por contra y consecuentemente, aparece negativamente relacionada con el BES.

Los efectos de la educación sobre el BES no parece que sean muy fuertes, sino que, más bien, el nivel educativo interacciona con otras variables, como los ingresos, y estos se relacionan con el BES, finalmente hay un amplio número de estudios que han encontrado que las personas casadas informan de un BES mayor que cualquier categoría de personas no casadas.

Algunos de ellos encontraron que el matrimonio era el predictor más potente del BES incluso cuando se controlaba el efecto del nivel educativo, del nivel de ingreso y del estatus ocupacional, Cuando, además, pasamos del hecho objetivo del matrimonio a la importancia de la satisfacción marital sobre la Felicidad Global, la conclusión es que la satisfacción con el matrimonio y con la vida familiar es uno de los predictores más importantes del BES. (Diener, 1984, Bryant y Veroff, 1982; Barriga,1988.).

Otra variable digna de ser considerada dentro del marco de las condiciones externas objetivas es la conducta social, es decir el tipo y

la calidad de los contactos sociales de la persona (numero de amigos, numero de contactos sociales etc.) esta depende tanto de su propia conducta como de la oferta de la comunidad en la que se encuentra inserta.

Además, entre las condiciones externas objetivas hay que considerar, sin duda, variables como el tipo de vivienda, la existencia de elementos sanitarios, la seguridad de ocupación, el coste del alojamiento, la accesibilidad y calidad de los servicios (comerciales, de salud, de educación, de ocio,) la calidad y seguridad de los transportes, y la accesibilidad y calidad de los servicios de protección (Blanco y Chacón, 1985).

Por otro lado, no podemos dejar de considerar la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida, El estado de salud es, sin embargo, un indicador mixto, puesto que si bien existen indicadores objetivos (biológico) de una situación de salud/enfermedad, tan importantes como ellos son los indicadores subjetivos, que se manifiestan mediante auto informe de las propias personas. Si el estado de salud es un facto determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud. Así como la buena salud es importante para gozar de la vida, disfrutar de la vida es importante para gozar de la vida, disfrutar de la vida es importante, a su vez, para mantener una buena salud. Skinner y Vaughan 1983. Quizás eso es parte del significado de la definicion de salud de la OMS. De hecho, esa definicion nos presenta un concepto de salud muy similar al de calidad de vida" estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad."

Hay un número importante de estudios que han demostrado una relación relativamente grande entre los auto informes de salud y el BES. Otros estudios han encontrado que la salud es considerada por las personas como el factor más importante de la felicidad y que la satisfacción con la salud es uno de los predictores más fuertes de la satisfacción vital.

En los pacientes crónicos parece que existe un acuerdo en que la calidad de vida es el resultado de la situación del enfermo en, al menos, los cuatro dominios siguientes: A) el estatus funcional; B) la presencia y gravedad de los síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento; C) el funcionamiento psicológico; D) el funcionamiento social.

A) El estatus funcional. Se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Las cuatro categorías que se incluyen comúnmente son el auto cuidado (alimentarse, vestirse, bañarse y usar los servicios); la movilidad (capacidad para moverse dentro y fuera de la casa); las actividades físicas (andar, subir escaleras, etc.)

B) Presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento. Los síntomas físicos de los que los enfermos crónicos informan, como resultado del proceso de enfermedad o del tratamiento, son muy diversos en función del tipo de enfermedad, de su estadio, y otros muchos factores. Por ejemplo, en el caso de los pacientes de cáncer los síntomas que señalan con mayor frecuencia son: dolor, falta de aliento, fatiga y malestar corporal, estreñimiento, diarrea, náusea y vómitos, y trastornos del sueño.

C) El funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológicos). Aunque hay diferencias importantes, numerosos estudios han puesto de relieve elevados de estrés psicológico entre los pacientes de enfermedades crónicas. Concretamente, en los pacientes de cáncer se han detectado frecuentemente niveles más altos de ansiedad y depresión que los que se encuentran en la población general en la atención primaria. Los datos no señalan que existan estados patológicos o trastornos mentales diagnosticables, sino más bien una forma de estrés no específica.

D) El funcionamiento social (ajuste o adaptación social). El trastorno de las actividades sociales normales es bastante común en los

enfermos crónicos, y es el resultado de diferentes factores (Wortman, 1984) como: limitaciones funcionales debidas al dolor y/o la fatiga; el miedo del paciente a ser una carga para los demás; el azoramiento por los síntomas o las discapacidades: sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente; miedo al contagio, etc. Dentro de ese apartado, hay que considerar también las actividades de rol (desempeño de papeles sociales asociados con el trabajo y la familia).

En consecuencia, cuando preguntamos por la calidad de vida en enfermos crónicos, habitualmente estamos preguntando cuál es su nivel de estatus funcional, en qué medida presenta síntomas dolorosos o discapacitantes, cuál es su nivel de adaptación psicológica (cognitivo-emocional-conductual), cuál es su nivel de adaptación social y laboral, y cuál es la evaluación global que él enfermo mismo hace de la calidad de su vida.

Siguiendo este criterio, hemos producido un instrumento de evaluación de la calidad de vida en enfermos crónicos (y específicamente para enfermos de cáncer), basado en otro semejante construido por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) (Rodríguez-Marín e tal., 1992b).

Así pues, la calidad de vida del enfermo crónico depende en alto grado de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos de una y otro. Ello implica que el enfermo crónico debe afrontar los aspectos estresantes (demandantes, desequilibradores) de la enfermedad, para conseguir restablecer (o quizás establecer) una vida de la mejor calidad posible.

La calidad de vida relacionada con la salud es un constructo que se está utilizando cada vez con más frecuencia para evaluar las variables relacionadas con la salud desde la perspectiva del individuo.

En la actualidad la salud percibida es uno de los indicadores de salud más utilizados en el tratamiento integral de la enfermedad. La utilización de instrumentos que incorporan la percepción del estado de

salud de los individuos en su vida diaria, está siendo objeto de un interés cada vez mayor en la investigación en salud. Actualmente existe una amplia gama de instrumentos para valorar la calidad de vida. Su uso intensivo en diferentes contextos, circunstancias y procedimientos tradicionales aseguran la calidad de sus características psicométricas.

El SF-36 es una medida multipropósito de calidad de vida que ha sido usada para comparar poblaciones generales y específicas, el impacto de la enfermedad y los beneficios para la salud de una amplia gama de tratamientos.

Este instrumento últimamente ha permitido el cálculo de puntuaciones de resumen como son el componente físico (PCS) y el componente mental (MCS), que son calculados a partir de las ocho escalas usando algoritmos recomendados por los autores.

Proporciona un método seguro, eficiente y sicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El cuestionario abreviado SF-36 se estandarizó en 1996. El procedimiento permite medir la variable Calidad de Vida en base a una escala estructurada en ocho dimensiones, con distintos formatos de respuesta, puntuadas en un formato Likert.

Las dimensiones son las siguientes: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. El sistema estandarizado de puntuación da por resultado un perfil de ocho escalas de puntuación. La estandarización del contenido y puntuación son esenciales para la interpretación del SF-36 y hace posible comparaciones significativas de los resultados.

Las reglas de puntuación son apropiadas para todos los ítems y las opciones de respuesta del SF-36. Para cada dimensión los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 el mejor. Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud. Este

cuestionario se desarrolló a partir de una extensa batería, que incluía cuarenta conceptos relacionados con salud.

Para crear el cuestionario de una manera eficiente, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del cuestionario inicial. Como se indica anteriormente, el cuestionario final cubre 8 dimensiones del estado de salud y su contenido se centra en el estado funcional y el bienestar emocional.

Una descripción sintética de las dimensiones que incluye el SF-36 es:
Función física: Es el grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.

Rol físico: Es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el deseado.

Dolor corporal: Es el grado de intensidad del dolor y su efecto.

Salud general: Es una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función Social: Grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social.

Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo.

Salud Mental: Incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar.

La calidad de vida operacionalmente hablando es la sumatoria global de los puntajes que los sujetos otorgan a cada uno de los 36 ítems que componen la escala.

Las sub escalas del SF-36 constituidas por las ocho dimensiones descritas están ordenadas en su mayoría de manera que a mayor puntuación mejor es el estado de salud, exceptuando las dimensiones dolor corporal, salud general y vitalidad.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

Rodríguez, Vidal et al realizaron una valoración psicométrica de los componentes físicos y mentales en pacientes insuficientes renales en hemodiálisis aplicando SF-36, en este trabajo se analizaron las características descriptivas de las escalas resumidas de componentes de salud físico (CSF) y componentes de salud mental (CSM). Se trató de un estudio cuantitativo de corte transversal cuya población estuvo compuesta por los pacientes de la patología antes citada controlados en los centros de diálisis de la Comuna de Concepción, Chile, en el año 2005. La muestra incluyó a 270 pacientes, que corresponden a un 65% del universo. El instrumento principal utilizado estuvo constituido por el SF-36, para medir la variable principal Calidad de Vida y se agregaron variables sociodemográficas. El instrumento demostró una alta confiabilidad para los componentes de salud física y mental con un alfa de Cronbach de 0,86 para cada uno. En términos generales los instrumentos CSF y CSM provenientes del SF-36 permiten capturar apropiadamente la situación de vida por la que están atravesando las personas, como es el caso de los pacientes nefrópatas en tratamiento con hemodiálisis.

El propósito de este estudio fue analizar el comportamiento descriptivo de las escalas resumidas, CFS y CSM, provenientes del SF-36, en estos pacientes, la aplicación en este estudio ratifica el propósito central de Ware y Kosinski: Los componentes capturan adecuadamente la calidad de vida física y mental de los pacientes estudiados. El componente de salud física (CSF) compuesto por la agregación de las subescalas de funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal y salud general, obtiene un promedio de 46.6 puntos estandarizados globales, lo que indica que los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal manifiestan un deterioro de su calidad física, que es sensiblemente capturada por CSF. El componente de salud mental (CSM), compuesto por la agregación de las subescalas de vitalidad, función social, rol emocional y salud mental obtiene un promedio general estandarizado de 52.8 puntos que es sensiblemente superior al indicado para la salud física.

Lo anterior expresa en buenos términos lo que indica el análisis del SF-36 en su aplicación original en los datos. Los pacientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis tienen problemas de salud física, que superan ampliamente las valoraciones psíquicas que hacen respecto de su propia condición de enfermos. Se podría sintetizar en que manifiestan mejor calidad de vida mental que calidad de vida física.

Reis , Renata et al realizan un estudio de corte transversal en 228 personas viviendo con HIV/Sida en un municipio del estado de Sao Paulo, durante 2007 y 2008. Los objetivos fueron investigar la intensidad de los síntomas de depresión en individuos con HIV/Sida atendidos en dos unidades de referencia en Ribeirao Preto, SP, y comparar la calidad de vida con los diferentes grados de intensidad de los síntomas de depresión en esos individuos, según el género. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas individuales, utilizando el Inventario de Depresión de Beck y HIV/AIDS Targeted Quality of Life (HATQoL). Se detectaron 63 (27,6%) individuos con síntomas de depresión (leve, moderado y grave). Las mujeres presentaron síntomas de intensidad más grave de depresión que los hombres. Individuos con síntomas depresivos presentaron menores puntajes de calidad de vida que individuos con ausencia de esos síntomas, con diferencias estadísticamente significativas entre los valores medios/medianos en la mayoría de los dominios del HATQoL.

L Miners A et al. Revelan que los pacientes con VIH del Reino Unido tienen peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que la población general. Esta es la conclusión a la que llega un estudio cuyos resultados fueron presentados en la Conferencia Conjunta de la Asociación Británica del VIH (BHIVA, en sus siglas en inglés) y la Asociación Británica de Salud Sexual y VIH (BASHH, en sus siglas en inglés) celebrada recientemente en Liverpool (Reino Unido).

En el estudio que ahora se da a conocer, los investigadores quisieron comparar los resultados de dos cuestionarios de CVRS, uno realizado en personas con VIH y otro en población general entre 2010 y 2011. Ambos cuestionarios midieron cinco aspectos clave de la calidad de

vida relacionada con la salud. Los resultados mostraron que los pacientes con VIH tuvieron más probabilidades de comunicar problemas con cada uno de los cinco aspectos evaluados. Además, la infección por VIH continuó asociándose con una peor calidad de vida relacionada con la salud tras ajustar los datos por potenciales factores de confusión y limitar los análisis a las personas con VIH que estaban tomando tratamiento antirretroviral y tenían carga viral indetectable, es decir a aquellos pacientes que a priori podrían sentirse mejor por estar clínicamente controlados.

