

**BLUEFIELDS INDIAN & CARIBBEAN UNIVERSITY
(BICU)**



Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades FACEYH

ESCUELA DE MEDICINA DR. ROBERTO HODGSON JOSEPH

MONOGRAFÍA

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA
GENERAL**

**Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica tratados con
hemodiálisis convencional en los Hospitales Regionales Nuevo Amanecer,
y Dr. Ernesto Sequeira Blanco, de las Regiones Autónomas de la Costa
Caribe de Nicaragua, enero a diciembre 2019**

**Autores: Bra. Betsy Maryenny Manzanares Coleman
Bra. Fany Patricia Wagner López**

**Tutor: Dr. Josep Lynn Hansack Ignacio
Especialista en Medicina Interna**

**Puerto Cabezas Región Autónoma
Costa Caribe Norte (R.A.C.C.N) Nicaragua**

“La educación es la mejor opción para el desarrollo de los pueblos”

Contenido

I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	5
IV. Planteamiento del problema	7
V. Objetivos	9
5.1. Objetivo general	9
5.2. Objetivos específicos	9
VI. Marco teórico	10
6. Características sociodemográficas	23
6.1 Complicaciones	23
6.1.1 Hipotensión	23
6.1.2 Infección del acceso vascular	25
6.1.3 Anemia	27
6.2 Calidad de vida	10
6.2.1 Importancia de medición de calidad de vida	11
6.2.2 Enfermedad renal crónica y calidad de vida	12
6.3 Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica	13
6.4 Etapas de la Insuficiencia Renal Crónica	14
6.5 Hemodiálisis y su sistema de depuración sanguínea	18
VII. Hipótesis	29
VIII. Diseño metodológico	30
7.1. Área de estudio	30
7.2. Tipo de investigación	30
7.3. Universo	30
7.4. Criterios de Inclusión	30
7.5. Criterios de Exclusión	31
7.6. Técnicas y procedimientos	31
7.7. Consideraciones éticas	31
7.8 Operacionalización de las variables	32
IX. Resultados y Discusión	35
X. Conclusión	47
XI. Recomendaciones	49

XII. Bibliografía	51
XIII. Anexos	53

DEDICATORIA

A Dios por permitirme alcanzar este logro y rogándole que me guíe por el camino haciendo un buen uso de los conocimientos adquiridos.

A mi familia especialmente a mi madre y padre que hoy QEPD, a mi esposo, hermanos por su apoyo incondicional y la confianza desmedida en mi persona.

Br. Betsy Maryenny Manzanares Coleman

DEDICATORIA.

Dios nuestro señor.

A mis amados padres Ulises Wagner y Blanca López; por los años de sacrificio y su apoyo incondicional, por hacer que estos años de lucha fuesen más fácil por su infinito amor.

Fany Patricia Wagner López

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por su inmensa misericordia y sabiduría el cual es el pilar fundamental para mi vida y mi carrera.

A la universidad que nos permitió su apoyo para comenzar y culminar nuestra carrera.

A mi madre por apoyarme en sus oraciones, consejos, ánimos que incondicionalmente fueron constantemente el cual me ayudo a culminar.

A mi esposo por apoyarme y brindarme comprensión ante mis ausencias en el hogar.

A los doctores encargados de los departamentos de nefrología de ambos hospitales Dr. Joseph Hansack y la Dra. Mónica alcalde, quienes nos brindaron información y tiempo para la recolección de nuestros datos.

A la Lic. Helen Maradiaga por su valiosa dedicación y tiempo que nos brindó para la revisión y ordenamiento de nuestro trabajo monográfico.

Br. Betsy Maryenny Manzanares Coleman

AGRADECIMIENTO

Primeramente, a Dios por darme la sabiduría y lograr culminar con éxito esta dura etapa.

A mis padres por su gran esfuerzo y sacrificio, desde el principio de mi formación hasta llegar a la meta de mi carrera.

A mis tíos quienes en todo momento me dieron su apoyo.

A mi esposo por estar conmigo en el transcurso del estudio.

A mi tutor Dr. Joseph Hansack quien gracias a sus enseñanzas y al apoyo que nos brindó durante todo el transcurso de nuestra investigación pudimos lograr culminar con éxito.

A la Dra. Mónica Alcalde por habernos ayudado incondicionalmente y estar al pendiente para aclarar nuestras dudas.

Br. Fany Patricia Wagner López

Bluefields Indian and Caribbean University

(BICU)

Carrera de Medicina

Carta de aprobación

En mi carácter de tutor del trabajo presente por la Br. Betsy Maryenny Manzanares Coleman y Br. Fanny Patricia Wagner López para optar al título en Medicina y Cirugía General, cuyo título es Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica tratados con hemodiálisis convencional en los Hospitales Regionales Nuevo Amanecer y Dr. Ernesto Sequeira Blanco, de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua , enero a diciembre 2019; considero que dicha monografía reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Dado en la Ciudad de Puerto Cabeza, Región Autónomo Costa Caribe Norte 15 días del mes de diciembre del año 2020.

Atentamente

The image shows a handwritten signature in dark ink, which appears to be 'Dr. Lynn Hansack', written over a horizontal line. To the right of the signature is a blue official stamp. The stamp contains the text 'Dr. Lynn Hansack' in a stylized font, followed by 'ESPECIALISTA' and 'MEDICINA INTERNA' in bold capital letters. At the bottom of the stamp, it reads 'COD. MINSA 23235'.

Dr. Joseph Lynn Hansack Ignacio

Médico Internista

Departamento de Medicina Interna y Programa de Nefrología del Hospital Regional Nuevo
Amanecer

TITULO

Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica tratados con hemodiálisis convencional en los Hospitales Regionales Nuevo Amanecer, y Dr. Ernesto Sequeira Blanco, de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua, enero a diciembre 2019.

RESUMEN

Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis convencional desde su ingreso al programa hasta el momento de recolección de datos en el Hospital Regional Nuevo Amanecer, Bilwi RACCN y Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields RACCS enero - diciembre 2019.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en los Hospitales Regionales Nuevo Amanecer Puerto cabeza, RACCN Y Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields RACCS, enero – diciembre 2019.

Se entrevistaron un total de 24 pacientes en los dos hospitales de las dos Regiones Autónomas con un formato de recolección de la información socio-demográfica, expedientes clínicos y con el cuestionario KIDNEY DISEASE QUALITY OF LIFE en su versión acortada compuesto por 36 preguntas.

Podemos apreciar que los 24 pacientes en hemodiálisis de nuestro estudio son de ambos géneros con un porcentaje de 58.3% el sexo femenino, y un porcentaje de 41.7 % el sexo masculino en cuanto a la procedencia el total de pacientes de ambas regiones son de procedencia urbana, exhiben edades que oscilan entre 21 y 81 años de edad, el mayor número de pacientes con 66.7% se encuentran en las edades de 51 a 81 años, el cual se consideran adulto mayor, en contra a la población joven de 21 a 51 donde se encontró el 33.3%: En cuanto a la situación marital, 58.3% se declara casado contra el 37.5% solteros y un 4.2% viudos. La ocupación de los pacientes estudiados refleja que un 75% no tienen trabajos en contra del 25% que trabaja en diferentes áreas e instituciones. Respecto al nivel de educación se observó que la mayoría de los pacientes estudiados cursaron con una educación primaria con 37.5 %.

La mayoría de estos pacientes desconoce el origen de su enfermedad renal. En general se observa una calidad de vida relacionada a la salud en la población estudiada buena pero menor que el de la población general. Los componentes con mayor compromiso son; en primer lugar, la carga que representa la enfermedad en la vida de los pacientes y la percepción del efecto de la enfermedad en su estado físico. La mayoría de pacientes presentaron antecedentes patológicos siendo la diabetes mellitus, lupus y tres pacientes aun sin etiología no precisada los cuales todos están en el estadio 5.

I.Introducción

La enfermedad renal crónica es descrita como la pérdida lenta, progresiva y sobre todo irreversible de la función renal, la cual al llegar a estadios avanzados o finales de su evolución no cuenta con un tratamiento curativo el cual pueda revertir el daño sufrido a través del tiempo. (6)

Es una enfermedad ascendente, cada día en consultas y hospitales se presentan casos nuevos. Hasta el momento es incurable, sin embargo, existen métodos sustitutivos de la función renal que permiten darle una alternativa al paciente a la vez que le prolongan la vida. (9)

Estos tratamientos son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, ambas son terapias caras, muy complejas que demandan disciplina por parte del paciente, lo cual trae consigo un cambio drástico en el estilo de vida del paciente. Unido a los cambios o limitaciones físicas que estas terapias traen consigo está el problema monetario, que, si bien es cierto, nuestros pacientes reciben la terapia gratuita, los costos sociales y económicos para el sistema de salud son muy elevados.

En el mundo, por cada millón de habitantes existen de 3,500 a 4,000 personas que padecen ERC, aproximadamente entre 80 y 100 pacientes por millón de población (incidencia) llegarán al estadio de ERCT cada año. La prevalencia de la ERC varía con la edad, es más frecuente en los pacientes mayores y es mayor en determinados grupos étnicos como son los de raza negra o algunos grupos asiáticos, un 5% de la población de sexo masculino y cerca de un 2% de la población de sexo femenino. (15)

Para las organizaciones de salud no es una preocupación del presente, al contrario, desde hace varias décadas se identificó como un problema de salud y se han destinado medios para estudiarla.

Las terapias sustitutivas afectan grandes esferas del paciente, siendo la económica, social y psicológica las más relevantes. Esto sucede porque los pacientes se ven obligados a someterse a largos y rigurosos tratamientos que modifican su vida social, sumado a estrictas dietas, restricción de líquidos e incluso en muchos casos abandono familiar, lo que los hace tornarse negativos, siendo los resultados menos favorables. (5)

Hay que tener en cuenta que una vez que se diagnostica al paciente se ponen en marcha una serie de cambios que van afectando al paciente y a los familiares que lo rodean. Todo esto pone en marcha todo un proceso de adaptación a la nueva situación. En las últimas décadas muchos trabajos de investigación científica utilizan el concepto de calidad de vida como un modo para referirse a la percepción que tiene el paciente sobre sí mismo, haciendo hincapié en las consecuencias que ha tenido la enfermedad sobre su bienestar físico, emocional y social. (20)

Individualizando a cada paciente, estudiando su calidad de vida nos permite verlo desde un punto de vista más integral, teniendo en cuenta la particularidad sus características y su situación de vida. La estabilidad del paciente en diálisis, un adecuado estilo y modo de vida son directamente proporcionales a una buena calidad de vida, lo cual permite al personal de salud que trabaja en un marco más estrecho con estos pacientes mantenerlos compensados, siendo capaces de mantenerlos con vida mucho más tiempo, pero con una calidad óptima que los permita mantenerse insertados en la sociedad.

Hospital Ernesto Sequeira Blanco Bluefields, se cuenta con una unidad de hemodiálisis desde hace cinco años en donde actualmente se atiende a 12 pacientes y tres años para el Hospital Nuevo Amanecer, en la cual se atiende a 12 pacientes; los cuales reciben 2 o 3 sesiones por semana, esto va a depender del índice de masa corporal del mismo, los cuales nos va a ayudar a determinar cómo ha influido esta terapia en su vida. En Nicaragua ya se han hecho tesis de estudios similares a la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos en hemodiálisis de los cuales mencionamos dos de ellos, Saldaña Dr. Del hospital Roberto bolaños en león y María Mercedes Siles en Matagalpa en todo el departamento ambos de la UNAN (León y FAREM Matagalpa), en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe aún no se ha hecho ningún estudio ni relacionado al tema por lo cual esta monografía se apunta por ser la pionera.

II.Antecedentes

Muchos autores han incurrido en la jornada del estudio de la calidad de vida de estos pacientes, unos haciendo énfasis en el estado psicológico, mientras que otros toman el cambio de estilo de vida y los cambios familiares como prioridades, lo cierto es que todos los estudios concluyen en que mientras menos complicaciones médicas y una mejor tolerancia a la terapia dializadora se obtiene mejor calidad de vida como resultado. (18)

La información obtenida sobre CVRS en pacientes con ERCT en Hemodiálisis proviene de estudios realizados en diferentes países como Estados Unidos, España, Brasil, Argentina, Venezuela, Cuba, México, en donde la mayoría de estos fueron realizados con el instrumento KDQOL-SF. En casi la totalidad de estos encontraron que la percepción de estos pacientes sobre su calidad de vida tenía valores bajos con relación a la media considerada como normal sobre todo en las áreas de carga de la enfermedad, actividad física, salud en general, actividad sexual y que la mayoría calificaba bien en los ítems de relación familiar, satisfacción de la atención médica.