Cada vez más son los datos procedentes de la investigación clínica que muestran que las personas con VIH que toman tratamiento antirretroviral en países desarrollados tienen ahora una esperanza de vida similar a la de la población general. Sin embargo, no se conoce tanto cómo es la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con VIH en la era de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad.

El grupo de personas con VIH estuvo compuesto por 3.151 pacientes procedentes de la cohorte ASTRA, un estudio observacional multicéntrico que evalúa la conducta sexual de riesgo y las actitudes en torno a la transmisión del VIH y el tratamiento antirretroviral en personas con VIH del Reino Unido. Dicho grupo se comparó con 7.424 personas sin VIH procedentes de otro estudio de gran tamaño realizado en población general.

Ambos estudios midieron cinco aspectos de CVRS: movilidad; autocuidado; capacidad para realizar actividades habituales (como trabajar, estudiar o hacer actividades domésticas, familiares o de ocio); dolor/malestar; y ansiedad/depresión. Las respuestas se utilizaron para calcular una puntuación (llamada ‘puntuación de utilidad’) que indicase calidad de vida relacionada con la salud en general.

La mayoría de los participantes (95%) con VIH tenían un recuento de CD4 por encima de las 200 células/mm³ y tres cuartas partes estaban tomando tratamiento antirretroviral y tenían la carga viral indetectable.

Se observaron diferencias significativas entre las personas con VIH y sin VIH, por ejemplo los pacientes seropositivos eran más jóvenes (mediana de edad de 45 años frente a 49 años), tenían más probabilidades de ser varones (81 frente a 43%), de ser gay o bisexuales (67 frente a 1%), y de ser fumadores (30 frente a 26%). Sin embargo, las personas con VIH tuvieron menos probabilidades de ser bebedores a gran escala (10 frente a 20%), de tener trabajo (58 frente a 62%) o de ser de etnia blanca (81 frente a 91%).

De acuerdo con los resultados, los pacientes con VIH tuvieron tasas más elevadas de problemas relacionados con cada uno de los cinco aspectos de CVRS medidos que la población sin VIH: movilidad (27 frente a 20%); autocuidado (13 frente a 5%); actividades habituales (34 frente a 21%); dolor/malestar (42 frente a 40%); y ansiedad/depresión (50 frente a 27%). Todas las diferencias observadas se mostraron estadísticamente significativas.

Además, las personas con VIH tuvieron una puntuación de utilidad de CVRS general significativamente inferior a la de la población general (0,74 frente a 0,82).

La infección por VIH se asoció con una peor calidad de vida relacionada con la salud incluso después de que los investigadores tuviesen en cuenta factores tales como la edad, el género, el origen étnico y el tabaquismo ($p < 0,001$). La asociación entre VIH y peor CVRS continuó manteniéndose incluso cuando el análisis se limitó a las personas con VIH con un sistema inmunitario preservado y aquellos que estaban tomando tratamiento antirretroviral y tenían carga viral indetectable ($p < 0,001$).

Entre los factores que se asociaron también con una peor calidad de vida relacionada con la salud, se incluyeron edad avanzada, género (mujer frente a hombres gay/bisexual), nivel educativo más bajo (todos, $p < 0,001$) y origen étnico no blanco ($p = 0,01$).

En sus conclusiones, los investigadores señalan que las personas con VIH tienen una peor calidad de vida relacionada con la salud que la

población general y creen que sus hallazgos ponen en evidencia que la infección por VIH continúa asociándose con una elevada carga de mala salud pese a la gran efectividad del tratamiento antirretroviral.

Las investigaciones científicas que se han realizado en nuestro centro hospitalario en cuanto a pacientes que viven con VIH/SIDA no se constatan el aspecto de la calidad de vida, así mismo los trabajos de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva renal hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio es de tipo Analítico, Observacional, Comparativo de dos cohortes retrospectivas que se realizó en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca de la ciudad de Managua durante el período de Febrero 2014 a Enero del 2015.

La población de estudio se constituyó con los pacientes del servicio de Nefrología que se encuentra en hemodiálisis 95 pacientes y los pacientes del Programa ITS/VIHSIDA que tienen Tratamiento Antirretroviral del HEALF 170 pacientes.

La muestra la constituyen los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión donde los pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA forman parte del grupo de la Cohorte 1 total 140 pacientes y los pacientes con enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis son los de la cohorte 2 total 95 pacientes.

Criterios de inclusión de la cohorte 1:

1. Pacientes que aceptan participar en el estudio.
2. Mayor de 15 años de edad.
3. Con diagnóstico VIH/SIDA con tratamiento antirretroviral.
4. Pacientes con más de tres meses de estar en el programa con tratamiento de Antirretroviral.

Criterios de inclusión de la cohorte 2:

1. Pacientes que aceptan participar en el estudio.
2. Mayor de 15 años de edad.
3. IRC en Hemodiálisis
4. Pacientes con más de tres meses de estar en el programa de hemodiálisis.

Criterios de Exclusión de la cohorte 1:

1. Los que no cumplen con los criterios de inclusión.
2. Pacientes con menos de tres meses con tratamiento de antirretroviral.
3. pacientes con enfermedades psiquiátricas.
4. Pacientes mayor de 65 años.
5. Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Criterios de Exclusión de la cohorte 2.

1. Los que no cumplen con los criterios de inclusión.
2. Pacientes con menos de tres meses en el programa de hemodiálisis.
3. pacientes con enfermedades psiquiátricas.
4. Pacientes mayor de 65 años.
5. Pacientes que no acepten participar.

La fuente y forma de recolección de datos fue a través de la aplicación de cuestionario que consta de un instrumento genérico que contiene 36 ítems que conforman 8 dimensiones del estado de salud y proporcionan un perfil del mismo.

Las 8 dimensiones evalúan: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Las 8 dimensiones del cuestionario determinan los siguientes aspectos relacionados con la salud:

- Función física: es el grado en que la salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, inclinarse, levantar o cargar peso y realizar esfuerzos moderados o intensos (10 ítems).

- Rol físico: es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de las mismas (4 ítems).
- Dolor corporal: es la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar (2 ítems).
- Salud general: es la valoración personal del estado de salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems).
- Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems).
- Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems).
- Rol emocional: grado en 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 (3 ítems).
- Salud mental: valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general (5 ítems).

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; estas puntuaciones se transforman en una escala que tiene un recorrido desde cero (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta cien (el mejor estado de salud).

En el siguiente cuadro se describe el contenido de las escalas del cuestionario de salud SF-36.

Significado de la puntuación (0 a 100)			
Dimensión	Nº de ítems	“Peor” puntuación (0)	“Mejor” puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas incluido bañarse, debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo y en otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor de mucha intensidad y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud general	5	Evalúa como mala a su propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa a su propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función Social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionenles
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimientos de angustia y depresión todo el tiempo	Sentimiento de felicidad y calma durante todo el tiempo

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, se realizaron los siguientes pasos:

1º) Homogenización de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de “a mayor puntuación, mejor estado de salud”.

2º) Cálculo de la sumatoria de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3º) Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de al escala).

Así, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que va del 0 al 100. En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50 % de los ítems de una escala, se recomienda sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. Si más del 50 % de los ítems no fueron contestados, no se debe calcular la puntuación de dicha escala.

Los estudios de análisis factorial realizados en diferentes muestras de distintos países de Europa y Estados Unidos demostraron que las 8 escalas definen dos componentes principales de salud, la componente sumario física (CSF) y la componente sumario mental (CSM). Los pasos principales de los algoritmos de cálculo de las puntuaciones de las dos medidas sumario son; a) estandarización de las 8 escalas del cuestionario SF-36 con la media (\bar{x}) y la desviación estándar (DE) de la población general; b) ponderación de las escalas aplicando los pasos factoriales obtenidos en un análisis de componentes principales y c) agregación de las escalas y transformación para obtener una media de 50 y un DE de 10 en la población general.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor o peor de los estados de salud posibles.

Sin embargo, los resultados de las puntuaciones deben interpretarse respecto a la población general del propio país. En la población general de nuestro país Nicaragua no tenemos referencia para comparar las puntuaciones.

El cuestionario SF-36 es un instrumento adecuado para su uso en investigación y en la práctica clínica.

La traducción del cuestionario SF-36 al castellano se basó en el método de traducción por profesionales, para asegurar la equivalencia conceptual al adoptar un cuestionario desarrollado en una cultura diferente. En materia de traducción y adaptación transcultural de los instrumentos de medición de la calidad de vida, se recomienda actualmente realizar una validación transcultural de los cuestionarios ya existentes —en lugar de generar escalas originales para cada cultura en particular—, utilizando una metodología clara y precisa.

Este es un cuestionario diseñado para ser auto administrado, mediante una entrevista por vía telefónica o mediante soporte informático.

En nuestro estudio, el cuestionario de salud SF-36, se adaptó al entendimiento de las unidades de observación (individuos) en los siguientes ítems

- en el ítem 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?” solo se dejó mover una mesa.
- en el ítem 5: “Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?” se reemplazó “coger” por “levantar”.

- en el ítem 25: “Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?” se cambió “bajo de moral” por “deprimido”.

Procedimiento

Cuando el paciente asistió al consultorio de Infectología para realizar su visita médica de rutina e ingresaba al espacio físico del consultorio se le explicaba que se estaba realizando un estudio cuyo objetivo era medir la calidad de vida relacionada con la salud que tienen las personas que viven con VIH/SIDA con tratamiento antirretroviral, mediante la realización de una encuesta personalizada y guiada por un médico, invitándole a participar voluntariamente en el estudio. Si el paciente aceptaba, posteriormente se le brindaba un documento donde firma el consentimiento informado sobre su participación. Luego se lo hacía pasar a un escritorio contiguo al del médico de base a una distancia donde solo el entrevistado y entrevistador se escuchaba su respuesta, se le daba un impreso de la encuesta y un lapicero. Al otorgársele el cuestionario se le explicaba que las preguntas se referían a lo que pensaba sobre su salud; se le aclaraba que sus permitirían recabar información acerca de cómo se encontraba y hasta qué punto era capaz de hacer sus actividades habituales. Además, se le explicaba que debían contestar cada pregunta tal como se indicaba en la encuesta y, si no estaba seguro de cómo responder a una pregunta, que contestara lo que le parecía más cierto y preguntar cualquier dudo a respecto a una pregunta. Se le indicaba además que podía disponer del tiempo que quisiera para responder la encuesta. La respuesta al cuestionario exigió en nuestra población un promedio de 10 minutos.

Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, durante su sesión antes de iniciar en la sala de espera de la sala se les explicaba que se estaba realizando un estudio cuyo objetivo era medir la calidad de vida relacionada con la salud que tienen las personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, mediante la realización de una encuesta personalizada y guiada por un médico, luego invitándole a participar voluntariamente en el estudio. Si el paciente

aceptaba, posteriormente se le brindaba un documento donde firma el consentimiento informado sobre su participación. Luego durante la sesión de hemodiálisis en la silla se les brindaba la encuesta y un lapicero. Al otorgársele el cuestionario se le explicaba que las preguntas se referían a lo que pensaba sobre su salud; se le aclaraba que sus respuestas permitirían recabar información acerca de cómo se encontraba y hasta qué punto era capaz de hacer sus actividades habituales. Además, se le explicaba que debían contestar cada pregunta tal como se indicaba en la encuesta y, si no estaba seguro de cómo responder a una pregunta, que contestara lo que le parecía más cierto y preguntar cualquier duda a respecto a una pregunta. Se le indicaba además que podía disponer del tiempo que quisiera para responder la encuesta. La respuesta al cuestionario exigió en nuestra población un promedio de 10 minutos.

Se recolectó información adicional relacionada con su enfermedad mediante la historia clínica del paciente, con el objetivo de describir el perfil clínico y socio-epidemiológico de la población estudiada.