En Nicaragua se han hecho estudios de tesis encontraron que el área de la vida sexual, no se encontraba afectada ya que manejaba puntuaciones altas al ser valorada y muchos autores hacen referencia al hecho de que, por tratarse de grupos en general muy heterogéneos, justificaba estas diferencias existentes. (16)

En el año (2009) los autores Esquivel, Prieto, López, Ortega, Velasco realizaron un estudio sobre la calidad de vida basado por el cuestionario SF-36, evaluando a 54 pacientes sometidos a hemodiálisis, de estos 25 eran del sexo femenino y 29 del sexo masculino comprendida entre las edades de 20-83 años, donde el estudio mostro puntuaciones menores de 50 en cuanto al funcionamiento físico y un puntaje mayor del 50 a nivel del dolor, bienestar emocional y función social, con esto llegaron a la conclusión de que los pacientes con ERCT en programas de hemodiálisis llevan una vida muy difícil por la gran dependencia que tienen a tener estos pacientes.(11)

Con respecto al sexo, los estudios realizados anteriormente sostienen que no existe diferencia significativa en la percepción de calidad de vida entre hombres y mujeres hemodializados; no obstante, otros autores han evidenciado que las mujeres muestran mayor

detrimiento en la calidad de vida que los hombres en cuanto a la percepción del dolor y la interferencia con la realización de las actividades cotidianas, las divergencias encontradas se atribuyen principalmente a la presencia de ansiedad y depresión observada con más frecuencia en las mujeres. A nivel familiar, las relaciones de pareja parecen tener una incidencia importante en la percepción de calidad de vida del paciente en estudios realizados se demuestra que las personas viudas, divorciadas y solteras muestran más baja percepción de calidad de vida con respecto al apoyo social percibido, y tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones psicosociales. Las relaciones de pareja suelen verse afectadas debido a la cantidad de tiempo que el paciente debe invertir en el tratamiento, por tener que dejar de trabajar, por el deterioro en las respuestas sexuales y por el cambio en los roles sociales que su condición produce. (4)

En las dos regiones autónomas será la primera investigación relacionada con calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis convencional que se va a desarrollar a 24 pacientes en ambas Regiones.

III. Justificación

La investigación, aunque es novedosa para muchos, no deja de tener mucha importancia para las generaciones de galenos que estamos en formación, ya que nos permitirá tener un enfoque multidisciplinario y sobre todo más completo de los cambios que le suceden al paciente con enfermedad renal, no solo desde el punto de vista clínico, sino un poco más allá, donde a veces no conocemos nada y hasta donde muchas veces no preguntamos. Además, diversos estudios de investigación nacionales e internacionales concluyen con un porcentaje elevado de pacientes con enfermedad renal crónica que presentan una calidad de vida deficiente.

El estudio contribuirá a mejorar la calidad de vida del paciente adulto en hemodiálisis durante el cuidado individualizado, involucrando al conyugue y familia para su atención dentro del hogar del mismo modo su ayuda será de suma importancia en el fortalecimiento emocional para afrontar la enfermedad.

Las dos Regiones Autónomas cuentan con equipos modernos el cual el Hospital Nuevo Amanecer comenzó con 2 equipos el 5 de agosto del 2015 y actualmente cuenta con 3 equipo sometiendo a 12 pacientes, de igual manera en el Hospital Escuela Regional Ernesto Sequeira Blanco que adquirieron equipos en septiembre del 2012 y actualmente cuentan con 4 equipos y someten a 12 pacientes.

El objeto del presente nos permite conocer sobre el modo y estilo de vida de estos pacientes, saber sobre las limitaciones a las que son sometidos nos da una gran idea de cómo se encuentra la autoestima y estado emocional del paciente, permitiéndonos abordarlo desde otra perspectiva para poder llegarle justo donde encontremos una brecha abierta.

Hemos encontrado bastante aceptación de los pacientes y sobre todo ayuda del personal, lo cual hará de esta investigación un ambiente ameno para poder desarrollarla a plenitud.

Hasta el momento la calidad de vida de los pacientes con ERC debido a su importancia ha sido estudiada en varios países de Europa y Latinoamérica los últimos años, sin embargo, en Nicaragua hay pocos estudios que dejen de lado la prevalencia y se centren en la calidad de vida, aun conociendo el gran porcentaje que la ERC representa de las enfermedades crónicas; cabe mencionar que no se encontró algún estudio sobre calidad de vida en pacientes sometidos en hemodiálisis de nuestras regiones autónomas.

Este estudio será de utilidad para nuestras regiones autónomas para estudios posteriores que valoren la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis debido a la poca información sobre el tema que existe a nivel nacional y regional. Por otro lado, también será de utilidad para el sistema de salud, ya que obtendrá información objetiva sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal y hemodiálisis; de esta forma podrán elaborar nuevas estrategias que ayuden a mejorar la atención que ofrecen a los enfermos renales. Ya que un pilar fundamental del tratamiento, como se explica en los apartados anteriores, es la atención psicológica, la cual no se brinda en las unidades de hemodiálisis donde fue realizado el estudio, sería un gran avance la implementación de ésta. Será entonces de beneficio al sistema de salud y, por consiguiente, siendo más importante aún, al tratamiento y a la calidad de vida de los pacientes.

IV.Planteamiento del problema

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública global por su carácter epidémico y elevada morbilidad y costo por las complicaciones devastadoras que produce, cuya incidencia no ha cesado de aumentar en las últimas décadas; cabe señalar que en raras ocasiones es reversible. No se presenta números, tasas o estudios previos para hacer comparación de estas regiones autónomas.

La enfermedad renal crónica afecta drásticamente la vida cotidiana del paciente alterando su estado de ánimo, autoconcepto y su salud emocional; estudios realizados evidenciaron que el área afectada es la carga de la enfermedad en la vida cotidiana que es la que se aprecia con un porcentaje 31.6%, el sexo predominante es el sexo masculino con 84,3% en contra de un 15.7%, siendo los rangos de edades más frecuentes entre 35-44 y 45-54 años. De otro lado también muchos de ellos dejan de trabajar porque la enfermedad los exige asistir con frecuencia interdiaria a sus sesiones. (10)

Herrea-Anasco, también señala que la sobrevida o supervivencia de estos pacientes disminuye en porcentajes considerables de año a año ;en un estudio realizado durante los años 2008 y 2013 se determinó que la supervivencia general de pacientes con enfermedad renal crónica era el 95 % al primer año, 92% al segundo año y 83% al tercer año y en pacientes con hemodiálisis la sobrevivencia se calculó el 98% a los 6 meses, 95% el primer año, 91 % segundo año y 88 % el tercer año, casi un 10 % de pacientes murieron durante el año de tratamiento.

En nuestro país la incidencia anual según un estudio de siete años es entre 30 a 40 pacientes por cada 100,000 habitantes, con una frecuencia mayor en hombres que en mujeres de 2:1, con mayores tasas en las regiones del occidente del país. Recibiendo tratamiento de sustitución renal en tres modalidades como son diálisis peritoneal continua ambulatoria, diálisis peritoneal automatizada y existen varios centros de hemodiálisis algunos públicos y otros de carácter privado en estos últimos con costos elevados si tomamos en cuenta que en nuestro país afecta a un grupo elevado de personas de escasos recursos, pero en general es un porcentaje pequeño de pacientes el que se beneficia de este tipo de tratamiento.

Los datos disponibles hasta la fecha según la OMS y la OPS, muestran que la ERC ha provocado la muerte de 16,236 personas en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica entre 2005 y 2009.El país que más muertes ha registrado es el Salvador, con un total de

4,946 defunciones, seguido de Nicaragua con 3,442. Lo anterior nos hace plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica tratados con hemodiálisis convencional en los Hospitales Regionales Nuevo Amanecer y Dr. Ernesto Sequeira Blanco?

V.Objetivos

5.1. Objetivo general

⊕ Evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica tratados con hemodiálisis convencional en los Hospitales Regionales Nuevo Amanecer, y Dr. Ernesto Sequeira Blanco, de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua enero a diciembre 2019.

5.2. Objetivos específicos

- ⊕ Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- ⊕ Mencionar las principales complicaciones que desmejoran la calidad de vida de los pacientes durante el procedimiento de la hemodiálisis.
- ⊕ Caracterizar la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis convencional mediante el cuestionario SF-36.

VI.Marco teórico

6.2 Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción individual de la vida, en el contexto de la cultura y valores en el cual vive; así como su relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses.

También se considera la calidad de vida como un concepto multidimensional que se define como la evaluación subjetiva que realiza un individuo sobre el impacto de la enfermedad y su tratamiento, así como sobre la dimensión física, psicológica y social, valorando el impacto sobre la funcionalidad y el bienestar, en el que también intervienen factores no clínicos incluyendo la familia, los amigos, las creencias religiosas, el trabajo, los ingresos y otras circunstancias de la vida.

En general, la calidad de vida es la calidad percibida de la vida diaria de una persona, es decir, una evaluación de su bienestar o la falta de ella. Esto incluye todos los aspectos emocionales, sociales y físicos de la vida del individuo.

1. Componente físico
2. Estado de salud
3. Salud en general.
4. Componente psicológico
5. Funcionamiento emocional e interpersonal
6. Componente Social
7. Funcionamiento Social
8. Componente de terapia
9. Impacto de la terapia en el estado general.

Los investigadores con orientación clínica, suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. Por ejemplo:

- Kaplan (1992), define calidad de vida como “el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario”.
- Ferrucief (1991), diferencia la incapacidad funcional de la enfermedad. Dice que “para la enfermedad deben emplearse estrategias terapéuticas y para la incapacidad terapias de rehabilitación y de apoyo social”.
- Según Andrews y Whitney (1989), "La calidad de vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo".

Una enfermedad crónica puede afectar potencialmente la calidad de vida de una persona ya que incluye términos como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad, en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades y afecta asimismo el autoconcepto y sentido de la vida y provoca estados depresivos.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades. En este sentido las personas con enfermedades crónicas requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de estado funcional y de su calidad de vida.

6.2.1 Importancia de medición de calidad de vida

Deriva de la estrecha relación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad, apareciendo muchos factores comunes al analizarlos, siendo el objetivo preservar una calidad de vida óptima de los pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal, como elemento fundamental que debe guiar la toma de decisiones en los programas de tratamiento de la enfermedad renal crónica.

La evaluación de la calidad de vida en los pacientes puede informar al personal de salud sobre la eficacia de las intervenciones de tratamiento, desempeñando un papel importante en la mejora de la atención del paciente, evaluando sus necesidades, el

establecimiento de objetivos de tratamiento y el seguimiento progresión de la enfermedad.
(14)

6.2.2 Enfermedad renal crónica y calidad de vida

La ERC se define como una disminución en la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o un aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/ min/1,73 m}^2$, o como la presencia de daño renal en ambos casos de forma persistente durante al menos 3 meses. El daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal por lo que el diagnóstico de ERC, ya se establezca por un FG disminuido o por marcadores de daño renal, puede realizarse sin conocimiento de la causa. El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada. Para que un marcador de daño renal establezca el diagnóstico de enfermedad renal crónica la anomalía tiene que ser persistente durante al menos 3 meses.

El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), sinónimo en nuestro medio del anglosajón end stage renal disease, se ha utilizado fundamentalmente para referirse a la situación subsidiaria de iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal y se corresponde en la clasificación actual con ERC estadio 5. Situaciones consideradas como daño renal para el diagnóstico de enfermedad renal crónica

- ✓ Daño renal diagnosticado por método directo
- Alteraciones histológicas en la biopsia renal
- ✓ Daño renal diagnosticado de forma indirecta, por marcadores
- Albuminuria o proteinuria elevadas
- Alteraciones en el sedimento urinario
- Alteraciones en pruebas de imagen

Situaciones de riesgo aumentado de enfermedad renal crónica

Edad ≥ 60 años, Hipertensión arterial, Diabetes , Otros factores de riesgo cardiovascular como obesidad, dislipemia y tabaquismo, enfermedad cardiovascular, antecedentes familiares de enfermedad renal crónica, trasplante renal , masa renal reducida ,

FG estimados levemente disminuidos, entre 60 y 89 ml/min/1,73 m², enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infecciones urinarias, litiasis urinarias, enfermedades obstructivas del tracto urinario, toxicidad por fármacos, sobre todo antiinflamatorios no esteroideos, bajo peso al nacer, nivel socioeconómico bajo, minorías raciales

El riñón realiza varias funciones interrelacionadas: regulación del metabolismo hidrosalino y ácido-base, control de la presión arterial, depuración de productos nitrogenados, producción de eritropoyetina, activación de vitamina D, que dependen de la velocidad de filtración glomerular, que es la unidad de evaluación de la función renal

La Velocidad de Filtración Glomerular (VFG) se define como el volumen de plasma depurado de una sustancia ideal por unidad de tiempo (expresada en ml/minuto). La sustancia ideal es la que filtra libremente a través del glomérulo y no se secreta ni reabsorbe en el túbulo renal.