Métodos estadísticos aplicados

Para la recolección, carga y edición de los datos obtenidos se confeccionó una base de datos utilizando el programa SPSS 11.5 ® para Windows 2003®. Las técnicas estadísticas utilizadas para analizar los datos correspondientes al primer objetivo son descriptivas, con la utilización de escalas nominales y medidas de resumen. La verificación de relación entre las variables especificadas en el segundo objetivo, se realizó con la utilización de los coeficientes r de Pearson y de Spearman.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio en el marco hospitalario se obtuvo el aval y la autorización de la Sub-dirección docente. Se consideraron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, dispuestas por la “Declaración de Helsinki de la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial, de junio de 1964, donde se declaran los lineamientos éticos y principio básicos de la bioética: no maleficencia,

justicia, beneficencia y autonomía.. Se resguardó la confidencialidad de cada persona que participó en el estudio. Según lo establece la ley 238 “Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA”, que establece en su artículo 8vo La investigación con seres humanos para fines de prevención y tratamiento del VIH/SIDA, deberá contar con el consentimiento de las personas involucradas en la misma, quienes lo otorgarán con independencia de criterio y sin temor a represalias, previo conocimiento de los riesgos, los beneficios y las opciones a su disposición.

VARIABLES

- Sexo
- Edad
- Nivel Académico
- Estado Civil
- Estado laboral
- Años del inicio de TARGA y/o Hemodiálisis
- Función física
- Rol físico
- Dolor corporal
- Salud general
- Vitalidad
- Función social
- Rol emocional
- Salud mental
- Síntomas sobre enfermedad Renal Crónica
- Efecto de la enfermedad Renal Crónica
- Peso de la enfermedad
- Horas de sueño.
- Estimulo del equipo de diálisis.
- Satisfacción del paciente.
- Hematocrito
- Albumina
- Comorbilidades en enfermedad renal crónica

RESULTADOS

RESULTADOS

En el presente estudio se logró incluir 140 pacientes de la cohorte 1 que corresponde a los pacientes con infección por VIH SIDA y 95 pacientes con ERC que se encuentran en programa de sustitución renal con hemodiálisis en nuestra unidad hospitalaria, encontrando los siguientes resultados :

En la distribución del sexo, se observó que en los pacientes que viven VIH/SIDA el sexo masculino tiene frecuencia de 66.4% en relación al sexo femenino que tiene 33.6% y en los pacientes con ERC en hemodiálisis el 68.4% también son masculino, con un 31.6% femenino(Ver tabla 1).

Los grupos de edades en estas cohortes se encontraron de la siguiente manera , el grupo etario de 20 a 34 años se presentó con mayor frecuencia con 48.6 (68) y 38.9% (37) tanto en paciente con VIH/SIDA y ERC respectivamente, seguido del grupo de 35 a 49 años con 32.1%(45) en los pacientes con VIH/SIDA y 33.7% para los Renales crónicos. En tercer frecuencia el grupo de 50 a 59 años que presentó un 13.6%(19) en pacientes con VIH/SIDA, siendo igual en Renales crónicos que el grupo de 50 a 59 años también es el tercer lugar con un 12.6% (12), en menor frecuencia fueron los grupos de edades de 15 a 19 años y mayores de 60 años con un 2.9% cada uno en los pacientes con VIH/SIDA, En los pacientes Renales crónicos en cuarto y quinto lugar fueron los grupo de mayor de 60 años con 8.4% (8), y de 15 a 19 años con un 6.3% (6) respectivamente.(Ver tabla 2)

El relación al nivel académico de los paciente en estudio se observó que en los pacientes con VIH/SIDA predomina la escolaridad secundaria con una frecuencia de 58.6%(82), seguido de primaria con 23.6% (33), en tercer lugar con un nivel técnico con un 8.6%(12), el grupo de profesionales se presentó con un 7.9%(11) en un cuarto lugar, seguido de universitarios con 1.4% (2) con ultimo lugar. En los pacientes con insuficiencia Renal crónica en hemodiálisis, la principal frecuencia fue el nivel de primaria 56.8% (54), en segundo lugar secundaria 27.4% (26). En tercer lugar los profesionales 9.5% (9), no

hubo presencia de universitario ni de iletrados, que también en los pacientes con VIH/SIDA no se observo. (Ver tabla 3)

El estado civil en los pacientes que viven con VIH/SIDA se encontró distribuido de la siguiente manera , los casados fueron el principal con un 46.4% (65), seguido de unión estable con 22.1% (31), en tercer lugar los solteros 15.7% (22), en cuarto lugar el estado Divorciado en un 12.9% (18) y en último lugar Viudo 2.9% (4), Respecto a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis se presentó en primer lugar el estado casado con un 42.1% (40), seguido de unión estable con un 41.1% (39), seguido del soltero con un 12.6% con 12 pacientes, en menor frecuencia el estado viudo con un 4.2% (4), no se observo divorciado. (Ver tabla 4).

El estado laboral de los pacientes, mostró que los pacientes tanto con VIH/SIDA como los pacientes con Enfermedad Renal crónica tiene un predominio 75% (105) y 91.6% (87) de desempleo respectivamente y empleados con un 25% (35) y 8.4% (8) también respectivamente.(Ver tabla 5 y grafico 1).

El tiempo en años de inicio del tratamiento antirretroviral y de inicio de la hemodiálisis que se encontró en el grupo de pacientes estudiado se distribuye de la siguiente manera, encontramos que en primer lugar esta los pacientes que hace menos de un año iniciaron tratamiento de TARA 43.6% (61) , seguido del dos años con 22.6%(31) en tercer lugar 3 años de inicio 30 pacientes (21.4%), seguido del grupo de 4 años un total de 10 pacientes con 7.1%, en quinto lugar los pacientes que llevan 5 años (3.6%) 5 pacientes. Y mayores de 6 años un total de 2.1% (3). En los pacientes renales crónicos, el primer lugar los representa el grupo de pacientes que tiene 3 años de iniciado el tratamiento 33.7% (32) seguido de segundo lugar que los comparte los pacientes que tiene 2 años y 4 años de hemodiálisis con el mismo número de 20, en tercer lugar los que tiene menos de 1 años 11.6% (11), en cuarto lugar pacientes que tiene 5 años 9.5% (9), en último lugar con 3.2% (3) que tienen más de 6 años.

En la tabla 7 se muestra en los hallazgos de nuestro estudio que en los pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA, el 26% manifiesta que su salud Es Muy buena (36), seguido de un 23% que manifiesta que su salud es Excelente con (32) y en tercer lugar buena 16%(22) para un total 65% de buena y 35% mala; en los pacientes en hemodiálisis, el 36 % refiere que su salud es Muy buena, seguido de 26% (24) que tiene una apreciación que su salud es excelente, de Regular 18% (16) en cuarto lugar 14%(13) de buena, en quinto lugar mala 6%(8), para un total de 71%(71) de buena y una 26% (24) de mala para el grupo de enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

En la tabla 8 y grafico 2, se representa el hallazgo sobre la evolución de la salud en comparación a hace 1 año en donde los pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA, manifestaron algo mejor ahora en un año 26% (36), seguido de mucho mejor en un 23% (32) pacientes, en tercer lugar mucho peor ahora que hace un año 21% (30), seguido de más o menos igual que hace un año 16% (22), en quinto lugar algo peor ahora que hace un año 14% (20). En los pacientes en Hemodiálisis estos manifestaron que su salud está algo mejor ahora que hace un año en un 36% (34), seguido de Mucho mejor ahora que hace un año con un 26% (24), en tercer lugar con 18% algo peor ahora que hace un año, en cuarto lugar con 14% (13) el grupo de más o menos igual que hace un año, y finalmente en quinto lugar mucho peor ahora que hace un año con 6% (8) pacientes, en la grafica se observa que en el 65% (90) la salud es mejor ahora que hace un año, y en el 35% (50) afirma que está peor ahora que hace un año en el grupo de los pacientes que viven con VIH/SIDA, y en los pacientes en hemodiálisis, el 76% plantea que su salud había mejorado, y en el 24% afirma su salud no ha mejorado.

En la tabla 9 se representa la dimensión función física donde se observa que en los pacientes que viven con VIH/SIDA el 73% (102) es buena, y el 38%(38) es mala, en los paciente Renales Crónicos el 62% (59) pacientes es buena, y un 38% es mala (36) pacientes.

En la tabla 10 se muestra que el rol físico en los pacientes con VIH/SIDA en el 58% (81) es bueno, y el 42% (59) es malo y en los pacientes con ERC/HEMODIÁLISIS, el 75% es malo y 25%(24) es bueno.

En la tabla 11, se representa la percepción de salud según el dolor corporal en el cual los pacientes con VIH/SIDA con TARA, manifestaron que es buena en 65% (91) y que ha tenido mala en un 35% (49), en los pacientes con ERC/HEMODIALISIS, manifestaron en un 60% (57) que es buena y 40% (38) que es mala.

En tabla 12 se plasma los hallazgos de la vitalidad de los pacientes, que en el caso de los que tiene VIH/SIDA, el 68% (95) plantea que es buena, y el 32% (45) mala, en los pacientes con ERC/HEMODIÁLISIS, el 58% es buena y el 42% (40) es mala.

La función social se representa en la tabla 13, donde se observa que en los pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA, el 59% (82) percibe buena vitalidad, y 41% (58) mala, en los pacientes ERC/HEMODIÁLISIS, el 55% (52) manifestó que es mala, y el 45% (43) dijo que era buena.

El rol emocional se representa en la tabla 14, donde observamos que en el 57% (80) de los pacientes con VIH/SIDA con TARA, es buena, y el 43%(60) es mala, en cuanto a los pacientes ERC/HEMODIÁLISIS, el 69% (66) manifestaron que es mala, y un 31% (29) es buena.

En cuanto a la salud mental, los hallazgos se observan en la tabla 15, donde en el 60% (84) es buena para los pacientes con VIH/SIDA, y el 80% (76) de los ERC/HEMODIÁLISIS también es buena y solo el 20% de estos dijo que era mala y en los que tiene VIH/SIDA, el 40% la refiere como mala.

En relación a los aspecto propios de los pacientes con insuficiencia renal Crónico que están en hemodiálisis se observó que el 95% de los pacientes manifiestan que la calidad de las relaciones sociales son

afectadas, a su vez manifestaron el 95% también dijo que estaba satisfecho como paciente, así como la estimulación por parte del personal de diálisis, seguido de 93% (88) manifestaron la presencia de los síntomas propios de la enfermedad como el apoyo social, el 88% (83) tienen afectación del sueño, seguido 80% que refiere problema en el estado laboral, en quinto lugar con 76% (72) manifestaron afectación en sus actividades cotidianas producto de la enfermedad. Y por último en frecuencia el peso de la enfermedad. (ver tabla 16)

En la tabla 17 se plasman los parámetros biológicos de pacientes con enfermedad renal crónica donde se observa que el 57.8% tiene el hematocrito menor de 30%, y un 42% menor de 30%, a su mismo se observa la albumina menor de 3.5 U/L en un 27.3% y en el 62.1% mayor de 3,5.

En la tabla 18 se observan las principales comorbilidades de los pacientes con enfermedad renal crónica donde la hipertensión predomina con un 68.4% (65) y le sigue diabetes mellitus en un 40% (38) pacientes, la cardiopatía en un 9.4% (9) está presente y entre otros el 7.3% (7), entre ellos Lupus eritematoso sistémico, riñones poli quísticos.

En la relación a las comorbilidades de las enfermedades crónicas se observo que las mejores puntuaciones van desde 61 hasta 47, siendo la función social en primer lugar, seguido de la salud mental, y el rol emocional, en los parámetros de bajo porcentajes rol físico, salud en general y vitalidad. Con menor puntaje 21 y el mayor 30 en específico los pacientes con diabetes presentaron mejor puntuación en relación a los hipertensos y cardiopatas, siempre menos de 50% por que son el grupo de pacientes en que la calidad de vida es mala. (ver tabla 19)

En cuanto a los aspectos específicos de los pacientes que viven con VIH/SIDA con TARGA, EL 23% (32) es categoría A, el 26% (36) es B, y 51% (72) categoría C. (Ver tabla 20)

En la tabla 21 se describe la relación de la categoría con las dimensiones de la calidad de vida, donde se observa que en categoría

A, presenta un 87% de función física, seguida de Vitalidad con un 85% en tercer lugar, dolor corporal 81%, en cuarto lugar Rol físico con 79%, en quinto lugar la función de la salud con un 75%, en cuanto a la salud en general en un sexto con 74%, en penúltimo lugar salud mental con 67% y por ultimo rol emocional con 58%.