6.3 Clasificación de los estadios de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation.

Estadios/Categoría	Descripción	FG ml/min/1,73 m ²
-----	Riesgo aumentado de ERC	>60 con factores de riesgo
G1	Daño renal con FG normal.	>90
G2	Daño renal/ligeramente disminuida FG.	60-89
G3a	Daño renal con ligera a moderadamente disminuida FG	45-59
G3b	Moderada a gravemente disminuido FG	30-44
G4	Daño renal gravemente disminuida FG.	15-29
G5	Fallo renal –IRC terminal.	<15

Estadios de la Enfermedad Renal Crónica

Estadio 1:

Los pacientes en esta etapa suelen ser asintomáticos. El plan de acción clínica se centra en el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la nefropatía crónica, por ejemplo, diabetes o hipertensión arterial, el tratamiento de las enfermedades concomitantes, las intervenciones para ralentizar la progresión y la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Estadio 2:

Los síntomas clínicos relativos a la disfunción renal siguen siendo poco habituales durante el estadio 2. El plan de acción clínica se centra en la evaluación y la prevención de la progresión de la enfermedad. La tasa de progresión de la Insuficiencia Renal Crónica es variable y depende de la causa subyacente del daño renal. Generalmente, la reducción de la Tasa de Filtrado Glomerular se produce durante un período de varios años.

Estadio 3:

A partir del estadio 3, los pacientes pueden presentar signos y síntomas clínicos relacionados con la Insuficiencia Renal Crónica (por ejemplo, anemia y trastornos en el metabolismo mineral); en esta fase, el plan de acción comprende la evaluación y el tratamiento de las complicaciones causadas por la Insuficiencia Renal Crónica.

Estadio 4:

Los pacientes del estadio 4 pueden presentar anomalías de laboratorio y clínicas significativas relacionadas con la disfunción renal.

Estadio 5:

El plan de acción del estadio 5 comprende la preparación del paciente para el tratamiento de sustitución renal, es decir, diálisis o trasplante renal. Las personas que requieren diálisis se consideran pacientes con nefropatía en fase terminal.

Criterios Diagnósticos.

- ✓ Estimación de TFG.

La TFG según la creatinina sérica es un criterio diagnóstico. La CKD-EPI (Enfermedad Renal Crónica-Epidemiología Colaboración), es la ecuación más recomendable por su precisión y buena capacidad predictiva de la TFG (particularmente entre los valores de 60 y 90 ml/Min / 1,73m²).

✓ Albuminuria.

La albuminuria es una de las bases para el diagnóstico y estadificación de ERC. La presencia persistente de altas concentraciones de proteína o albúmina en la orina es un signo de lesión renal y están relacionados con el pronóstico de la ERC y la supervivencia de sus pacientes. La relación creatinina- albuminuria (ACR) también son factores importantes en el pronóstico.

✓ Anomalías en el sedimento urinario.

La presencia de hematuria y / o leucocituria en el sedimento urinario durante más de tres meses, una vez que se ha descartado una causa urológica o una infección urinaria (incluida la tuberculosis urinaria), también puede ser una indicación de ERC. (23)

Métodos Complementarios.

- ✓ Ecografía (ultrasonido) renal o TAC abdominal: valora la estructura del riñón, identifica la presencia de obstrucción de vías urinarias, cicatrices corticales o disminución del grosor parenquimatoso.
- ✓ Gammagrafía renal: evalúa la perfusión de los riñones. Se usan materiales radioactivos.
- ✓ Pielografía: permite la detección de alteraciones en la secreción urinaria, por medio de la realización de radiografías seriadas que captan el paso de un material de contraste previamente administrado por vía intravenosa.
- ✓ Biopsia renal: La extracción de un fragmento de tejido renal proporciona un diagnóstico anatómo-patológico directo.

Manejo de ERC.

El manejo conservador se trata de medidas antiproteinúricas. Las intervenciones y objetivos de renoprotección y de manejo de las complicaciones se resumen en la siguiente tabla.

Intervención	Objetivo
IECA o ARA	Proteinuria <0.5 g/dL TFG<2 ml/min/año
Antihipertensivos.	TA <130/85 SI proteinuria >1g: TA<125/75
Restricción salina.	3-5 g/día (51-85 mEq/día)
Restricción proteica.	0.6-0.8 g/kg/d (6.5-9 g N orina/día)
Eritropoyetina ± hierro (PO, IV)	Hemoglobina 11-13 g/dL
Dieta, ligantes de fósforo, vitamina D	En función del estadio de ERC
Estatinas. Ezetimiba.	LDL<100 mg/dL
Antiagregantes (AAS, clopidogrel)	Profilaxis trombosis
Control glucemia	HbA1C<7%, óptimo <6.5%
Suplemento bicarbonato	Bicarbonatemia >20 mEq/L
Consejos: tabaquismo	Abstinencia
Ejercicio físico acorde	Control peso < claudicación < insulinoresistencia.

La Enfermedad Renal Crónica Terminal es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo. El número de pacientes con ERCT tratados mediante hemodiálisis ha experimentado un significativo aumento en Chile, reflejando las tendencias de naciones más desarrolladas. Así, la tasa de pacientes tratados ha cambiado, desde 12,7 personas por millón de habitantes en 1980, a 18,3 personas por millón de habitantes en 1992, haciendo la hemodiálisis accesible a pacientes que no son candidatos a trasplante renal y que tienen en ésta la única y definitiva forma de tratamiento.

La enfermedad renal crónica es una condición que por sus características tiene un gran impacto sobre la calidad de vida, relacionada con la salud de aquellos que la padecen

desde los estadios iniciales de la enfermedad hasta su fase terminal, los síntomas, las restricciones y el tratamiento se ven reflejados en la vida diaria de estos pacientes. (13)

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud que implica el deterioro progresivo e irreversible del 90-95% de la función renal, siendo preciso instaurar tratamiento sustitutivo con Diálisis o Trasplante renal para mantener la vida de los pacientes.

Este trastorno puede ser provocado por enfermedades sistémicas como Diabetes Mellitus, Glomérulo nefritis crónica, pielonefritis, Hipertensión no controlada, Obstrucción del tracto urinario, Lesiones Hereditarias como nefropatía poliquística, Trastornos Vasculares, infecciones, medicamentos o agentes tóxicos.

Con todas las complicaciones que trae este problema de salud el destino de estas personas si no son tratadas, es tarde o temprano la muerte. Este destino ha cambiado en forma espectacular con el advenimiento de los procedimientos de sustitución de la función renal mediante la Diálisis y el Trasplante Renal. Ambos tratamientos son complementarios, de manera que un paciente en Diálisis Crónica puede ser candidato a un trasplante y, por otro lado, frente a un fracaso del trasplante, el paciente puede retornar a un programa de diálisis. La implementación del trasplante renal permite aumentar los cupos disponibles para dializar a nuevos pacientes. (CISTERNAS y col, 1990).

La Enfermedad Crónica Renal Terminal es por sus características una situación de gran impacto en la Calidad de Vida. Ya en estadios precoces se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria; los tratamientos sustitutivos como la Hemodiálisis o la Diálisis Peritoneal corrigen sólo parcialmente la enfermedad y además introducen cambios sustanciales en el estilo de vida.

El trasplante restablece la función renal, pero introduce patologías en relación con la inmunosupresión. La ECRT afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente, ya que al ingresar en los programas de terapia de reemplazo renal (TSR) están obligados a someterse a un estricto tratamiento, modificando su vida social. Las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, la pérdida de esperanzas de trasplante y en muchos casos el abandono familiar, afectan notablemente al paciente y disminuyen su colaboración, lo que conduce a conductas negativas frente a la diálisis.

Los pacientes que se encuentran en las unidades de diálisis deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante y, además, adaptarse a su total dependencia de

una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento. El mayor problema de estos pacientes es con la enfermedad misma, pero con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración, psicológica y conductual, de la necesidad de autonomía y a la vez de dependencia. En forma predecible, los pacientes en diálisis tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones o actitudes excesivamente infantiles.

Con el tiempo, los pacientes van logrando estrategias de adaptación, pero aquéllos que están iniciando el tratamiento de diálisis presentarán, con seguridad, alguna de estas reacciones. No son raros los trastornos psiquiátricos mayores, como depresiones graves, alto riesgo de suicidio, alteraciones sexuales, cuadros de pánico y otros.

Los pacientes que se adaptan mejor al tratamiento presentan un nivel intelectual alto, una mejor adaptación a la ansiedad y a las dificultades emocionales, participación en actividades vinculadas a la problemática que padecen, uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico reside en acompañar al paciente y a la familia, a que pueda realizar el duelo. Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le declaró la enfermedad. Ese trabajo de duelo posibilitará que el paciente pueda pensarse en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos proyectos.

Hemodiálisis y su sistema de depuración sanguínea

Uno de los tratamientos de sustitución renal más utilizados a nivel mundial para pacientes con ERCT es el tratamiento con Hemodiálisis⁴ La hemodiálisis (HD) es una técnica de depuración extracorpórea que tiene como objetivo la excreción de los productos tóxicos derivados del catabolismo, eliminar el líquido retenido y regular el equilibrio ácido-base y electrolítico asociado a la insuficiencia renal crónica terminal. Aunque en 1925 se realizó el primer intento de eliminar las sustancias tóxicas de la sangre, no fue hasta la mitad de los años 40 del siglo XX cuando se consiguió la primera diálisis renal efectiva y no fue hasta la década de los 60 cuando nació la diálisis moderna utilizando técnicas de difusión a través de membranas de celulosa. En la actualidad la HD ha evolucionado y se han diseñado diversos

tipos de membranas, cada vez con mayor biocompatibilidad y diferentes modalidades de HD y múltiples modalidades que se clasifican así:

1. Modalidades de hemodiálisis en función del tipo de dializador, flujo de sangre y flujo del dializado:

- ✓ Hemodiálisis de bajo flujo (HD convencional).
- ✓ Hemodiálisis de alto flujo.
- ✓ Hemodiafiltración (HDF). En este grupo se puede diferenciar:
 - ✓ HDF con volumen de reinfusión inferior a 15 litros:
 - ✓ Biofiltración o hemodiafiltración convencional.
 - ✓ Biofiltración sin acetato (AFB).
 - ✓ Diálisis con regeneración de ultrafiltrado (HFR).
 - ✓ HDF con volumen de reinfusión superior a 15 litros:
 - ✓ Hemodiafiltración en línea (on-line).
 - ✓ Hemofiltración.

2. En función del número y duración de procedimientos semanales, la HD se puede clasificar en:

Hemodiálisis convencional: La HD convencional es el tratamiento estándar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal desde hace varias décadas. Consiste básicamente en tres sesiones de HD semanales (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábados) en las que los pacientes son hemodializados en el hospital, en clubes de diálisis o en su propio domicilio. La duración de la sesión no es fija, aunque generalmente suele ser de 4 horas. Algunos autores han indicado que este esquema de HD es poco fisiológico y que debería ser reemplazado por otros más adecuados, apuntando también a que su utilización se basa fundamentalmente en criterios organizativos.

- ✓ Entre los efectos perjudiciales que se le atribuyen aparecen:
- ✓ Un elevado estrés celular y vascular debido al elevado intercambio de fluidos.
- ✓ Picos o valles interdialíticos que aparecen entre cada sesión de diálisis para muchos solutos plasmáticos.

Hemodiálisis diaria larga nocturna: Es otra modalidad de HD que se caracteriza porque los pacientes son hemodializados mientras duermen durante ocho horas y seis días

por semana. Suele ser casi siempre una HD. Domiciliaria. En 1994 Uldall y Pierratos introdujeron este programa utilizando un catéter venoso central.

Hemodiálisis diaria de corta duración: La HD diaria se ha propuesto como una situación fisiológica normal. El primer artículo sobre HD diaria fue publicado en 1969 por De Palma seguido de otros estudios publicados por grupos italianos. Consiste en 6-7 sesiones semanales con una duración de 1 hora y media a dos horas. Por este motivo en muchas ocasiones se la llama HD diaria de corta duración (short daily hemodialysis: SDHD). (3)

El riñón juega un papel importante en la regulación interna del organismo a través de las funciones excretoras, metabólicas y endocrinas.

La persona que tiene enfermedad renal avanzada manifiesta un deterioro progresivo de la función renal, es decir los riñones dejan de funcionar progresiva e irreversiblemente, con pérdida progresiva de las nefronas restantes, por lo tanto, se necesita de un tipo de tratamiento para reemplazar algunas de las tareas importantes que realizan los riñones.

El procedimiento de la diálisis es una terapia de reemplazo renal para proporcionar la función del riñón al cuerpo, en la ocasión en la que se padezca de una falla renal, es un modo de eliminar los desechos de la sangre en forma artificial. Cuando los riñones no funcionan normalmente, se pierde la capacidad de eliminar desechos a través de la orina y se acumulan en la sangre, la misma que debe limpiarse con máquinas especiales (dializador) en forma artificial. La hemodiálisis consiste en filtrar el exceso de líquidos y las sustancias tóxicas del organismo mediante el paso de la sangre del paciente por un filtro periódicamente.

Los objetivos de la hemodiálisis son extraer las sustancias nitrogenadas tóxicas de la sangre y retirar el exceso de agua junto con tratar de mejorar la calidad de vida del paciente, durante la hemodiálisis, la sangre fluye lentamente afuera del cuerpo a través de un dializador, filtro especial que limpia la sangre y luego ésta retorna al cuerpo.

Para poder llevar la sangre al dializador, es necesario establecer un acceso vascular, este acceso al torrente sanguíneo se efectúa mediante un catéter temporal o permanente introducido en una vena de gran calibre (vena yugular, subclavia o femoral), el acceso más habitual es la fistula arteriovenosa, uniendo una vena y una arteria del antebrazo mediante cirugía, que tiene como finalidad obtener un alto flujo en la vena, es el método más seguro, que dura más tiempo y tiene menos complicaciones. Cuando no es posible realizar la fístula

con los vasos del propio paciente, se implanta un injerto, un vaso artificial que une la arteria y vena del paciente.

La sangre se desvía desde el punto de acceso en el cuerpo a una máquina de diálisis, en la que pasa a través de un filtro de limpieza (dializador). En el interior de este dializador una membrana artificial separa la sangre de un fluido (el dializado) que es similar a los fluidos normales del cuerpo. Se corrigen los desequilibrios químicos e impurezas de la sangre y ésta retorna luego al cuerpo depurada.

El principio de la hemodiálisis es el mismo que otros métodos de diálisis; implica la difusión de solutos a través de una membrana semipermeable. De esta manera se extraen los solutos retenidos y mediante ultrafiltración, se ajusta el volumen de los líquidos corporales, para la eliminación de los líquidos, consiguiendo de este modo la función excretora del riñón.

La diálisis impone modificaciones en el estilo de vida familiar. El tiempo que debe dedicarse a ella (dos a tres veces a la semana durante 3 a 4 horas aproximadamente) reduce las actividades sociales y puede originar conflictos, frustración, sensaciones de culpabilidad y depresión en la familia. Es frecuente que familiares y amigos consideren al enfermo como una “persona marginal”, con esperanza de vida limitada. También suele ser difícil que el paciente, cónyuge y familia expresen la ira y otros sentimientos negativos. Si bien son normales en esta situación, estos sentimientos con frecuencia son profundos y abrumadores, de manera que se requiere asesoría y psicoterapia.

Todos estos factores, derivados de la condición patológica del paciente como la implicancia que tiene en su estado psicológico y social, repercuten directamente en la calidad de vida de éstos.

La hemodiálisis es un tratamiento de soporte vital que puede ser usada para pacientes muy enfermos que han perdido repentinamente su función renal (falla renal aguda) o para pacientes graves que han perdido progresivamente y permanentemente su función renal (enfermedad renal avanzada, o en estado terminal) (19)

La hemodiálisis puede llevarse a cabo en un hospital, o en un centro de diálisis, o en casa del paciente (hemodiálisis domiciliaria o de mantenimiento), atendido por el personal o por el propio paciente respectivamente.

En general, los tratamientos de hemodiálisis duran aproximadamente de tres a cinco horas, dependiendo del método de hemodiálisis elegido y de las necesidades del paciente y

se lo lleva a cabo tres veces por semana, pero se puede necesitar más tiempo para asegurar que se eliminen suficientes desechos y líquido.

La duración de la diálisis dependerá de:

- El grado de funcionamiento de los riñones.
- Cuánto peso líquido aumenta de un tratamiento a otro.
- Su peso, estado físico y situación de salud del paciente
- Cuánto producto de desecho tiene en la sangre.

Es necesario recurrir a la diálisis cuando los riñones ya no son capaces de eliminar los desechos y el exceso de líquido de la sangre en cantidades suficientes como para mantener sano al paciente. Generalmente, esto ocurre cuando los riñones funcionan al 5-15 % de lo normal o cuando el tratamiento conservador no basta para controlar los síntomas urémicos de los pacientes con ERC o cuando se requiere una actuación inmediata, como sucede en la IRA o en la sobredosis como sistema para eliminar los fármacos o las toxinas del organismo.

La diálisis se puede iniciar, por ejemplo, cuando el filtrado glomerular (TFG) es muy bajo (menor a 15ml/min., o en el estado V de IRC) o cuando el BUN y la creatinina están muy elevados. También hay que recurrir a la diálisis inmediatamente, para controlar el edema pulmonar, hiperpotasemia, pericarditis, hipertensión arterial acelerada resistente a antihipertensivos, encefalopatía y neuropatía urémica.

Los pacientes con ERCT que ingresan a programas de hemodiálisis mejoran sus síntomas y pueden continuar con sus actividades habituales en la mayoría de casos, sin embargo, su modo de vida se ve alterado, debido a que deben destinar entre 12 a 15 horas semanales para su tratamiento, el mismo que no está exento de molestias, complicaciones y restricciones en la dieta; estas exigencias pueden condicionar que la adherencia al tratamiento no sea óptima. Sin embargo, podríamos mejorar este aspecto con una buena educación e información correcta y oportuna para el paciente.

Aunque existen pocos estudios que hayan estimado la ingesta de energía y nutrientes en estos pacientes con desnutrición, dichos estudios muestran que tanto la ingesta calórica como la proteica es inferior a la recomendada. La malnutrición implica un aumento de la morbimortalidad de los pacientes sometidos a hemodiálisis. Junto a esto, la dieta contribuya

controlar la hiperpotasemia, el desequilibrio fosfocálcico, la ganancia de peso Inter diálisis, las alteraciones lipídicas y la hipertensión arterial. (19)

6. Características sociodemográficas

Conjuntos de características biológicas, socioeconómicas culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medible.

Social alude a aquello vinculado a la sociedad: el conjunto de individuos que viven en un mismo territorio y respetando normas en común. Lo demográfico, en tanto, se asocia a la demografía, que es el estudio de un grupo humano desde una perspectiva estadística, centrado en su evolución o en un periodo específico.

Un indicador sociodemográfico, de este modo, es un dato que refleja una situación social. Esta información puede obtenerse mediante encuestas, censos o cifras registradas de distintas maneras por organismos estatales.

Puede decirse que lo sociodemográfico refiere a las características generales y al tamaño de un grupo poblacional. La edad, el género, la actividad laboral y el nivel de ingresos, por ejemplo, son datos sociodemográficos. (12)

6.1 Complicaciones

6.1.1 Hipotensión

La presión arterial baja o hipotensión ocurre cuando la presión arterial durante y después de cada latido cardiaco es mucho más baja de lo usual, lo cual significa que el corazón, el cerebro y otras partes del cuerpo no reciben suficiente sangre.

Causas

La presión arterial que es baja e inconstante para una persona puede ser normal para otra. La mayoría de las presiones arteriales normales están en el rango de 90/60 mmHg hasta 130/80 mmHg, pero una caída significativa incluso de 20 mmHg puede ocasionar problemas para algunas personas.

Hay tres tipos principales de hipotensión:

- Hipotensión ortostática, incluyendo hipotensión ortostática postprandial.
- Hipotensión mediada neuralmente (NMH, por sus siglas en inglés).

- Hipotensión grave producida por una pérdida súbita de sangre (shock), infección o reacción alérgica.

La hipotensión ortostática es producida por un cambio súbito en la posición del cuerpo, generalmente al pasar de estar acostado a estar parado y usualmente dura solo unos pocos segundos o minutos. Si este tipo de hipotensión ocurre después de comer, se denomina hipotensión ortostática posprandial y afecta más comúnmente a los adultos mayores, a aquellos con presión arterial alta y personas con mal de Parkinson.

La hipotensión mediada neuralmente afecta con más frecuencia a adultos jóvenes y niños, y ocurre cuando una persona ha estado de pie por mucho tiempo. Los niños generalmente superan este tipo de hipotensión con el tiempo.

La presión arterial baja comúnmente es causada por fármacos como los siguientes:

- ✓ Ansiolíticos
- ✓ Ciertos antidepresivos
- ✓ Diuréticos
- ✓ Medicamentos para el corazón, entre ellos los que se utilizan para tratar la hipertensión arterial y la cardiopatía coronaria.
- ✓ Medicamentos utilizados para cirugía
- ✓ Analgésicos

Otras causas de presión arterial baja incluyen las siguientes:

- ✓ Diabetes avanzada
- ✓ Anafilaxia (una respuesta alérgica potencialmente mortal)
- ✓ Cambios en el ritmo cardíaco (arritmias)
- ✓ Deshidratación
- ✓ Desmayo
- ✓ Ataque cardíaco
- ✓ Insuficiencia cardíaca
- ✓ Shock (ocasionado por infección grave, accidente cerebrovascular, anafilaxia, hemorragia o ataque cardíaco).

Los síntomas pueden abarcar:

- ✓ Visión borrosa
- ✓ Confusión
- ✓ Vértigo
- ✓ Desmayo (síncope)
- ✓ Mareo
- ✓ Somnolencia
- ✓ Debilidad (8)

6.1.2 Infección del acceso vascular

La infección es la causa más común de morbilidad, y la segunda causa de mortalidad en esta población. La colonización de las conexiones es la clave en la etiopatogenia de estas infecciones. Los microorganismos que con mayor frecuencia están implicados en la bacteriemia relacionada con catéter (BRC) son *Staphylococcus aureus* y los estafilococos coagulasa negativos. El diagnóstico de la BRC se puede realizar mediante técnicas conservadoras, como los hemocultivos cuantitativos pareados o los hemocultivos convencionales extraídos a través de CVC y venopunción y el cálculo del tiempo diferencial.

El tratamiento dependerá de la situación clínica del paciente, del microorganismo implicado y de la presencia de complicaciones infecciosas locales (tunelitis) o sistémicas (endocarditis, tromboflebitis supurada, osteomielitis). Se puede realizar un tratamiento conservador en pacientes estables con un episodio de bacteriemia causado por microorganismos poco virulentos como los estafilococos coagulasa negativos. En este caso se combinará un tratamiento antibiótico sistémico con uno local (sellado antibiótico). La mejor estrategia para la BRC es la prevención. La medida fundamental de prevención es la asepsia en el procedimiento de inserción y manipulación de los CVC.

Las recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) acerca del empleo de accesos vasculares se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. El acceso vascular que debe considerarse como primera opción es la fístula arteriovenosa autóloga (evidencia A).
2. En el caso de no existir venas adecuadas, se utilizará una prótesis o un injerto vascular (evidencia B).

3. La implantación de un catéter venoso central (CVC) ha de considerarse cuando no sea posible realizar ninguna de las anteriores, o cuando sea necesario iniciar una sesión de HD sin disponer de un acceso vascular definitivo y maduro (evidencia B).

La prevalencia en aumento de pacientes en programas de HD, asociada a su vez a un incremento de los pacientes con circulación periférica alterada, pacientes diabéticos y/o ancianos, ha generado un incremento en el uso de CVC en nuestras unidades.

Se pueden emplear dos tipos de catéteres: CVC no tunelizados, para usos inferiores a tres-cuatro semanas, y CVC tunelizados, que se emplean durante largos períodos de tiempo. Los CVC tunelizados llevan un manguito de dacrón o poliéster que actúa como anclaje en el tejido subcutáneo induciendo fibrosis. De esta manera, generan una barrera mecánica que impide la migración extraluminal de los microorganismos desde el punto de inserción.

La inserción de un CVC tunelizado debe realizarse, si es posible, en la vena yugular interna derecha, porque es el acceso con mejores resultados en cuanto al flujo y a la frecuencia de estenosis y trombosis venosa². La vena subclavia debe emplearse sólo cuando el resto de accesos hayan sido previamente utilizados, ya que se asocia con una mayor incidencia de estenosis o trombosis, aunque con una menor tasa de infección.

Las complicaciones que más frecuentemente limitan la vida útil de un CVC son las mecánicas y las infecciosas. La infección es la causa más común de morbilidad y la segunda causa de mortalidad después de la enfermedad cardiovascular en esta población. La incidencia de bacteriemia relacionada con catéter (BRC) en pacientes en HD depende del tipo y localización del CVC, de las características de la población y de las medidas de inserción y manipulación de cada centro. El empleo de un CVC tunelizado conlleva un aumento en el riesgo de bacteriemia de 7 y 20 veces respecto al de las fístulas arteriovenosas.

Etiología de la infección relacionada con catéter en hemodiálisis

Los microorganismos responsables de una de las dos terceras partes de las BRC son grampositivos. *Staphylococcus aureus* y los estafilococos coagulasa negativos son los microorganismos más frecuentemente aislados. Debido a la elevada tasa de portadores de *S. aureus* pacientes en HD (prevalencia del 30-60% en algunos centros), se observa una mayor tasa de BRC por *S. aureus* que en otros grupos de pacientes portadores de otros tipos de

accesos vasculares. *S. aureus* es un microorganismo muy virulento capaz de ocasionar complicaciones metastásicas como osteomielitis y endocarditis.