En la categoría B, se observó que dolor corporal presentó primer lugar con 85%, en segundo la función física y vitalidad en 20 lugar, en tercer lugar salud en general con 78%, rol físico en cuarto 77%, la función física en quinto lugar con 71%, luego rol emocional con 67% y finalmente la salud mental como puntuación más baja con 60%. (tabla 21).

Categoría C, con un promedio de 61%, presenta en puntuación más alta la función física 78%, el Rol físico en segundo con 68%, en tercer lugar, función social con 65%, cuarto lugar las dimensiones dolor corporal y rol emocional con 60%, en quinto lugar la salud en general, la salud mental la vitalidad con menor puntaje con 58% y 56% respectivamente. (tabla 21).

En la variable inmunológica donde se determina la cantidad de CD4 por mm³, se observa que el 46% de los pacientes tiene CD4 entre 200 y 499 células, seguido de menor de 200 células con 32% y ultimo mayores de 500 células con 22%. (ver tabla 22)

Según la cantidad de CD4 en la tabla 23 se relaciona con los diferentes dimensiones de la calidad de vida, donde se observa que el mayor promedio es en grupo de mayor de 500 células, con mejor puntaje función física y la vitalidad la de menor puntaje con 55%, seguido en promedio el grupo de 200 a 499 células, con el función física la de mayor puntuación con 70% y menor la vitalidad con 44%, y en último lugar el grupo de menor de 200 células con 60% de promedio, con la función física y rol físico con mayor puntuación y de menor la vitalidad con 32%.

En la tabla 24 se muestran los resultados del control virológico de los pacientes con VIH/SIDA teniendo un 81.43% de pacientes en control virológico según las definiciones planteadas por OMS.

En la tabla 25 se presenta el control virológico relacionado con las dimensiones de la calidad de vida, donde se observa que la función física , el rol físico y el dolor corporal obtienen las puntuaciones más altas en ambos grupos , siendo similar para la función física en ambos grupos con 75% para los controlados y 79% para los que están en falla, el rol emocional y la salud mental presentan los puntajes más bajos en ambos grupos independiente del control virológico, con puntuaciones de 50 y 58% respectivamente en la salud mental para los controlados y los que están en falla.

Si comparamos ambos grupos en relación a la calidad de vida según las dimensiones evaluadas, se aprecia que en la función física es mayor el puntaje alcanzado en el grupo de pacientes con VIH/SIDA con puntajes de 73 y en ERC más bajos en 62, de forma global, la función física en ambos grupos en 68. El rol físico es 58% en pacientes con VIH/SIDA y mucho más bajo en ERC con 25%. En relación a la función social, ésta alcanza puntuaciones más bajas en relación al rol físico 58 y 45% en ambos grupos pero como se aprecia es mucho menor en ERC, aunque los puntajes de salud mental son 80% en ERC y 60% en pacientes con VIH/SIDA.

En promedio, la calidad de vida alcanza 63 puntos en pacientes con VIH/SIDA y 54 puntos en ERC en hemodiálisis. (tabla 26)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

ANÁLISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En este estudio se ha administrado un cuestionario para evaluar la calidad de vida , en dos versiones de un instrumento, en primer lugar la versión española del Cuestionario de Salud SF- 36 a la población de pacientes que viven con VIH/SIDA con tratamiento antirretroviral que son atendidos en la consulta de Infectología del hospital Antonio Lenin Fonseca y a su vez se aplicó cuestionario para calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal, KDQOL-SF-36 Kidney Disease Quality of Life (instrumento mixto) que tiene aspecto propio de la enfermedad renal crónica esto nos permitió comparar los resultados obtenidos de nuestra muestra de pacientes.

Se han estudiado características socio epidemiológicas, clínicas, e inmunológicas para conocer el perfil de los individuos evaluados.

Se trata de una población de predominio masculino con una relación de 1.9: 1 en los pacientes con VIH/SIDA y 2.1: 1 en los pacientes con insuficiencia renal crónica. Respecto a la edad en ambos son adultos jóvenes con un promedio de 34.5 años en VIH/SIDA y 33 años en los pacientes con ERC de tal forma que ambos grupos son bastante homogéneos en estos ítems lo que los va haciendo comparables.

A la vez al valorar el grado de escolaridad se aprecia que son personas con un nivel académico en su mayoría primaria completa y secundaria sin terminar de ambos grupos, su mayoría tiene pareja estable ya sea por casamiento o por unión estable lo que una vez más hace que sean comparables.

Existe mayor proporción de pacientes empleados entre los pacientes con VIH/SIDA ya que un cuarto de los pacientes con VIH/SIDA y uno de cada diez paciente renal crónico están con empleo, esto puede afectar la percepción que una persona tiene de la calidad de vida, debe valorarse que más adelante se discute un poco del rol físico entre ambos grupos de pacientes.

En los pacientes con VIH/SIDA, el 43.6% (61 pacientes) tienen menos de 1 año de estar en TARA y en la población que tiene ERC, la mayor proporción 33.7% (32 pacientes) tienen al menos 3 años en hemodiálisis. En 5 años en terapia, ya sea antirretroviral o dialítica, están el 3.6% y el 9.5% respectivamente, de tal manera que de forma general la población con ERC tienen más tiempo de estar sometida a tratamiento de su enfermedad. Esto puede tener una doble connotación, si lo vemos por el tiempo que tiene de enfermedad, los pacientes con ERC tienen más tiempo de estar conviviendo con su enfermedad u las complicaciones que acarrea el tratamiento por lo que su capacidad funcional puede verse afectada sobre todo por los efectos de la hipoalbuminemia y la anemia que lleva inserta la enfermedad. Ambos grupos son jóvenes y la presencia de una enfermedad crónica viene a producir cambios drásticos en la forma de vida, de alimentarse, de interrelacionarse, aspectos que afectan no sólo las capacidades físicas de un individuo sino las mentales.

En nuestra revisión algunos estudios sugieren que existen variable de riesgo que afectan la calidad de vida, Campsmith(2003) refiere que a mayor edad, ser mujer, uso de drogas, el menor nivel educativo, el menor ingreso económico, son factores de riesgo para tener una baja calidad de vida, también Noqueria et al (2009) encuentra en su estudio que el menor nivel educativo es predictor de bajos nivel de calidad de vida, Adewuya et al (2008) en una muestra Nigeriana encuentran que la pobreza relacionada con el menor nivel educativo, el menor nivel socioeconómico, ser mujer y la adultez mayor se asociaban a menores niveles calidad de vida,

Finalmente, en estudio de pacientes de Estonia, Ruutel et al (2009) encontraron que tener un empleo o estar estudiando se relacionaba con una mejor calidad de vida. En síntesis, las investigaciones hacen énfasis en factores de riesgo como el bajo nivel socioeconómico, el menor nivel educativo y la condición de desempleado. De manera transversal, estos factores son predictores de la calidad de vida.

Al realizar el análisis de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Salud SF- 36, se observa que en ningún caso las puntuaciones medias recogidas en cada una de las dimensiones se sitúan en el máximo valor, indicando que los individuos evaluados no están libres de problemas de salud percibida.

Las puntuaciones medias variaron de 91 hasta 57 en los pacientes que viven con VIH/SIDA, Siendo las dimensiones de Rol emocional, función social, y salud mental las de menor puntaje, lo que nos orienta que los pacientes están siendo afectados sus actividades diarias a como también su vida social por los problemas físico y emocionales conllevando a sentimiento de cansancio y agotamiento de los pacientes.

En los pacientes con ERC en Hemodiálisis la puntuación más alta es 80 y menor es de 31, principales dimensiones afectadas fueron rol físico, rol emocional, y función social parecido en ambos grupos donde nos orienta que las actividades diarias están siendo afectado producto de su deterioro físico, a su vez conlleva a problemas emocionales que intensifican la interferencia en las actividades diarias así como en la participación de la sociedad.

Se observa que en el grupo de pacientes con VIH/SIDA la percepción de la salud personal y la forma en que afronta la enfermedad es muy buena con un 91%, esto se fortalece a un mas con la ausencia de dolor corporal el cual un número similar de pacientes niegan tener afectación en su hogar o en el trabajo por dolor, elevando con esto la dimensión del rol físico donde se constata que los pacientes no tienen interferencia en el trabajo o actividades diarias.

Respecto a los pacientes con ERC en hemodiálisis las mejores puntuaciones 80 y menor de 31, mostrando que desde el punto de vista de la salud mental en general no hay depresión, ni ansiedad tiene un sensación de bien estar general en un porcentaje alto 80%, esto también se refleja en la dimensión de Salud en general la perspectiva de la salud actual y futura tiene una buena valoración desde el punto de vista de los pacientes, a su vez esto mejora la

función física conllevando a poca limitación de las actividades de moderado o intenso esfuerzo consideramos que tiene importancia la presencia de las actividades de psicología en el servicio de hemodiálisis que ha logrado un efecto positivo de la apreciación de la enfermedad en los pacientes.

En cuanto a los aspecto propio de la enfermedad renal crónica se determinó que hay una satisfacción alta en cuanto a las relaciones sociales, así como con el personal de diálisis, esto tiene relación con los resultados de las dimensiones psicosociales donde son de importancia dos factores, 1) pacientes pasan varias horas a la semana con el personal que alcanzan una empatía en segundo lugar tiene una personal de psicología que le brinda herramientas para afrontar la enfermedad.

En los parámetros biológicos en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis se observó el 42% de los pacientes con Hematocrito menor de 30%, el 27.3% tiene hipoalbumemia, respecto al puntaje en estos pacientes se observó que fue el menor puntaje en la dimensión de la vitalidad, función física y rol físico. Dolor corporal y en la salud en general , esto tiene relación con estudio como el de Edilberto Peña de León* et al, en el cual describen que se observó que los niveles bajos de hematocrito y de albumina tienen nivel predictor de baja calidad.

En relación a las enfermedades asociadas se observó Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Cardiopatías con una frecuencia de 68.4% en los pacientes en hemodiálisis al relacionarlos con las dimensiones de la calidad de vida relaciona con la salud este se ve afectada en los parámetros físico, al compararlo con la literatura internacional Bastardo y Kimberlin-Rivero-Méndez y colaboradores también encontraron que presentaron puntaje bajos.

Cuando se relacionan los parámetros inmunológicos en el que los pacientes que tienen niveles de cd4 mayores de 500células alcanzan las puntuaciones más altas tanto en la esfera física como en la mental dando de forma global mejor calidad de vida que los que tienen cd4

entre 200-499 y aún más que en los que hay menos de 200 células, esto debe tener una relación directa con la presencia de infecciones oportunistas en los pacientes a medida que descienden los valores de cd4, a un mayor número de visitas al hospital u hospitalizaciones que afectan de forma general la calidad de vida. Ya en el manejo ambulatorio este grupo de pacientes tiene un mayor número de pastillas y síntomas que le interfieren con las actividades habituales.

De forma general en pacientes con VIH/SIDA se encuentra que independiente del control virológico las puntuaciones en la salud mental son menores que en la dimensión del rol físico y por ende el bienestar mental es el que se ve más afectado, esto se relaciona con estudios previos aún en individuos en países desarrollados donde la esfera mental de los pacientes con VIH está afectada independiente del control de la enfermedad y los efectos beneficiosos de la TARA.

La esfera mental de un individuo es compleja y en los individuos que padecen enfermedades crónicas la depresión interfiere negativamente en la calidad de vida, probablemente esto sea independiente del tipo de enfermedad crónica.

Los disturbios depresivos complican el curso de cualquier enfermedad por medio de la variedad de mecanismos, que aumentan el dolor, interfiriendo en la adhesión al tratamiento, disminuyendo el soporte social y desregulando el sistema humoral e inmunológico. Individuos con enfermedad crónica que están deprimidos revelan mayor incapacidad que los no deprimidos.

Los trastornos depresivos están asociados a graves consecuencias en términos de mortalidad y morbilidad, causando la pérdida de productividad e interfiriendo en las relaciones interpersonales. Los efectos a largo plazo de la depresión son tan graves cuanto aquellos observados en diversas condiciones médicas generales, capaces de influenciar de manera adversa en la longevidad y el bienestar.