Otros microorganismos aislados con menor frecuencia son: *Streptococcus* spp, *Enterococcus* spp, *Corynebacterium* spp (microorganismos constituyentes también del microbiota epitelial). Los bacilos gramnegativos raramente ocasionan BRC en pacientes en HD. Algunos autores han descrito episodios polimicrobianos, o incluso episodios de BRC causados por micobacterias u hongos.

Patogenia de la infección relacionada con catéter en hemodiálisis

La patogenia de la infección relacionada con catéter es multifactorial y compleja. La vía de acceso principalmente involucrada en la infección relacionada con catéteres de HD de larga duración es la colonización endoluminal. El procedimiento diario de HD requiere una gran manipulación de las conexiones, lo que facilita la colonización de las mismas con el microbiota epitelial del paciente o del propio personal sanitario. Los microorganismos también pueden acceder por vía endoluminal al interior del CVC tras la infusión de un líquido contaminado o tras una diseminación hematógena desde un punto distante de infección. (1)

6.1.3 Anemia

La anemia es una complicación frecuente de la enfermedad renal crónica (ERC) y se asocia con una disminución en la calidad de vida de los pacientes, así como con un aumento de la morbilidad y de progresión de la ERC. En pacientes con ERC, la anemia se define como la situación en la que la concentración de hemoglobina (Hb) en sangre se encuentra 2 desviaciones estándar por debajo de la concentración media de Hb de la población general, corregida por edad y sexo.

La principal causa de anemia en la ERC es la producción inadecuada de eritropoyetina endógena, hormona que actúa sobre la diferenciación y maduración de los precursores de la serie roja, aunque en los últimos años se han reconocido otros factores que contribuyen a ella, como una respuesta eritropoyética disminuida de la médula ósea debido a las toxinas urémicas y al estado inflamatorio, la disminución de la disponibilidad de hierro para la

eritropoyesis y el aumento de los niveles de hepcidina, una vida media de los hematíes acortada o déficits vitamínicos (vitamina B12 o ácido fólico), entre otros.

La anemia en la ERC puede aparecer desde estadios precoces (estadios 2 y 3 de las guías KDIGO), con descensos de la Hb cuando la tasa de filtrado glomerular estimado (FGe) se sitúa alrededor de 70ml/min/1,73 m² (hombres) y 50ml/min/1,73 m² (mujeres). Sin embargo, lo más habitual es que aparezca en estadio 4 (incluso antes en pacientes diabéticos) y que se agrave a medida que progresa la ERC. En estadios más avanzados y en pacientes en diálisis, alrededor del 90% de los pacientes presenta anemia.

La aparición de anemia en pacientes con disminución leve-moderada del FGe puede interpretarse como de causa renal, pero es importante distinguirla de la anemia ferropénica, que es la causa más frecuente de anemia especialmente en pacientes que reciben tratamientos antiagregantes o anticoagulantes, o de otras anemias carenciales (vitamina B12 o ácido fólico). En ocasiones pueden coexistir ambos tipos de anemia, renal y ferropénica. (4)

VII.Hipótesis

Ha. La calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica mejora con la realización de la hemodiálisis convencional desde su ingreso al programa.

Ho. La calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica no mejora con la realización de la hemodiálisis convencional desde su ingreso al programa

VIII.Diseño metodológico

7.1. Área de estudio.

Este estudio fue realizado en los dos Hospital Regionales Nuevo Amanecer, en el área de hemodiálisis, ubicado en el barrio Nueva Jerusalén de la ciudad de Bilwi, Puerto Cabezas, y en el Hospital Escuela Regional Ernesto Sequeira Blanco, en el área de Hemodiálisis, ubicado en el barrio San Pedro de la ciudad de Bluefields.

Enfoque de la investigación: Cualitativo dado que utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. (7)

7.2. Tipo de investigación

Se realizó un estudio descriptivo, porque se describe una patología y la forma de vivir de los pacientes referentes a su enfermedad. Un estudio de alcance descriptivo busca especificar las propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades procesos u objetos, cualquier fenómeno que se someta a un análisis. (7)

Alcance de la investigación: Es de corte transversal ya que se ejecuta en el periodo comprendido de enero -diciembre 2019, porque se da en un periodo determinado. Una investigación es de corte transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo. (7)

7.3. Universo

La población de estudio la constituyeron 24 pacientes.

Unidad de análisis:

Los datos se procesaron de manera automatizada utilizando el programa estadístico SPSS/PC versión 25 para Windows, se calculó media, varianza, porcentaje, los resultados se presentan en tablas y gráficos.

7.4. Criterios de Inclusión.

Serán todos aquellos pacientes sometidos a hemodiálisis y pacientes que presenten enfermedad renal crónica.

7.5. Criterios de Exclusión.

Todos aquellos pacientes que no estuvieron de acuerdo a participar en el estudio y los que no padezcan de la enfermedad.

7.6. Técnicas y procedimientos

Se procedió a llenar un formulario para recoger las características sociodemográficas de los pacientes en estudio (iniciales, edad, sexo, ocupación, nivel de estudio, procedencia, estado civil, creencia religiosa. (Anexo 1).

Posteriormente el cuestionario Kinsey Disease Quality of Life (Calidad de vida en el paciente con enfermedad renal) en su versión en español que es específico para pacientes con enfermedad renal en diálisis en su versión abreviada (KDQOL- SF36) (Anexo 2), compuesta por 36 preguntas agrupadas por módulos, uno genérico que incluye el SF-12 compuesto por 12 preguntas y tres módulos específicos sobre la enfermedad del riñón: 1. Síntomas (12 reactivos). 2. Efectos de la enfermedad renal (8 reactivos) 3. Peso (carga) de la enfermedad renal (4 reactivos). Las opciones de respuesta forman, en su mayoría, escalas de tipo Likert, que evalúan intensidad o frecuencia, con rangos de respuesta entre tres y seis, dependiendo del ítem. Cada pregunta está codificada numéricamente y su puntaje luego es transformado en una escala de 0 a 100, para cada componente del cuestionario, en donde un mayor valor refleja una mejor CVRS, tomando como punto de referencia 50 por ciento que es el valor de referencia, usado en el estudio más reciente en Latino América en el 2009.

Se utilizó SPSS en español para Windows 10 para el estudio de las encuestas y Excel para unificar las tablas.

7. 7. Consideraciones éticas

Se respetará toda la información recopilada y se procesará para estricto uso científico compartiéndose la misma únicamente con el personal que colabora con la investigación. Se aplicarán los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia.

La realización de esta investigación no entrará en conflicto con los derechos civiles de los investigados y las políticas públicas hacen posible el desarrollo de la misma. Se cuenta con los recursos necesarios para que ésta se lleve a cabo y las personas que participan en su realización son competentes para participar de la investigación.

7.8 Operacionalización de las variables.

Tabla 1. Identificar las características sociodemográficas

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Número de años del paciente hasta el momento del estudio.	Cuestionario	20-29 40-59 >60
Sexo	Características fisiológicas y sexuales de los pacientes		Masculino Femenino
Estado civil	Tipo de relación conyugal durante el estudio.		Casado Soltero Acompañado Divorciado Viudo/a
Vínculo laboral	Empleo del paciente durante el estudio.		Estudia Trabaja Ama de Casa Desvinculado Jubilado
Nivel académico	Último año aprobado registrado a su ingreso.		Primaria Secundaria Universitario

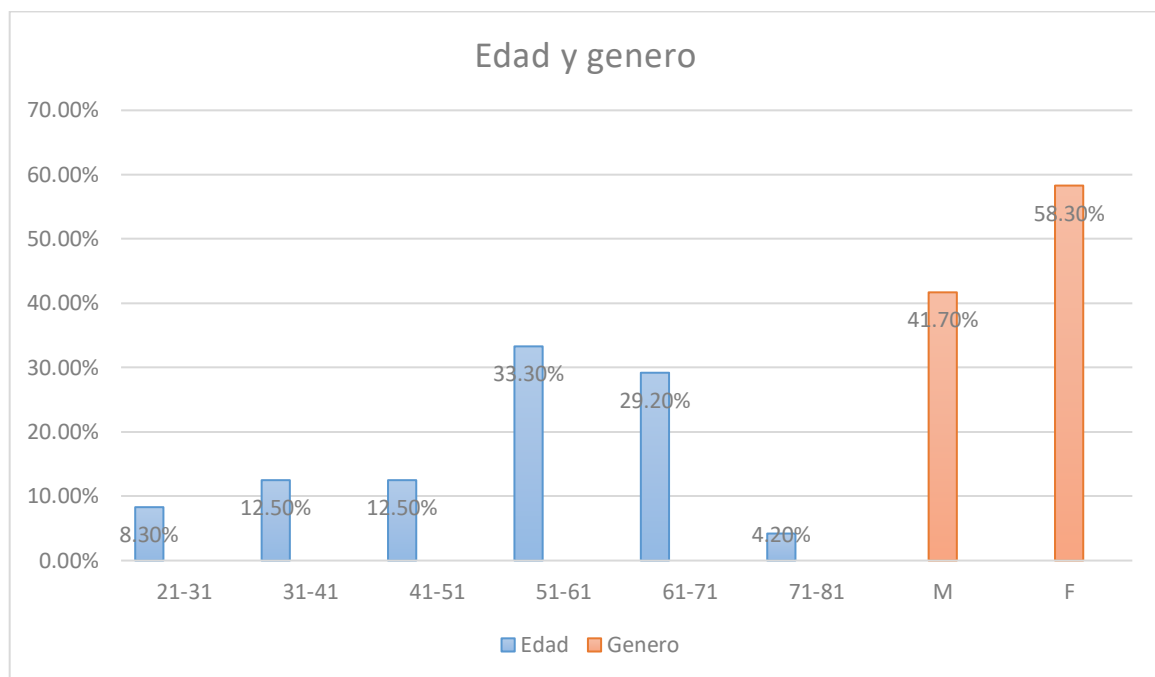
Residencia	Lugar donde habitan los pacientes.		Rural Urbana
Creencia religiosa	Estado mental de la fe de estos pacientes.		Si No
Complicaciones	Hipotensión Infarto Agudo de Miocardio. Arritmias Sepsis del acceso vascular	Historia clínica	Si No
Calidad de vida Función física 0-100	percepción individual de la vida, en el contexto de la		

Rol físico 0-100 dolor corporal 0-100 Salud general 0-100 Vitalidad 0-100 Función social 0-100 Salud mental 0-100 Rol emocional 0-100	cultura y valores en el cual vive; así como su relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses	Cuestionario SF-36	0-100 Puntos
---	---	--------------------	--------------

IX.Resultados y Discusión

Las características sociodemográficas de la población estudiada con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en ambos hospitales regionales se presentan a continuación:

Grafica 1. Edad y Género de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis.



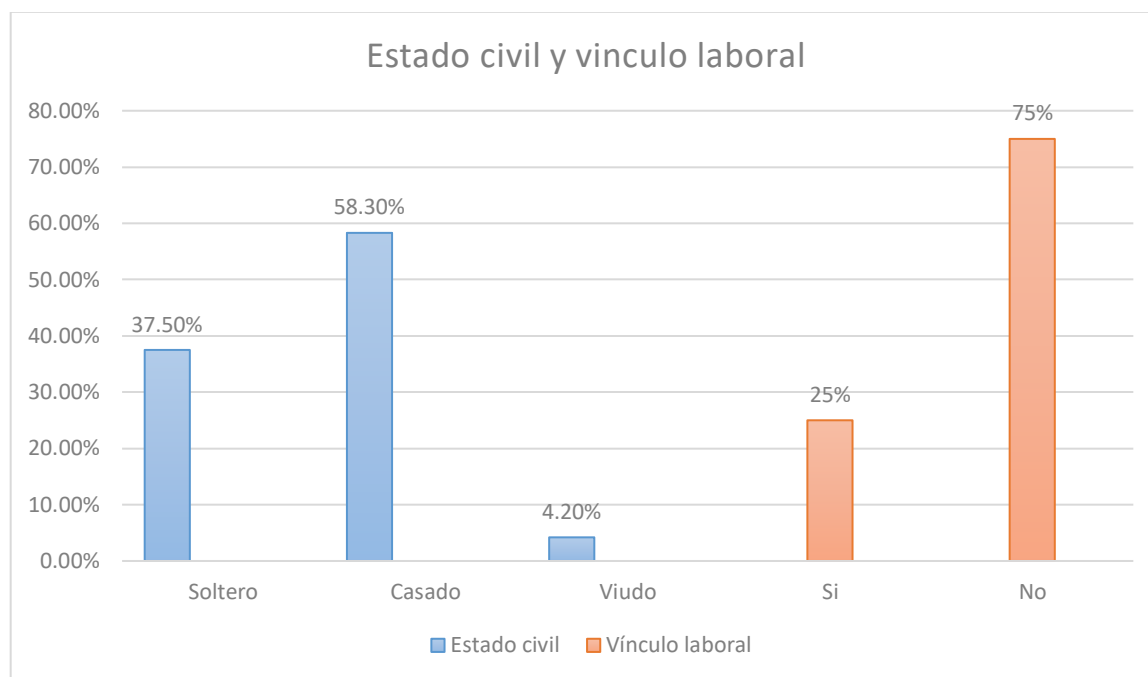
Grafica # 1: Los pacientes estudiados exhiben edades que oscilan entre 21 y 81 años de edad, el mayor número de pacientes con 66.7% se encuentran en las edades de 51 a 81 años, el cual se consideran adulto mayor, en contra a la población joven de 21 a 51 donde se encontró el 33.3%.