Entre tanto, a pesar del impacto negativo de la depresión para la progresión de la infección por el HIV/Sida y en la calidad de vida de las

personas viviendo con HIV/Sida, el diagnóstico y el tratamiento no ocurren en 50 a 60% de los casos lo que también es habitual en pacientes con ERC, ya que estos aspectos de salud mental son poco abordados por el médico que realiza el control clínico de la enfermedad.

Sin embargo se ha demostrado que los programas de enfermos crónicos en general se benefician del apoyo de equipos multidisciplinarios de atención integral y no sólo del especialista médico de la enfermedad en cuestión, sea el nefrologo o el infectologo.

En general cuando se comparan ambos grupos tanto los pacientes con VIH/SIDA en TARA y los ERC en hemodiálisis se encontró que en las dimensiones que valoran la función física, el rol físico y como el dolor afecta la salud las puntuaciones son más altas en el grupo de pacientes con VIH y la salud mental alcanza las puntuaciones más altas en pacientes con ERC, esto puede asociarse a una menor asociación de enfermedades crónicas en los pacientes con VIH que aumentarían aún más las complicaciones que estos presentan, sin embargo vemos como la salud mental de estos individuos alcanza quizás las puntuaciones más bajas y esto es independiente del control virológico del paciente y puede estar relacionado con otras situaciones como el estigma y la discriminación que la enfermedad acarrea, este grupo de pacientes tiene otras particularidades como la carga que representa la opción sexual de un individuo o el mismo hecho de que el VIH SIDA es una enfermedad infectocontagiosa , que aunque tiene un tratamiento efectivo que controla al VIH no logra erradicación.

Se aprecia que aún en pacientes controlados la afectación de la esfera mental es muy importante, aunque de forma global la calidad de vida es mejor en pacientes con VIH/SIDA en TARA independiente del control virológico comparado con Enfermos Renales Crónicos en hemodiálisis las dimensiones en que esta se ve afectada son diferentes en ambos grupos de pacientes, y el deterioro de la función física parece relacionarse más con el nivel de linfocitos cd4.

Como enfermos crónicos que son , ambos grupos deben recibir apoyo psicológico y en los pacientes con ERC parece ser relevante programas de fisioterapia muscular o mejoría del aporte nutricional con consultas y valoraciones por nutriología que les brinden mayor fortaleza física , ya que ellos cuentan con el apoyo psicológico de un Lic Psicología ; y en los pacientes con VIH/SIDA el apoyo psicológico es prioritario pues la cohorte tiene altos niveles de control virológico gracias a los esfuerzos por disminuir las tasas de abandono y búsqueda de pacientes inasistentes o que incumplen a las citas, pero se necesita del funcionamiento de un verdadero equipo multidisciplinario que aporte en la mejoría de la calidad de vida de este grupo de pacientes.

CONCLUSIONES

COCLUSIONES

Se concluye que las característica socio epidemiológica de los pacientes que viven con el VIH/SIDA con TARA en su mayoría son del grupo masculino, al igual que en los pacientes con enfermedad renal crónica, la edad promedio de es de 34.5 de los pacientes de la primera cohorte y de 33 años los de la segunda cohorte, el nivel académico es bajo en ambos grupos, el 68.5% de los pacientes con VIH/SIDA tienen pareja ya sea por casamiento o unión estable, uno de cada cuatro pacientes con VIH/SIDA tiene empleo y uno de cada diez paciente de los renales crónicos en hemodiálisis y 33.8% tiene más de cuatro años de iniciado el la terapia de sustitución renal.

Se idéntico que el grado de limitación de la realización de las actividades física de la vida diaria de los pacientes que viven que viven con VIH/SIDA con TARA no está afectada en el 73% de los pacientes, en cambio los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis está afectada en un 38%.

En el estudio realizado se conoció que la valoración del grado de interferencia del estado de salud en el trabajo y otras actividades diarias en los pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA, es afectado en un 42% y en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis es interferida en el 75 % de los pacientes.

En los pacientes con VIH/SIDA EL 65% describe que muy poco tiene dolor y que el efecto del dolor en las actividades habituales y en el hogar es un poco. En cuanto a los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis el 40% describe de moderado el dolor y le afecta bastante en sus trabajo habitual.

Se conoció la valoración personal del estado de salud de los pacientes de la cohorte 1 que el 65% considera que es buena y en la cohorte 2 el 74% considera que es buena.

Se identifico la valoración personal de la vitalidad, el estado de ánimo y emocional de los pacientes que viven con el VIH/ con TARA, el 68% manifiesta que tiene buena vitalidad, el 57% no tiene problemas emocionales. En cuanto a los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis el 58% tiene sentimiento de agotamiento, y 69% tiene problemas emocionales.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Los resultados donde se observa que en ambos grupos hay afectaciones de las dimensiones de la salud física y mental recomendamos un abordaje terapéutico integrado entre médicos infectólogos, clínicos, especialistas en rehabilitación, servicios de salud mental y de asistencia social, para ambos grupos donde se diseñen intervenciones más efectivas mediante un abordaje multidimensional.

Es sólo con esta nueva mirada integradora del individuo que lograremos el más sublime de los éxitos terapéuticos: una mayor sobrevida con la mejor calidad de vida posible.

BIBIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA.

1. Enferm Infecc Microbiol Clín 2000; 18: 396-412.
2. Barriga, S. (1988). Los indicadores del bienestar. En J. Rodríguez-Marín(Comp.), Aspectos Psicosociales de la Salud y de la Comunidad, (pp. 175-190). Barcelona: PPU.
3. Barrón, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. Revista de Psicología Social, 7,1,53-59.
4. Blanco, A. (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. En J.F.Morales, A. Blanco, C. Huici, y J.M. Fernández (eds.), Psicología Social Aplicada, 159-210 Bilbao: Desclée de Brouwer.
5. Chibnall, J. T. y Tait, R. C. (1990). The quality of life scale: A preliminary study with chronic pain patients. Psychology and Health, 4, 283-292.
6. BREMER, B.A., McCAULEY, C.R., WRONA, R.M. y cols. (1989).- Quality of life in end-stage renal disease: a reexamination. *American Journal of Kidney Disease*, 13, 200-209.
7. CHURCHILL, D.N., WALLCE, J.E., LUDWIN, D. y cols. (1991). A Comparison of evaluative indices of quality of life and cognitive function in hemodialysis patients. *Controlled clinical trials*, 12, 159S-167S.
8. BROCK, D. (1993). - Quality of life measures in health care and medical Ethics. En M. NUSSBAUM y A. SEN (eds.).- *The quality of life*. Clarendon Press, Oxford.
9. BROOK, R.H., LOHR, K.N., BERMAN, D.M. y cols. (1981).- *Conceptualisation and Measurement of Health for Adults, Vol. 7: Diabetes Mellitus*. Rand Corporation, Santa Monica, CA.

10. CAMPBELL, A., CONVERSE, P.E. y RODGERS, W.L. (1976).- *The quality of american life: perception, evaluation and satisfaction*. Russell- Sage, Nueva York.
11. CHAMBERS, L.W. (1988).- The McMaster Health Index Questionnaire. An update. En S.R. WALKER y R. ROSSER (eds.).- *Quality of life: assessment and applications*. MTP Press, Londres.
12. CHAMBERS, L.W., MCDONALD, L.A., TUGWELL, P. y cols. (1982).- The McMaster Health Index Questionnaire as a measure of quality of life for patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 9, 780-784.
13. CHAPPEL, N.L. (1991).- The role of family and friends in quality of life. En J.E.BIRREN, J.E. LUBBEN, J.C. ROWE y D.E. DEUTCHMAN (eds.).- *Quality of life in the frail elderly*. Academic Press, INC., San Diego, California.
14. CRAVEN, J.LL., RODIN, G.M., JOHNSON, L. y cols. (1987).- The Diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosomatic Medicine*, 49, 482-492.
15. UMMINGS, K., BECKER, M., KIRSCH, J. y LEVIN, N. (1981). Intervention strategies to improve compliance with medical regimens by ambulatory hemodialysis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 111-128.
16. ENGEL, G.L. (1980).- The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
17. EVANS, R.W., MANNINEN, D.L., GARRISON, L.P., y cols. (1985).- The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine*, 312, 553-559.

18. FITZPATRICK, R. (2000).- Measurement issues in health-related quality Of life: Challenges for health psychology. *Psychology & Health*, 15(1), 99-108.

19. HARWOOD, P.L. (1976).- Quality of life: descriptive and testimonial Conceptualizations. *Social Indicators Research*, 3, 471-496.

19. HYLAND, M.E. y KENYON, C.A.P. (1992).- A measure of positive health-related quality of life: the satisfaction with illness scale. *Psychological Reports*, 71, 1137-1138.

20. JULIUS, M., HAWTHORNE, V.M., CARPENTER-ALTING, P. y cols. (1989).- Independence in activities of daily living for end-stage renal disease patients: biomedical and demographic correlates. *American Journal of Kidney Diseases*, 13, 61-69.

21. Siegrist J, Junge A. Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. *Soc Sci Med* 1989; 29: 463-468.

22. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care: applications and issues in assessment. *Br Med J* 1992; 305: 1074-1077.

23. Leidy NK, Revicki DA, Genesté B. Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health* 1999; 2: 113-127.

24. Siegrist J, Fernández-López JA, Hdez-Mejía R. Perspectiva sociológica de la calidad de vida. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 22-24.

25. Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. *J Chron Dis* 1987; 40: 593-600.

26. Lizán L. Adaptación transcultural de una medida de calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA [tesis doctoral]. Universidad Miguel Hernández, 1997.

27. Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 1998.
28. WHOQOL Group. Study Protocol for the World Health organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). Qual Life Res 1993; 2: 153-359.
29. Siegrist J, Broer M, Junge A. Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Versión oficial española del Profil de Lebensqualität Chronischkranker (PLC). Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 1997.
30. Fernández-López JA, Rancaño García I, Hernández Mejía R. Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. Psicothema 1999; 11: 293-303.
31. Siegrist J, Hernández-Mejía R, Fernández-López JA. Profile of Quality of Life in the Chronically Ill (PLC). NewsLetter Quality of Life 2000; 25: 18.
32. PECVEC® (versión 1.0). Oviedo: PECVEC, S.L., 1999.
33. Hambleton RK. Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En: Muñiz J, editor. Psicometría. Madrid: Universitas, 1996; 209-238.
34. Lugones M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18 (4).
35. Alonso J. y L. Prieto. (1995). Versión española del SF-36, Cuestionario de Salud, un instrumento para la medida de resultados clínicos. Med. Clin. Barcelona. 104:771-776 págs. Web site: <http://www.imim.es>

36. Alvarez, U. de F.; Vicente, E. y Badía X. (1995). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. Revista de Nefrología, Vol 15, N° 6. 572-580 pp.

37. Bravo, M. y Falache, S. (1993). Un concepto de Calidad de Vida. Una revisión de su alcance y contenido. Revista Geográfica Venezolana, Vol. 34. 275-295 pp.

38. Croog, S. y Levine, S. (1989). Quality of Life and Health Care Interventions H. Freeman y Sol Levine (eds.). Handbook of Medical Sociology (2a ed.) New Jersey Prentice Hall (236-261 pp.).

39. Gómez, M. y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid, Rialp.

40. Iborra, M. Carmelo y Corbí, R. Daniel. (1998). Calidad de vida de los pacientes dializados: Revisión bibliográfica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Cuarto trimestre, N° 4, 58 pp.

41. INE, Instituto Nacional de Estadística (2001). Boletín de empleo N° 8, edición N° 73. Trimestre enero-marzo.

42. Jiménez, S. y M. Ignacia. (1998). Intentando definir la Calidad de Vida. Revista ETS Trabajo Social , Pontificia Universidad Católica de Chile N° 54, 24-31 pp.

43. Lavados, J. (1983). Desarrollo biológico y calidad de vida. Revista C.P.U. (Corporación de Promoción Universitaria) Vol. 35. 65-83 pp.

44. Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Revista Cubana Medicina General Integral, 4.

45. Poblete, B. (1999). Hemodiálisis crónica en Chile. Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile. 51 pp.

46. Palomino, B. y López, G. (1999). Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo. *Región y Sociedad*. 11 (17).