Se sabe que, con el paso de la edad, las funciones reguladoras del organismo disminuyen gradualmente, lo que evidencia la aparición de enfermedades crónicas en esta etapa de la vida

En cuanto al sexo predominaron las mujeres con 58.3% y hombres 41.7%. (Sanchez-Cabezas, 2019) demuestran que hay mayor prevalencia en las mujeres debido posiblemente,

a una mayor percepción del dolor y carga social en su rutina diaria; lo cual se ha comprobado en nuestro estudio

Grafica 2. Estado civil y vínculo laboral de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis



Grafica # 2: En cuanto a la situación marital, 58.3% se declara casado contra el 37.5% solteros y un 4.2% viudos.

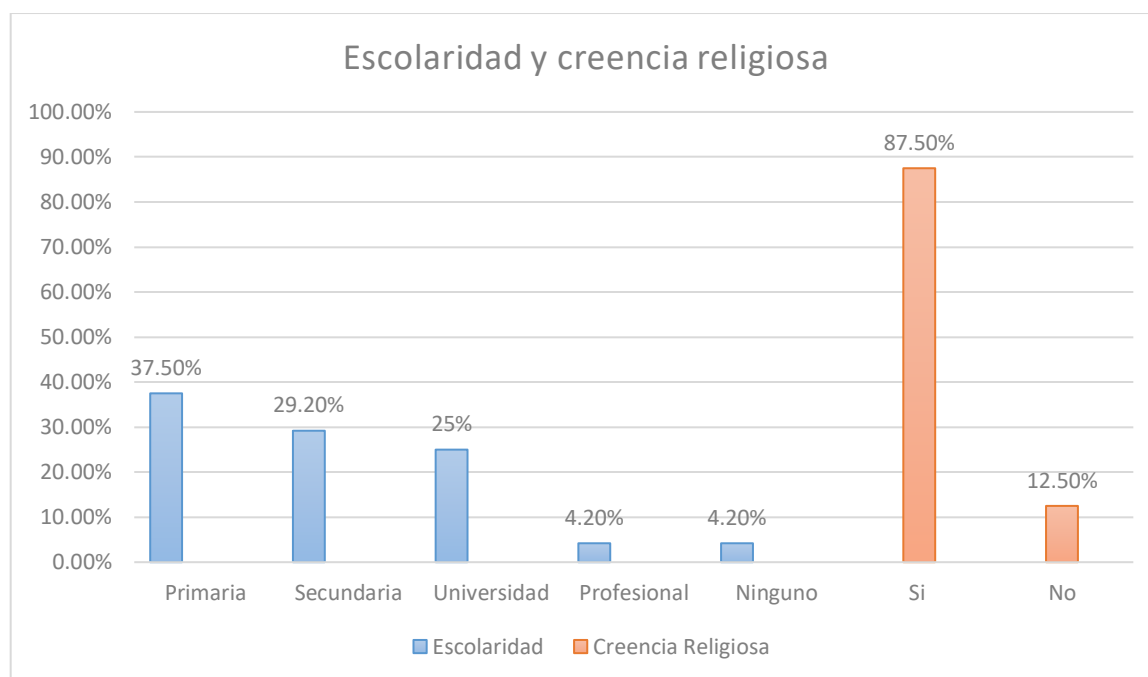
El estado civil demostró influir significativamente sobre los niveles de bienestar general, bienestar psicológico y satisfacción con la vida de los pacientes en diálisis. Es de suma importancia el apoyo sociofamiliar, ya que es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos donde se reconoce su función protectora en las situaciones estresantes contribuyendo de esta forma al bienestar de la salud de los pacientes.

La ocupación de los pacientes estudiados refleja que un 75% no tienen trabajos en contra del 25% que trabaja en diferentes áreas e instituciones.

En nuestro estudio se pudo observar que el porcentaje de pacientes en diálisis que siguen trabajando es escaso, a pesar de que muchos de ellos reconocen ser capaces de hacerlo. Esta situación no sólo se debe al impacto de la enfermedad renal y su tratamiento sino a

diversos factores socioeconómicos. Varios estudios demuestran que el trabajo activo predice mejores niveles de Calidad de vida. (17)

Grafica 3. Escolaridad y creencia religiosa de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis



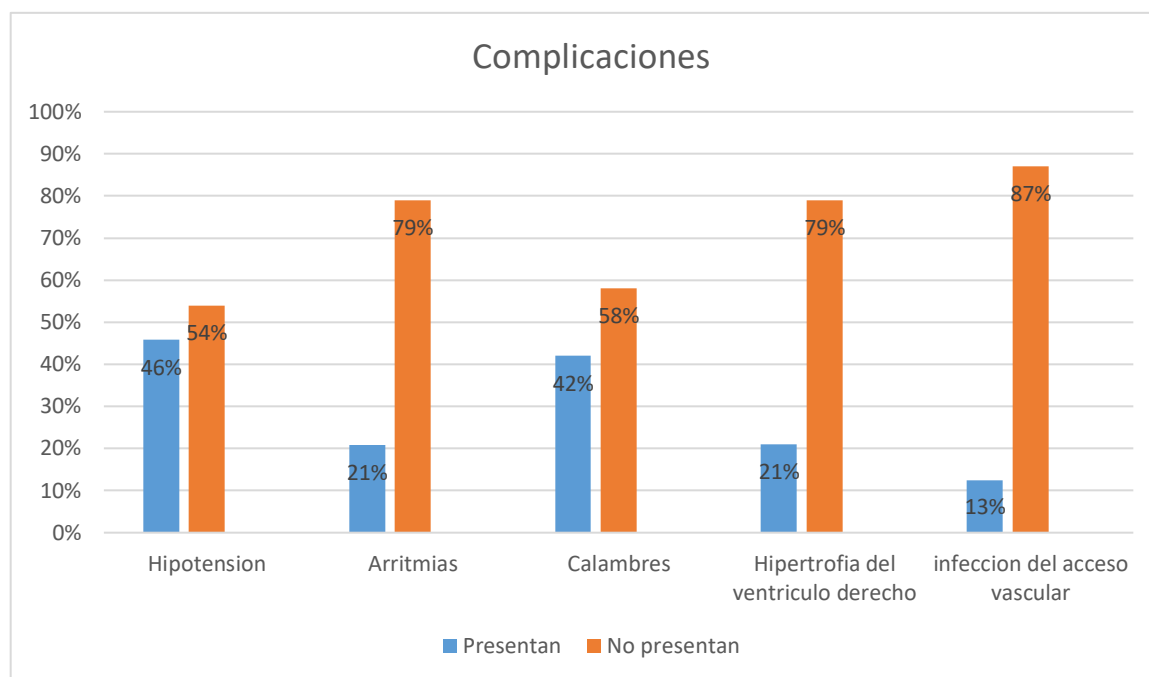
Grafica # 3: Respecto al nivel de educación se observó que la mayoría de los pacientes estudiados cursaron con una educación primaria con 37.5 % en contra del 29.2 % en la educación secundaria, un 25% de la educación universitaria y un mínimo de 4.2% que no realizaron ningún tipo de estudio, reflejando que la mayoría de los pacientes tienen una baja escolaridad.

El grado de educación tiende a influir mucho en la salud de cada persona, porque esto ayuda a tener mayor capacidad de conocimiento sobre la enfermedad que lleva cada paciente, de tal forma permitirá una mejor calidad de vida.

En cuanto a la creencia religiosa un 87.5% respondieron que practican una religión sin embargo el 12.5% refirieron no tener un credo religioso. Las costumbres y creencias son

representaciones sociales al igual que los modos y estilos de vida, influyen en el pensar sentir y actuar de los sujetos.

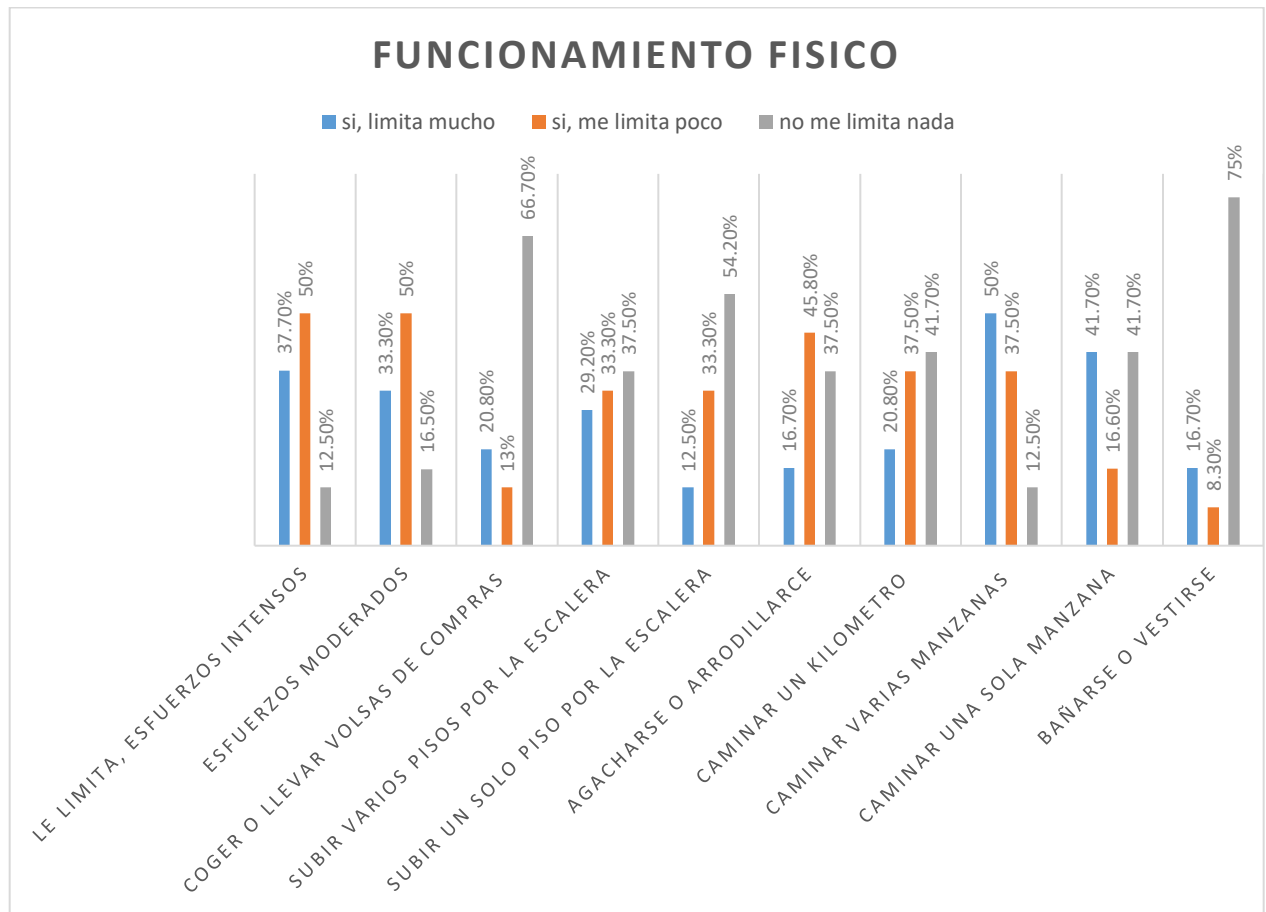
Grafica 4. Principales complicaciones que presentaron los pacientes con enfermedad renal crónica durante las sesiones de hemodiálisis.



En la gráfica # 4: Se muestra los resultados obtenidos de las principales complicaciones que presentaron los pacientes durante las sesiones de hemodiálisis, las cuales fueron recolectadas del expediente clínico de cada paciente.

La mayor complicación que los pacientes llegaron a presentar durante sus sesiones fue la hipotensión con 46%, seguida de los calambres de 42%, las arritmias y la hipertrofia del ventrículo derecho con 21% y las infecciones vasculares con un porcentaje menor del 13%.

Gráfico 5. Funcionamiento físico de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis.

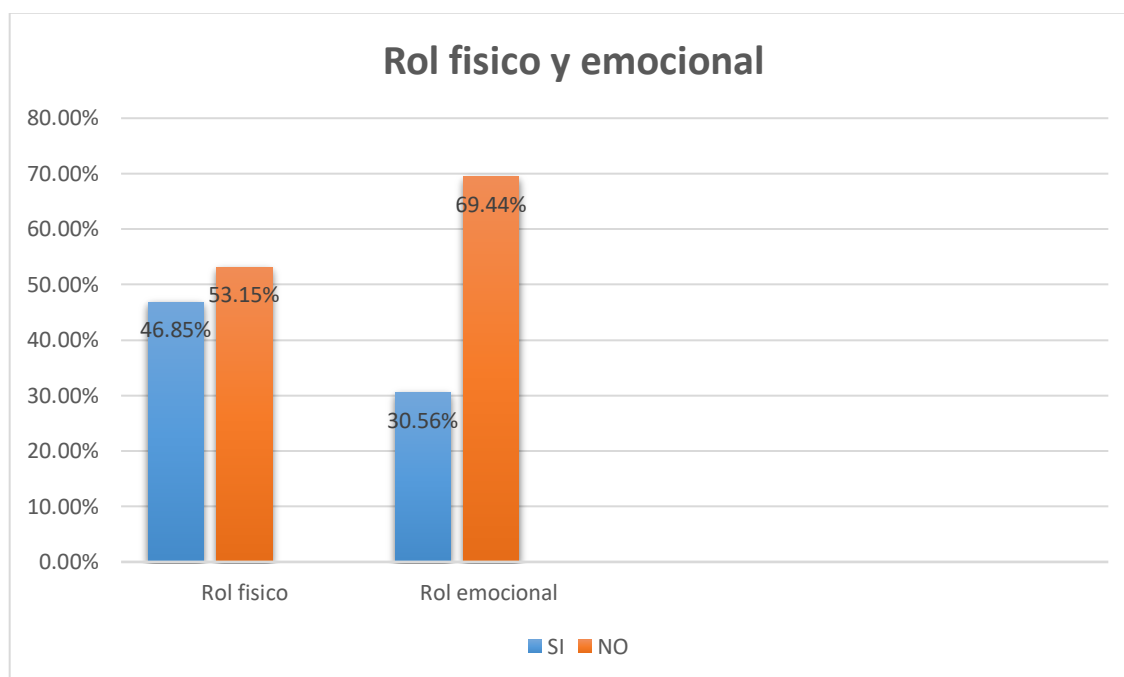


El grafico # 5. Muestra los resultados obtenidos sobre el funcionamiento físico del paciente.

- Su salud actual le limita hacer esfuerzos intensos, el 37.7% le limita mucho, el 50% se limita poco y un 12.5% no se limita nada.
- Le limita los esfuerzos moderados, un 33.3% le limita mucho, el 50% le limita poco y un 16.5% no le limita nada.
- Su salud actual le limita coger o llevar bolsas de compras. Un 20.8% le limita mucho, un 12.5% le limita poco y un 66.7% no le limita nada.
- Se limita subir varios pisos por la escalera, el 29.2% le limita mucho, el 33.3% le limita poco y un 37.5% no le limita nada.

- Su salud actual le limita subir un solo piso por la escalera, el 12.5% le limita mucho, el 33.3% le limita poco y un 54.2% no le limita nada.
- En su salud actual se le limita agacharse o arrodillarse, el 16.7% le limita mucho, el 45.8% le limita poco y el 37.5% no le limita nada.
- Se le limita caminar un kilómetro. Como podemos observar en la gráfica n°2 el 20.8% le limita mucho, el 37.5% le limita poco y un 41.7% no le limita nada.
- Su salud actual le limita caminar varias manzanas. El 50% se limita mucho, el 37.50% se limita poco y un 12.5% no le limita nada.
- Se le limita caminar una sola manzana. El 41.7% le limita mucho, el 16.7% le limita poco y un 41.7% no le limita nada.
- Su salud actual le limita bañarse o vestirse. El 16.7% le limita mucho, el 8.30% le limita poco y el 75% no le limita nada.

Gráfico 6 Rol físico y emocional del paciente con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis



El grafico #6: Nos muestra los problemas que los pacientes han presentado en el trabajo o en su actividad cotidiana enmarcada desde su rol físico y emocional.

Rol físico: El 53.15% de los pacientes declara que su salud física no interfiere en el desempeño de su trabajo ni en la realización de sus actividades cotidianas, incluyendo los rendimientos no esperados y el 46.85% alega que si les afecta en el desempeño de su trabajo y en otras actividades cotidiana.

Rol emocional: El 69.44% de los pacientes respondieron que los problemas emocionales no interfieren en sus actividades cotidianas mientras que el 30. 56% afirmaron que los problemas emocionales tales como sentirse triste, deprimido y nervioso si les ha afectado realizar sus actividades cotidianas.

Gráfico 7. Dolor corporal del paciente con enfermedad renal crónica sometido a tratamiento con hemodiálisis

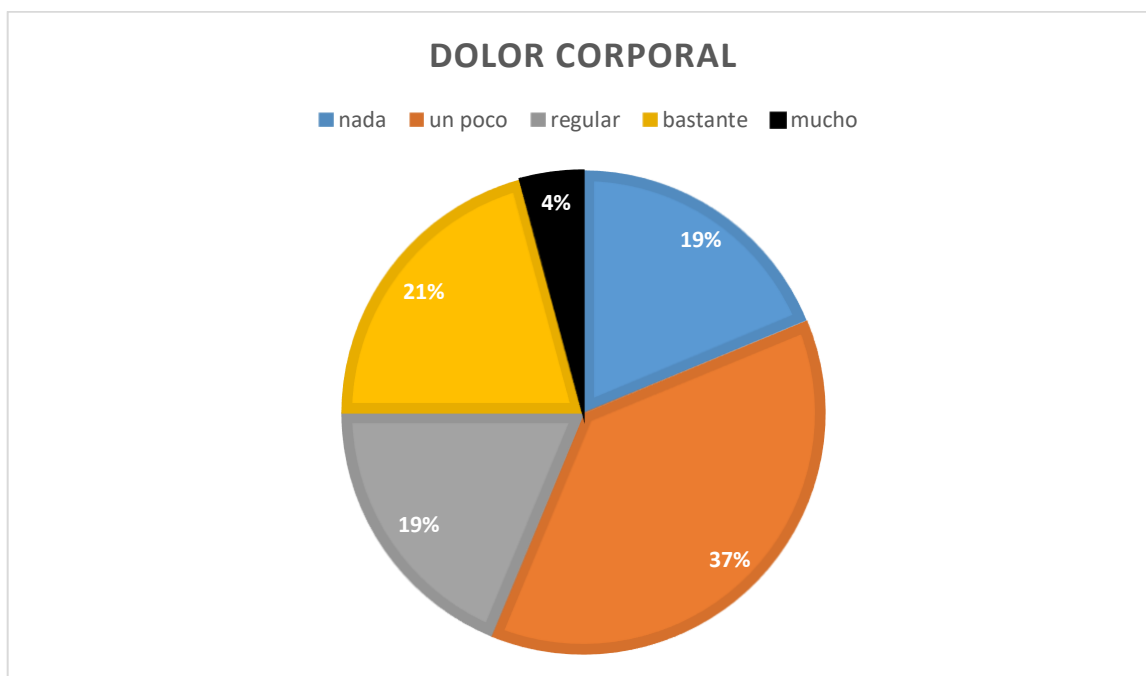


Gráfico # 7: Muestra los resultados obtenidos sobre si el paciente ha presentado dolor en alguna parte del cuerpo y hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual, tales como realizar trabajo fuera de casa y las tareas domésticas.

Dolor corporal: con respecto a esta dimensión se aprecia que el 56% de los pacientes estudiados presentaron un poco de dolor en alguna parte de su cuerpo, un 19% afirmo no

tener nada de dolor, el 21% presento bastante dolor, mientras que el 4% informaron haber sido comprometidos mayormente por este síntoma, lo cual le interfirió realizar su trabajo habitual.

GRAFICO 8. Función social de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis

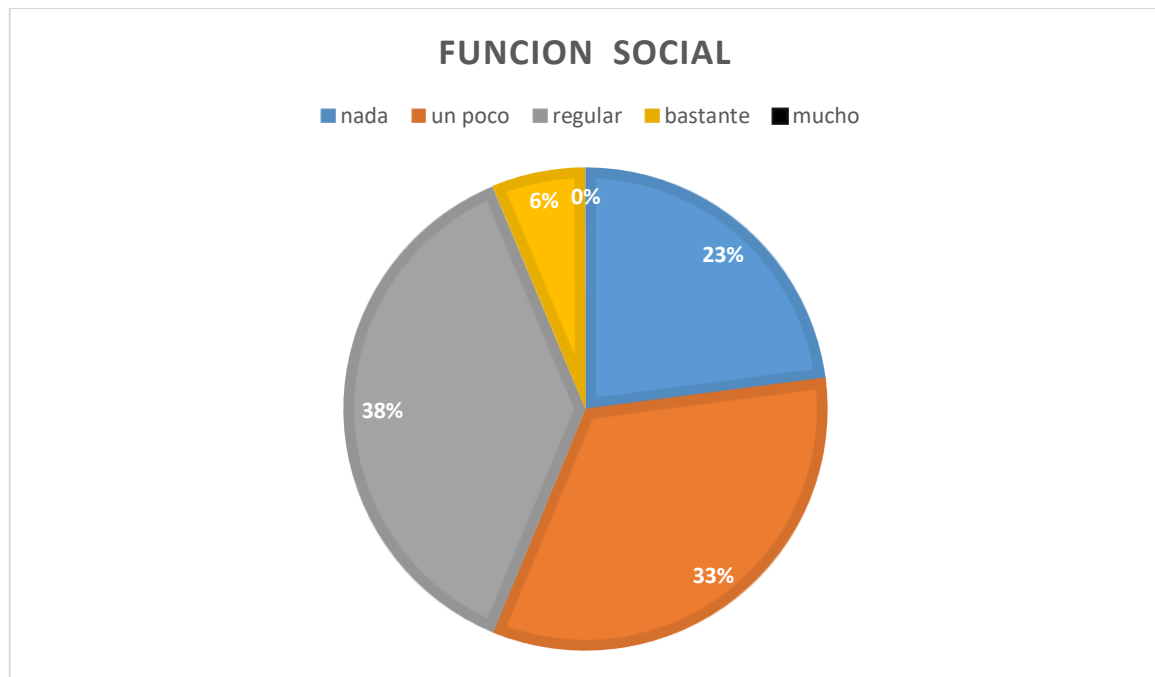


Gráfico # 8: Se muestra los resultados de los problemas emocionales que le han dificultado a los pacientes la realización de sus actividades sociales como visitar a los amigos o familiares.

Función social: El 94% de los pacientes estudiados refirieron que su salud física o los problemas emocionales no le han dificultado realizar sus actividades sociales, como visitar amigos, vecinos o parientes en cambio el 6% afirmaron que si ha tenido dificultad para desarrollar sus actividades sociales habituales.

Gráfico 9. Energía y vitalidad de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis



Grafica # 9: se muestra los resultados obtenidos de cuánto tiempo el paciente se ha sentido lleno de vitalidad y energía durante las 4 últimas semanas.

Energía y vitalidad: del 100% de los pacientes estudiados el 66% refirió que muchas veces se han sentido lleno de vitalidad y energía, el 22% afirmó que siempre se sienten con vitalidad, sin embargo, el 12% de los pacientes refirió que durante las 4 últimas semanas nunca se han sentido con vitalidad y energía.