47. Rebollo, P.; Bobes, J.; González M.; Saiz, P. y Ortega, F. (2000). Factores asociados a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS)v. Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo. Servicio de Nefrología-I del Hospital Central. *Revista de Nefrología. Originales*. Volumen XX, Nº 2.

48. Schwartzmann, L. y Olaizola, I. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica. *Revista Médica Uruguay*, Vol. 15. Nº 2. E-mail:lauras@chasque.apc.org

49. Moreno F.(1996). Quality of life in Diálisis Patients. A Spanish, Multicentre Study. *Nephrol Dial Transplant*, 11 Suppl 2: 125-129 pp.

50. Valderrábano, Fernando (1999). Tratado de hemodiálisis. Editorial Medical Jims S.L. 1a edición. Barcelona, España.

51. Viñas, Ángel (1981). Medio ambiente y calidad de vida. *Documentación Administrativa*, abril-junio, 7-36 pp.

52. Velarde, E. Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (4), 349-361.

53. Ware, J.E. y Sherbourne, C. (1993). SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston M.A: The Health Institute, New England Medical Center.

54. Zanoquera, G. Mercedes (1998). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Trabajo presentado a la Revista del XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, Editada. Hospal S.A Nápoles, 249 Barcelona. Sevilla. 480 pp.

55. Ureña, A.; Rovira, P.; Ramos, J. y Espí, M. (1997). Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en las personas portadoras de un riñón trasplantado. Trabajo presentado a la Revista del XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Editorial Hospal, S.A., Nápoles, 249. Barcelona. Santander, 5-8 de octubre.

56. RODRIGUEZ VIDAL, MAGALI; CASTRO SALAS, MANUEL Y MERINO ESCOBAR, JOSÉ M.. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENALES HEMODIALIZADOS. Cienc. Enferm. [Online]. 2005, Vol.11, N.2, Pp. 47-55. ISSN 0717-9553. [Http://Dx.Doi.Org/10.4067/S0717-95532005000200007](http://Dx.Doi.Org/10.4067/S0717-95532005000200007).

57. RODRÍGUEZ VIDAL, MAGALI; CASTRO SALAS, MANUEL y MERINO ESCOBAR, JOSÉ M.. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENALES HEMODIALIZADOS. Cienc. enferm. [online]. 2005, vol.11, n.2 ISSN 0717 9553. Acceder em: SciELO Chile.

58. LOPES, Jéssica Maria et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. Acta Paul Enferm. [online]. 2014, vol.27, n.3 ISSN 0103-2100. Acceder em: SciELO Brasil.

59. BORROTO Díaz, Gerardo et al. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal: Estudio comparativo. Rev cubana med [online]. 2007, vol.46, n.3 ISSN 0034-75 Acceder em: SciELO Cuba.

60. SEGUÍ GOMÀ, Anna; AMADOR PERIS, Patricia y RAMOS ALCARIO, Ana Belén. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [online]. 2010, vol.13, n.3 ISSN 1139-1375. Acceder em: SciELO Argentina, SciELO Espanha.

61. ALFARO CUENCA, Antonia et al. HDF en línea en nuestros pacientes: Calidad de vida y capacidad funcional. Rev Soc Esp Enferm

Nefrol [online]. 2006, vol.9, n.3 ISSN 1139-1375. Acceder em: SciELO Argentina, SciELO Espanha.

62. MOREIRA, Ana Catarina et al. Nutritional status influences generic and disease-specific quality of life measures in haemodialysis patients. Nutr. Hosp. [online]. 2013, vol.28, n.3 ISSN 0212-1611. Acceder em: SciELO Argentina, SciELO Espanha.

63. RAIMUNDO, P.; RAVASCO, P.; PROENÇA, V. y CAMILO, M.. Does nutrition play a role in the quality of life of patients under chronic haemodialysis?. Nutr. Hosp. [online]. 2006, vol.21, n.2 ISSN 0212-1611. Acceder em: SciELO Argentina, SciELO Espanha.

64. ARENAS, Valquiria Greco et al. Qualidade de Vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise. Acta paul. enferm. [online]. 2009, vol.22, n.spe1 ISSN 0103-2100. Acceder em: SciELO Brasil.

65. HURTADO, Paola Andrea; ARANGO, Javier y González, María Teresa. Efecto de la actividad lúdico-educativa en la calidad de vida del paciente renal en hemodiálisis. Acta Med Colomb [online]. 2005, vol.30, n.4 ISSN 0120-2448. Acceder em: SciELO Colombia.

66. MUÑOZ SANCHO, Rosa; OTO ROYO, Ana; BARRIO ALONSO, Rosa y Fernández, Manuel. Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Estudio prospectivo a un año. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [online]. 2006, vol.9, n.1 ISSN 1139-1375. Acceder em: SciELO Argentina, SciELO Espanha.

67. CHARACHE, Samuel. Quality of Life. Rev Bras Hematology Hemoter [online]. 2013, vol.35, n.5 ISSN 1516-8484. Acceder em: SciELO Brasil.

68. SILVEIRA, Cíntia Botelho et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em un hospital público de Belém - Pará. J. Bras. Nefrol.

[online]. 2010, vol.32, n.1 ISSN 0101-2800. Acceder em: SciELO Brasil.

69. NUNES, Claudia y LOBO, Alexandrina. Estado das dimensões da qualidade de vida nos pacientes hemodialisados. Rev. Enf. Ref. [online]. 2012, vol.serIII, n.8 ISSN 0874-0283. Acceder em: SciELO Portugal.

70. PARRA MONCASI, E. et al. Estudio multicéntrico de costes en hemodiálisis. Nefrología (Madr.) [online]. 2011, vol.31, n.3 ISSN 0211-6995. Acceder em: SciELO Argentina, SciELO Espanha.

71. MIGUEL MONTOYA, Mercedes et al. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [online]. 2009, vol.12, n.1 ISSN 1139-1375. Acceder em: SciELO Argentina, SciELO Espanha.

72. CAPOTE LEYVA, Eliseo; CASAMAYOR LAIME, Zuleika y CASTAÑER MORENO, Juan. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Rev Cub Med Mil [online]. 2012, vol.41, n.3 ISSN 0138-6557. Acceder em: SciELO Cuba.

73. SANTOS, Paulo Roberto. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2006, vol.52, n.5 ISSN 0104-4230. Acceder em: SciELO Brasil.

74. FERREIRA, Ricardo Corrêa y SILVA FILHO, Carlos Rodrigues da. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. J. Bras. Nefrol. [online]. 2011, vol.33, n.2 ISSN 0101-2800. Acceder em: SciELO Brasil.

75. PÉREZ CORONEL, Pablo L. et al. Calidad de vida en el cardiópata. Rev cubana med [online]. 2008, vol.47, n.4 ISSN 0034-7523. Acceder em: SciELO Cuba.

76. SOARES, Djanira Alzira et al. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. Acta paul. enferm. [online]. 2008, vol.21, n.2 ISSN 0103- 2100. Acceder em: SciELO Brasil.

77. PERALES-MONTILLA, Carmen M.; García León, Ana y REYES-DEL PASO, Gustavo A.. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Nefrología (Madr.) [online]. 2012, vol.32, n.5 ISSN 0211-6995. Acceder em: SciELO Argentina, SciELO Espanha.

78. CASTRO, Mónica de; CAIUBY, Andrea Vannini Santesso; DRAIBE, Sergio Antonio y CANZIANI, Maria Eugenia Fernández. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crónica em hemodiálise avaliada a través do instrumento genérico SF-36. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2003, vol.49, n.3 ISSN 0104-4230. Acceder em: SciELO Brasil.

79. Miners A et al. HIV and health-related quality of life in the UK – where are we now? 3rd Joint BHIVA with BASHH Conference, Liverpool, 2014

ANEXOS

ANEXOS

Operacionalización de las variables.

Variable	Definición o concepto	Indicador	Escala o valor
Edad	Tiempo que una persona ha vivido a partir del nacimiento.	Número de Años cumplidos	- 15 – 19os - 20 – 34 A 35 – 49 A - 50 – 60 A > 60 ^a
Sexo	Características fenotípicas propias del individuo.	-----	- Masculino - Femenino
Escolaridad	nivel académico aprobado	La expresada por el paciente	primaria secundaria técnico medio universitario Iletrado.
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Lo que exprese el paciente	Soltero Casado
Estado laboral	Empleado o Desempleado	lo que exprese el	Empleado o

<p>Tiempo de inicio TARA y/o hemodiálisis</p>	<p>momento del diagnostico</p>	<p>paciente. expresado en años</p> <p>Esfuerzos intensos tales correr, levantar objetos pesados, practicar deportes agotadores. Esfuerzos moderados como mover una mesa, caminar más de una hora. Llevar o levantar la bolsa de compras. Subir varios pisos por la escalera. Agacharse o arrodillarse. Caminar un kilometro o más. Caminar una manzana. Bañarse o vestirse por sí mismo. Caminar varias manzanas.</p>	<p>Desempleado</p> <p>Número de años, 1,2,3,4,5,>6 años</p> <p>1 pto. Si me limita mucho. 2 pto. Si me limita poco. 3. pto .Si me limita nada.</p>
<p>Función física</p>	<p>Capacidad de rendimiento físico e intelectual, tanto en la vida privada como en la profesional.</p>	<p>Rol físico</p>	<p>Es el grado en que la salud física interfiere</p> <p>Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno</p> <p>1 pto.Si 2 pto. No</p>

	<p>en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de las mismas.</p>	<p>de los siguientes problemas en su trabajo o actividades? Tuvo que aumentar el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer. Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo le costó más de lo normal). ¿Tuvo que aumentar el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional? ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por</p>	
--	---	---	--

		algún problema emocional?. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente, por algún problema emocional?	
Dolor corporal	Es la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar	- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las <u>4 últimas semanas</u> ? Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿hasta qué punto <u>el dolor</u> le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1. No, ninguno 2 Sí, muy poco 3Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo
Salud general	Evalúa como mala a su propia salud y cree posible que empeore.	En general Ud. diría que su es. Excelente, Muy bueno, Bueno,	1.Nada. 2.Un poco. 3.Regular. 4.Bastante. 5.Mucho.

		<p>Regular, Mala. En su Salud General todo es:</p> <p>· Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas. Estoy tan sano como cualquiera. Creo que mi salud va a empeorar. Mi salud es excelente.</p>	
Vitalidad	<p>Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad; sentimiento de amenaza, de desesperación,</p>	<p>Se sintió lleno de vitalidad. Tuvo mucha energía. Se sintió agotado. Se sintió cansado. ¿Estuvo muy nervioso? ¿Se ha sentido tan deprimido que nada le sube el ánimo? ¿Se sintió</p>	<p>Siempre. Casi siempre. Algunas veces. Sólo alguna vez. Nunca.</p>

	etc. (las escalas III y IV constituyen lo que entendemos por bienestar psicológico).	calmado y tranquilo? ¿Se sintió desanimado y triste? ¿Se sintió Feliz?	
Función Social	Capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y Comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse por otros y abrirse a ellos.	Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca
Rol Emocional	grado en que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del	Durante las últimas 4 semanas hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales, con la familia, amigos, vecinos u otras	Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

	rendimiento y del esmero en el trabajo	personas. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.	
Salud Mental	valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general	<p>Mi salud es excelente</p> <p>Creo que mi salud va a empeorar</p> <p>Estoy tan sano como cualquiera.</p> <p>Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.</p>	<p>Totalmente cierta</p> <p>Bastante cierta</p> <p>No lo sé</p> <p>Bastante falsa</p> <p>Totalmente falsa</p>
Síntomas de la enfermedad	Son los síntomas o problemas propios de la enfermedad renal crónica	<p>¿Dolores musculares?</p> <p>¿Dolor en el Pecho?</p> <p>¿Calambres?</p> <p>¿Picazón en la piel?</p> <p>¿Sequedad de piel?</p> <p>¿Falta de</p>	<p>Nada</p> <p>Un poco</p> <p>Regular</p> <p>Mucho</p> <p>Muchísimo</p>

		aire? ¿Desmayos o mareo? ¿Falta de apetito? ¿Agotado/a, sin fuerzas? ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies? ¿Náuseas o molestias del estómago? Sólo paciente hemodiálisis ¿Problemas con la fistula? Limitación de Líquidos? ¿Limitación de la dieta? ¿Su capacidad para trabajar en la casa? ¿Depender de médicos y de otro personal sanitario? ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad renal? ¿Su vida sexual? ¿Su aspecto físico? Mi enfermedad interfiere demasiado en mi vida. Mi enfermedad me	
Efecto de la enfermedad del Renal en su vida	Efecto de la enfermedad renal crónica que molestan en la vida diaria, mientras que otras no.		Nada Un poco Regular Mucho Muchísimo
Carga sobre la enfermedad	Opinión del paciente sobre su enfermedad		Totalmente cierto Bastante ciento

		ocupa demasiado tiempo. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad. Me siento una carga para la familia.	No sé Bastante Falso Totalmente falso.
Marcadores biológicos en enfermedad renal crónica	Resultado plasmado en el expediente	Hematocrito menor 30% Hematocrito mayor de treinta Albumina menor de 3.5 Albumina mayor de 3.5	Porciento de frecuencia
Comorbilidades en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis	Diagnostico en los expedientes clínicos	Diabetes mellitus Hipertensión Arterial Cardiopatías	Porciento de frecuencia

CATEGORÍA INMUNOLÓGICA

Categoría 1. Linfocitos CD4 mayor o igual a 500/mm³ en número absoluto o bien CD4 mayor o igual al 29%.

Categoría 2. Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm³ o bien entre 14-28%.

Categoría 3. Linfocitos CD4 menor de 200/mm³ o bien CD4 menor del 14%

CATEGORIA CLINICA

Categoría A Infección aguda asintomática o linfadenopatía persistente generalizada (LPG): Se aplica a la infección primaria y a pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (LGP).

Categoría B Infección sintomática no A no C: Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado síntomas o enfermedades relacionadas con la infección por el VIH (no pertenecientes a la categoría C) o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH.

Categoría C Procesos incluidos en la definición de caso de SIDA de los CDC: Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA cuando el paciente tiene una infección por el VIH bien demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que puedan explicarlas. Son procesos oportunistas, infectivos o neoplásicos, cuya presencia define SIDA en el paciente VIH positivo.

La carga viral plasmática es el número de copias de RNAVIH/ml; Es indetectable cuando su valor se encuentra por debajo de las 50 copias/ml y detectable cuando se halla por encima de ese valor.

Se clasifica en : <20 copias/ml (control virológico) o menos de 400 copias y en falla virológica.

Falla virológica como carga viral mayor de 400 copias/mL al sexto mes de TARGA en caso de resistencia primaria; en caso de resistencia secundaria se define en los pacientes que habiendo alcanzado mediciones de carga viral indetectable presentan valores mayores de 400 copias/mL durante el seguimiento.

Tabla N°1.

Distribución por sexo de los pacientes que viven con VIH/SIDA con TARGA y pacientes que ERC en hemodiálisis del servicio de Medicina interna del hospital Antonio Lenin Fonseca. Febrero 2014 –Enero 2015

VARIABLE	VIH/SIDA con TARA	Porcentaje %	IRC/HEMODIALISI	Porcentaje %
SEXO				
Masculino	93	66.4%	65	68.4%
Femenino	47	33.6%	30	31.6%
TOTAL	140	100.0%	95	100.0%

Fuente: expediente Clínico

Tabla 2

Distribución de edad de los pacientes que viven con VIH/SIDA con TARGA y pacientes con ERC en hemodiálisis del servicio de Medicina interna del hospital Antonio Lenin Fonseca. Febrero 2015–Enero 2015

VARIABLE	VIH/SIDA con TARA	Porcentaje %	IRC/HEMODIALISI	Porcentaje %
EDAD				
15-20 años	4	2.9%	6	6.3%
20-34 años	68	48.6%	37	38.9%
35-49 años	45	32.1%	32	33.7%
50-59 años	19	13.6%	12	12.6%
>60 años	4	2.9%	8	8.4%
TOTAL	140	100.0%	95	100.0%

Fuente: expediente Clínico

Tabla 3.

Nivel académico de los pacientes que viven con VIH/SIDA con TARGA y pacientes que ERC en hemodiálisis del servicio de Medicina interna del hospital Antonio Lenin Fonseca. Febrero 2014 a Enero 2015

VARIABLE	VIH/SIDA con TARA	Porcentaje %	IRC/HEMODIALISI	Porcentaje%
Nivel Académico				
primaria	33	23.6%	54	56.8%
secundaria	82	58.6%	26	27.4%
universitario	2	1.4%	0	0.0%
profesional	11	7.9%	9	9.5%
técnico	12	8.6%	6	6.3%
iletrado	0	0.0%	0	0.0%
TOTAL	140	100.0%	95	100.0%

Fuente: expediente Clínico

Tabla 4:

Estado civil de los pacientes que viven con VIH/SIDA con TARGA y pacientes que ERC en hemodiálisis del servicio de Medicina interna del hospital Antonio Lenin Fonseca. Febrero 2014 – Enero 2015

VARIABLE	VIH/SIDA con TARA	Porcentaje %	IRC/HEMODIALISI	Porcentaje %
Estado civil				
Soltero	22	15.7%	12	12.6%
Casado	65	46.4%	40	42.1%
Divorciado	18	12.9%	0	0.0%
Unión estable	31	22.1%	39	41.1%
Viudo	4	2.9%	4	4.2%
TOTAL	140	100.0%	95	100.0%

Fuente: expediente Clínico

Grafico 1: Distribución de estado laboral de pacientes que viven con VIH/SIDA con TARGA y pacientes con ERC en hemodiálisis ser servicio de Medicina Interna del Hospital Antonio Lenin Fonseca Enero 2014- Febrero del 2015.

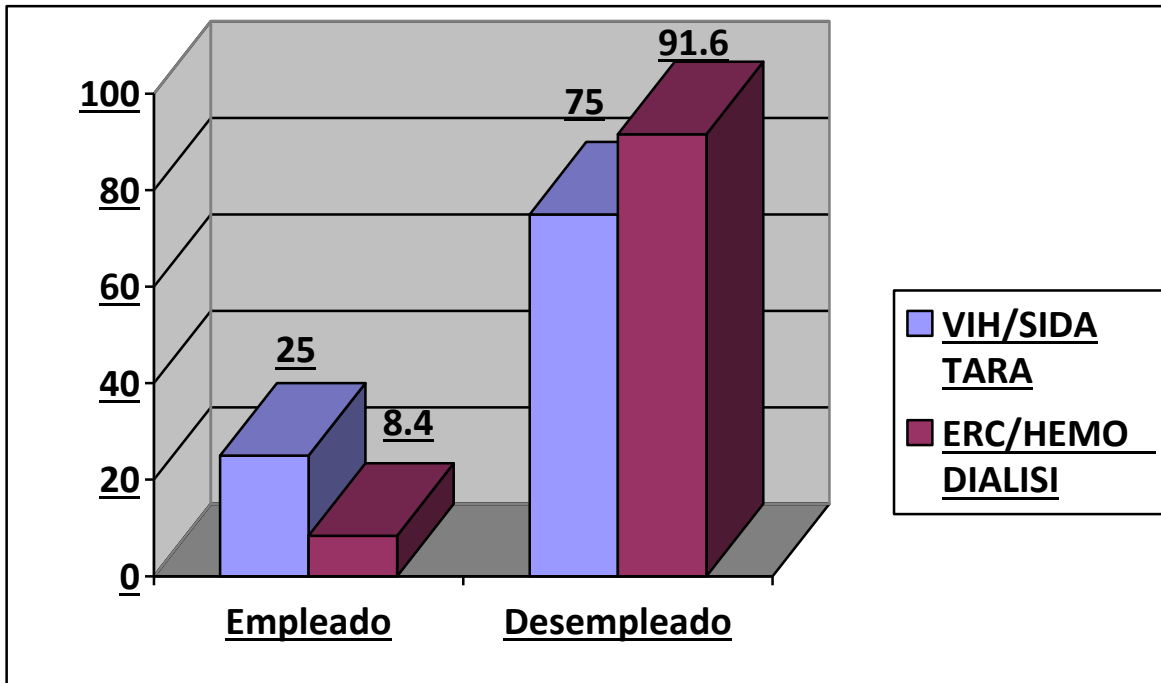


Tabla 6: Tiempo en años de inicio de TARGA en pacientes que viven con VIH/SIDA y del inicio del Hemodiálisis en pacientes ERC de los pacientes del servicio de medicina interna del hospital Antonio Lenin Fonseca. Febrero 2015 –Enero 2015

VARIABLE	VIH/SIDA con TARA	Porcentaje %	IRC/HEMODIALISIS	Porcentaje %
Años de diagnostico y/o inicio hemodiálisis				
<1 años	61	43.6%	11	11.6%
2 años	31	22.1%	20	21.1%
3 años	30	21.4%	32	33.7%
4 años	10	7.1%	20	21.1%
5 años	5	3.6%	9	9.5%
>6 años	3	2.1%	3	3.2%
TOTAL	140	100%	95	100.0%

Fuente: expediente Clínico

Tabla 7: Tabla de declaración en salud en general en pacientes que viven con VIH/SIA y del inicio del Hemodiálisis en pacientes ERC de los pacientes del servicio de medicina interna del hospital Antonio Lenin Fonseca. Febrero 2014 – Enero 2015.

Declaración de salud en general	Paciente VIH/SIDA	Porcentaje (%)	Paciente en HEMODIALISIS	Porcentaje (%)
Excelente	32	23	24	26
Muy buena	36	26	34	36
Buena	22	16	13	14
Regular	20	14	16	18
Mala	30	21	8	6
TOTAL	140	100	95	100

Fuente: Cuestionario FS-

36

Salud General	Paciente VIH/SIDA	Porcentaje	Paciente en HEMODIALISIS	Porcentaje
Mala	49	35	24	26
Buena	91	65	71	74
TOTAL	140	100	95	100

Fuente: Cuestionario FS-36.

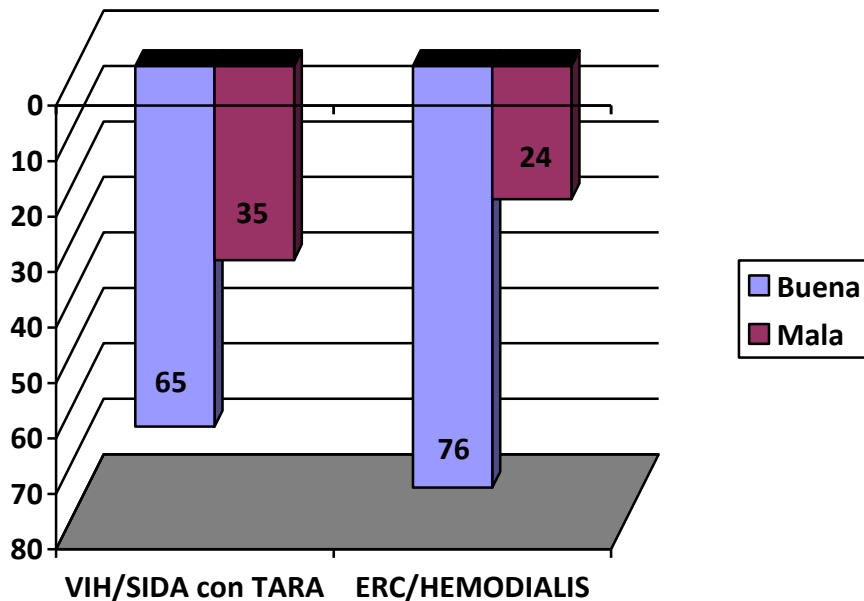
Tabla 8:

Evolución de la salud en relación a un año anterior de la enfermedad en pacientes que viven con VIH/SIDA y del inicio del Hemodiálisis en pacientes ERC de los pacientes del servicio de medicina interna del hospital Antonio Lenin Fonseca. Febrero 2014 –Enero 2015.

Evolución de la salud	Paciente VIH/SIDA	Porcentaje	Paciente en HEMODIALISIS	Porcentaje
Mucho mejor ahora que hace un año	32	23	24	26
Algo mejor ahora que hace un año	36	26	34	36
Más o menos igual que hace un año	22	16	13	14
Algo peor ahora que hace un año	20	14	16	18
Mucho peor ahora que hace un año	30	21	8	6
TOTAL	140	100	95	100

Fuente: Cuestionario FS36

Grafica 2: Grafica de evolución de la salud en relación a un año anterior de la enfermedad en pacientes que viven con VIH/SIDA versus del inicio del Hemodiálisis en pacientes ERC de los pacientes del servicio de medicina interna del hospital Antonio Lenin Fonseca. Enero 2014 –Febrero 2015



Fuentes: Cuestionario de FS-36.

Tabla 9:

Función física de la salud en pacientes que viven con VIH/SIDA y del inicio del Hemodiálisis en pacientes ERC de los pacientes del servicio de medicina interna del hospital Antonio Lenin Fonseca. Febrero 2015 –Enero 2015

Función Física	Paciente VIH/SIDA	Por ciento (%)	Paciente en HEMODIALISIS	Por ciento (%)
Mala	38	27	36	38
Buena	102	73	59	62
Total	140	100	95	100

Fuente: cuestionario

SF36.

Tabla 10:

Rol físico de la salud en pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA versus ERC en Hemodiálisis del servicio de Medicina interna del HEALF, durante el periodo de del Enero 2014 a Febrero del 2015.

Rol Físico	Paciente VIH/SIDA	Porcentaje (%)	Paciente en HEMODIALISIS	Porcentaje (%)
Mala	59	42	71	75
Buena	81	58	24	25
Total	140	100	95	100

Fuente: Cuestionario FS-36

Tabla 11:

Percepción de salud en relación al Dolor corporal sufrido en pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA versus ERC en Hemodiálisis del servicio de Medicina interna del HEALF, durante el periodo de Enero del 2014 a Febrero del 2015.

Dolor Corporal	Paciente VIH/SIDA	Porcentaje	Paciente en HEMODIALISIS	Porcentaje
Mala	49	35	38	40
Buena	91	65	57	60
TOTAL	140	100	95	100

Fuente: Cuestionario FS-36

Tabla 12:

Vitalidad en pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA versus ERC en Hemodiálisis del servicio de Medicina interna del HEALF, durante el periodo de Enero del 2014 a Febrero del 2015.

Vitalidad	Paciente VIH/SIDA	Porcentaje	Paciente en HEMODIALISIS	Porcentaje
Mala	45	32	40	42
Buena	95	68	55	58
TOTAL	140	100	95	100

Fuente: Cuestionario SF-36

Tabla 13.

Función Social en pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA versus ERC en Hemodiálisis del servicio de Medicina interna del HEALF, durante el periodo de Enero del 2014 a Febrero del 2015.

Función social	Paciente VIH/SIDA	Porcentaje	Paciente en HEMODIALISIS	Porcentaje
Mala	58	41	52	55
Buena	82	59	43	45
TOTAL	140	100	95	100

Tabla 14

Rol Emocional en pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA versus ERC en Hemodiálisis del servicio de Medicina interna del HEALF, durante el periodo de del Enero 2014 a Febrero del 2015.

Rol Emocional	Paciente VIH/SIDA	Porcentaje	Paciente en HEMODIALISIS	Porcentaje
Mala	60	43	66	69
Buena	80	57	29	31
TOTAL	140	100	95	100

Fuente: Cuestionario FS 36

Tabla 15.

Salud Mental en pacientes que viven con VIH/SIDA con TARA versus ERC en Hemodiálisis del servicio de Medicina interna del HEALF, durante el periodo de Enero del 2014 a Febrero del 2015.

Salud Mental	Paciente VIH/SIDA	Por ciento	Paciente en HEMODIALISIS	Porcentaje
Mala	56	40	19	20
Buena	84	60	76	80
TOTAL	140	100	95	100

Fuente: Cuestionario SF 36

Tabla 16

Aspecto específico de pacientes con ERC con hemodiálisis del servicio de Medicina interna del HEALF. Durante el periodo de Enero 2014 a Febrero del 2015.

Aspecto específico del pacientes ERC en hemodiálisis	Número de pacientes	(%)
Listado de Síntomas/problemas	88	93
Efecto de la enfermedad renal	72	76
Peso de la enfermedad renal	65	69
Estado laboral	76	80
Calidad de las relaciones sociales	90	95
Sueño	83	88
Apoyo social	88	93
Estimulo por parte del personal de diálisis	90	95
Satisfacción del paciente	90	95

Fuente: Cuestionario FS-36

Tabla 17

Parámetros biológicos en ERC con hemodiálisis del servicio de Medicina interna del HEALF. Durante el periodo de Febrero del 2014 a Enero del 2015.

PARAMETRO BIOLÓGICO	PACIENTES	PORCIENTO
Hematocrito > 30%	40	42%
Hematocrito < 30%	55	57.80%
Albumina > 3.5	26	27.30%
Albumina > 3.5	59	62.10%

Fuentes Expediente clínico

Tabla 18.

Parámetros biológicos en ERC con hemodiálisis del servicio de Medicina interna del HEALF. Durante el periodo de Febrero del 2014 a Enero del 2015.

COMORBILIDAD	PACIENTES	PORCIENTO
Diabetes mellitus	38	40%
Hipertensión Arterial	65	68.40%
Cardiopatías	9	9.40%
Otras	7	7,3%

Fuentes Expediente clínico

Tabla 19

Relación de las dimensiones de la calidad de vida con las comorbilidades de la enfermedad renal de los pacientes en hemodiálisis.

COMORBILIDAD	*FF	RF	DC	SG	V	FS	RE	SM	%
Diabetes mellitus	49	21	23	30	35	59	56	45	40
Hipertensión Arterial	45	13	27	25	26	58	46	60	38
Cardiopatías	29	10	36	22	33	55	27	27	30
Otras	52	38	44	37	24	72	60	70	50
PROMEDIO	44	21	33	29	30	61	47	51	39

*FF : Función física. RF: Rol físico DC: Dolor corporal SG : Salud en general V: vitalidad FS: Función social RE: Rol emocional SM: Salud mental

Tabla 20

Distribución por categoría clínica según el CDC en los pacientes con VIH/SIDA que tiene TARGA del servicio de medicina interna de HEALF durante el periodo de Febrero del 2014 a Enero del 2015.

CATEGORIA	PACIENTES	PORCIENTO
A	32	23%
B	36	26%
C	72	51%
TOTAL	140	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 21

Relación de calidad de vida según la categoría clínica en los pacientes con VIH/SIDA con TARGA del servicio de medicina interna de HEALF durante el periodo de Febrero del 2014 a Enero del 2015.

PACIENTES DIMENSION VARIABLE	PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA CON TARGA								
	*FF	RF	DC	SG	V	FS	RE	SM	%
A	87	79	81	74	85	75	58	67	76
B	80	77	85	78	80	71	67	60	75
C	78	68	60	58	45	65	60	56	61
TOTAL	82	75	75	70	70	70	62	61	71

*FF : Función física. RF: Rol físico DC: Dolor corporal SG : Salud en general V: vitalidad FS: Función social RE: Rol emocional SM: Salud mental

Tabla 22

Niveles de linfocitos CD4 en los pacientes con VIH/SIDA con TARGA del servicio de medicina interna de HEALF durante el periodo de Febrero del 2014 a Enero del 2015.

Célula CD4	PACIENTES	PORCIENTO
>500 células	31	22%
200- 499 células	64	46%
<200 células	45	32%
TOTAL	140	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 23.

Calidad de vida en relación a niveles de linfocitos CD4 en los pacientes VIH/SIDA con TARA del servicio de medicina interna de HEALF durante el periodo de Febrero del 2014 a Enero del 2015.

AS	PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA CON TARA								
	FF	RF	DC	SG	V	FS	RE	SM	%
DIMENSION									
Células CD4									
>500 células	82	85	79	68	55	67	78	70	73
200- 499 células	70	68	60	58	44	60	70	68	62
<200 células	50	47	34	38	32	44	50	52	43
PROMEDIO	67	67	58	55	44	57	66	63	60

*FF : Función física. RF: Rol físico DC: Dolor corporal SG : Salud en general V: vitalidad FS: Función social RE: Rol emocional SM: Salud mental

Fuente: expediente clínico y cuestionario SF-36

Tabla 24

Control virológico en pacientes VIH/SIDA con TARGA del servicio de medicina interna de HEALF durante el periodo de Febrero del 2014 a Enero del 2015.

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
CONTROLADO	114	81.43%
FALLA VIROLOGICA	26	18.57%
TOTAL	140	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 25

Relación de la calidad de vida en las dimensiones evaluadas en relación al control virológico en los pacientes VIH/SIDA con TARGA del servicio de medicina interna de HEALF durante el periodo de Febrero del 2014 a Enero del 2015.

DIMENSION	CONTROLADO	FALLA VIROLOGICA	PORCENTAJE
Función Física	75	79	77
Rol Físico	75	51	63
Dolor Corporal	65	61	63
Salud en General	61	69	65
Vitalidad	63	57	60
Función social	66	70	68
rol emocional	64	50	57
Salud mental	50	58	54
PROMEDIO	65	62	63

Fuente: Expediente clínico

Tabla 26

Relación de la calidad de vida en las dimensiones evaluadas en relación a la enfermedad de base, ya sea el VIH/SIDA o la ERC en hemodiálisis en el servicio de medicina interna de HEALF durante el periodo de Febrero del 2014 a Enero del 2015.

DIMENSION	VIH/SIDA con TARA	ERC en HD	PORCENTAJE
Función Física	73	62	68
Rol Físico	58	25	42
Dolor Corporal	65	60	63
Salud General en	65	74	70
Vitalidad	68	58	63
Función social	59	45	52
Rol emocional	57	31	44
Salud mental	60	80	70
PROMEDIO	63	54	59

Fuente: Cuestionario FS-36

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 PARA PACIENTES VIH/SIDA CON TARA.

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

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 SIGUIENTES 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

Encuesta SF-36 para pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis

Su salud

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.

1. En general, ¿diría que su salud es: [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? [Marque con una cruz una casilla en cada línea.]

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
2. <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Sí	No
4. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Sí	No
6. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado</u> de lo usual	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Nada en absoluto	Un poco	Mediana-mente	Bastante	Extremadamente
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Sí	No
4. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Sí	No
6. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado</u> de lo usual	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Nada en absoluto	Un poco	Mediana-mente	Bastante	Extremadamente
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9. Se ha sentido tranquilo y sosegado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10. Ha tenido mucha energía?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11. Se ha sentido desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Su enfermedad del riñón

¿En qué medida considera cierta o falsa en su caso cada una de las siguientes afirmaciones? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
13. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Me siento una carga para la familia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas? [Marque con una cruz ☒ la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
17. ¿Dolores musculares?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. ¿Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19. ¿Calambres?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20. ¿Picazón en la piel?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21. ¿Sequedad de piel?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22. ¿Falta de aire?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23. ¿Desmayos o mareo?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24. ¿Falta de apetito?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25. ¿Agotado/a, sin fuerzas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
27. ¿Náuseas o molestias del estómago?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28a. (Sólo para pacientes hemodiálisis) ¿Problemas con la fistula?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28b. (Sólo para pacientes en diálisis peritoneal) ¿Problemas con el catéter?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria, mientras que a otras no. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas? [Marque con una cruz ☒ la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
29. ¿Limitación de líquidos?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
30. ¿Limitaciones en la dieta?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
31. ¿Su capacidad para trabajar en la casa?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
32. ¿Su capacidad para viajar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
33. ¿Depender de médicos y de otro personal sanitario?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
34. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35. ¿Su vida sexual?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36. ¿Su aspecto físico?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

CONCENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Hago constar por este medio mi disposición y consentimiento informado para participar en el estudio de investigación de Dr. Arturo José Ramírez Otero, como paciente.

Declaro que he sido informado del objetivo del estudio con el cual utilizara mi historia clínica, aplicara una entrevista, el objetivo de conocer Calidad de vida que tengo según mi patología de base. Enfermedad Renal Crónica y/o VIH/SIDA. Así mismo se me ha explicado que el estudio no causara ningún daño a mi salud, al contrario será de ayuda para tomar futuras conducta según los hallazgos.

Para constancia de lo expuesto anteriormente firmo este documento en

_____ a los _____ del mes de _____ del
año 2014_____.

Paciente