Gráfico 10. Salud mental de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis

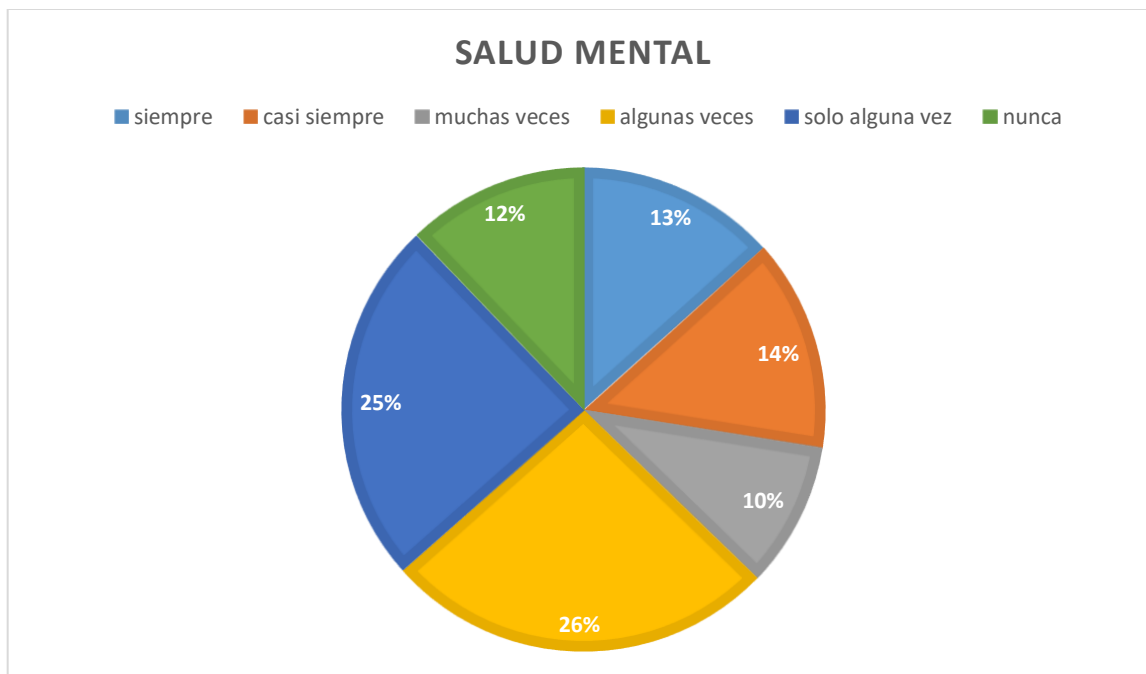
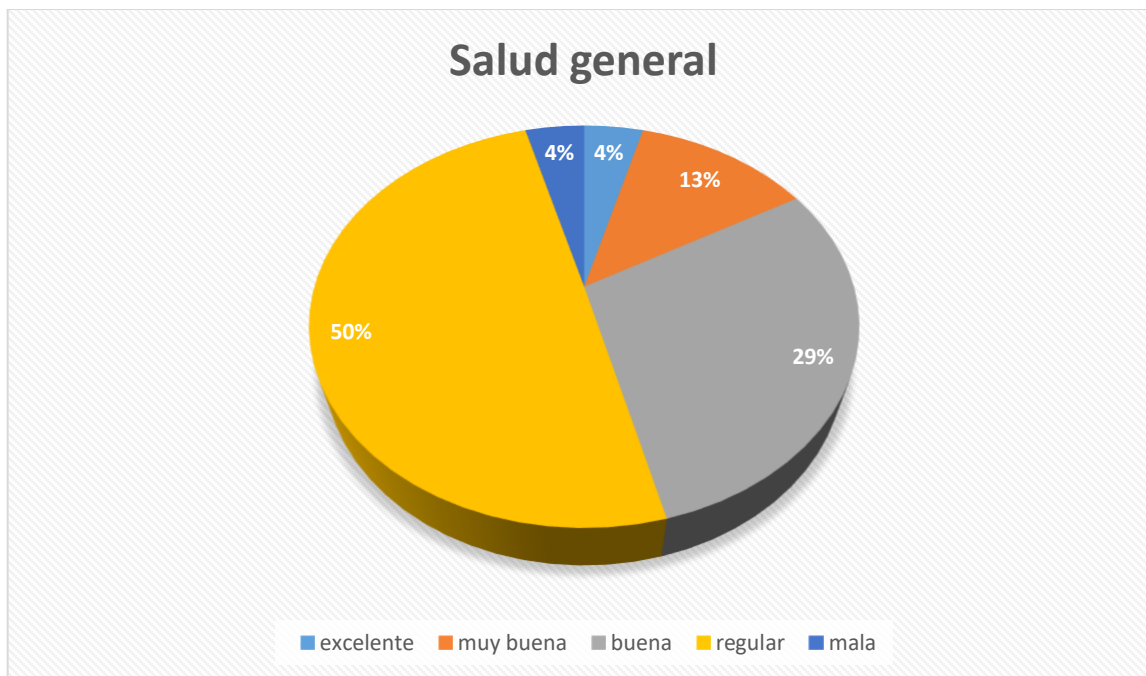


Gráfico # 10: Muestra los resultados de cuánto tiempo los pacientes se han sentido con sentimientos de tristeza, desánimo, nervios y agotamiento durante las 4 últimas semanas.

Salud mental: con respecto a esta dimensión se observó que un 61% de los pacientes manifestó que algunas veces han estado nerviosos o presentaron sentimientos de tristezas y desanimo, sin embargo, el 27% refirió que siempre o casi siempre han presentado sentimientos de tristeza, mientras que un 12% de los pacientes refirieron que nunca han presentado esta condición.

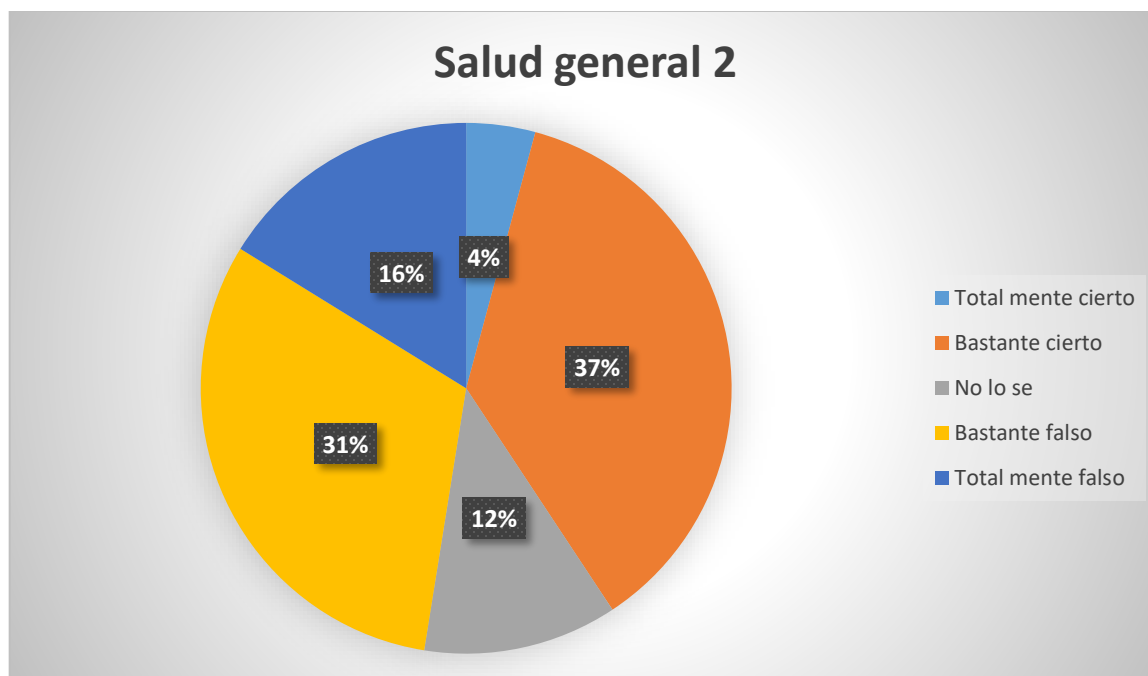
Gráfico 11. Salud general de los pacientes de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis.



El grafico # 11: Muestra los resultados obtenidos sobre la percepción de los pacientes sobre su salud general.

Salud general: del 100% de los pacientes encuestados se pudo observar que la calidad de vida en esta población actual es que el 50% se encuentran en estado regular, el 29% en condición buena, el 13% muy buena, el 4 % en condiciones excelente y el restante con un mínimo que corresponde al 4% refiere que su salud general es mala.

Gráfico 12. Salud general de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis.



La grafica # 12: Muestra los resultados sobre la consideración de cada paciente de que ellos se enferman más fácilmente que otras personas y si su salud va empeorar.

En cuanto a este acápite se puede observar que el 41% de los pacientes consideraron que es bastante cierta y totalmente cierta que ellos se enferma más fácilmente que otras personas, un 31% cree que se enferman con mayor facilidad y que su salud va a empeorar, el 47% cree que es bastante falso que se enferman con facilidad y que su salud va a empeorar con el tiempo, mientras que el 12% de los entrevistados refirieron no saber estar sano como cualquiera o si su salud va empeorar con el paso del tiempo.

Gráfico 13. Su salud actual de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento con hemodiálisis comparada con la de hace un año.



En la gráfica # 13: Se muestra los resultados que se estuvieron sobre las consideraciones de cada paciente acerca de su salud actual desde su ingreso a la unidad de hemodiálisis.

Salud actual: se puede observar que el 31% de los pacientes encuestados refirieron que su salud actual se encuentra mucho mejor desde que se inició la sesión de hemodiálisis, seguidamente de un 27% con algo de mejoría, el 31% refirió que su salud se encuentra más o menos, el 7% refirió sentirse algo peor y un 4% de los pacientes aseguran que su salud esta mucho peor desde su ingreso a la unidad de diálisis.

Conclusión

En cuanto a nuestro estudio, en las características sociodemográficas se obtuvo que las edades de mayor afectación están en los adultos mayores con un 66.7% siendo el sexo femenino el predominante con 58.3%. El 58.3% se encuentran casados. El 75% de los pacientes no cuentan con un empleo y el 37.5% cursaron la educación primaria.

En la revisión de los expedientes clínicos se recolectaron las principales complicaciones que los pacientes presentaron en el transcurso de sus sesiones de hemodiálisis siendo la principal la hipotensión y los calambres, seguida de un porcentaje menor las arritmias y la infección del acceso vascular.

En vista a nuestro estudio, analizando la variable dependiente calidad de vida, medida a través del cuestionario SF-36 y las dimensiones que la compone, obtuvimos un puntaje mayor a 50 por lo que se puede concluir que la hemodiálisis tiene un impacto positivo en la calidad de vida del paciente renal ya que ha mejorado significativamente en comparación a su previa incorporación a la hemodiálisis. Es importante destacar que, incluso con todas las alteraciones acarreadas con el transcurso de la enfermedad, la población diana de este estudio demostró que, a pesar de las restricciones y de los cambios en el estilo de vida, es importante continuar y superar dificultades, objetivando una calidad de vida mejor.

El trabajo multidisciplinario que se realiza con esta población es difícil dada la complejidad de la enfermedad y los efectos psicológicos que produce, sin embargo, los pacientes con enfermedad renal crónica son personas con un gran ejemplo de vida ya que no es sencillo vivir años con esta gran enfermedad y mucho menos con el tipo de tratamiento.

X.Recomendaciones

Para el Ministerio de Salud Puerto, Cabezas RACCN:

- ✓ Garantizar un médico especialista en nefrología para el Hospital Nuevo Amanecer.
- ✓ Promover educación continua en relación a la Enfermedad Renal Crónica, así como su abordaje diagnóstico clínico e imagenológicos, a todos los niveles.
- ✓ Apoyo psicosocial y nutricional de estos pacientes por parte del policlínico y entidades gubernamentales a fines esto con el motivo de incentivación y motivación de los pacientes.
- ✓ Considerar la opción de abrir pasantías para estudiantes con carreras afines a la psicología, nutrición, fisioterapia, trabajador social que puedan atender a los pacientes en hemodiálisis.

A nivel de Hospital.

- ✓ Incentivar al personal médico y de enfermería para el manejo de dichos pacientes, siendo este un trabajo en equipo y no solo del área de hemodiálisis.
- ✓ Implementar talleres lúdicos de apoyo para los pacientes renales crónicos, donde se propongan estrategias de afrontamiento y a través de las cuales logren sobrellevar su enfermedad.
- ✓ Promover actividades de recreación y socialización dentro de los centros de atención.
- ✓ Educar a los pacientes acudir puntualmente a las citas programadas por las unidades de salud respectivas
- ✓ Buscar como tener apoyo nutricional y psicológico a nivel de paciente.
- ✓ Técnico en Electromedicina

A nivel de los pacientes

- ✓ Evitar la exposición prolongada a trabajos extenuantes bajo la luz solar sin protección adecuada.
- ✓ Evitar la automedicación sin supervisión médica.
- ✓ Mantenerse hidratado en todo el momento del día sin exceder los 3 litros de agua por día.
- ✓ Evitar el consumo de cantidades exageradas de sal, bebidas artificiales.
- ✓ Acudir puntual a sus sesiones de hemodiálisis.

XI. Bibliografía

- Aguinaga, A. D. (2011). Infeccion asociada a cateter en hemodialisis :diagnostico ,tratamiento y prevencion. *Nefroplus*, 4(2),1-56.
- Blas, N. (2017). *Conocimientos y practicas de las personas con Insuficiencia renal cronica que asisten al centro de salud "Camilo Ortega Saavedra"en la comunidad de Tola-Rivas Nicaragua II semestre 2016(Tesis pregrado)*. Obtenido de Universidad Nacional de Nicaragua,Managua,Tola-Rivas : <https://repositorio.unan.edu.ni/4201/1/96737.pdf>
- Br.Mendoza, L. (Septiembre de 2018). *unanleon*. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni>
- Cases, A. I. (2018). Anemia en la enfermedad renal cronica :protocolo de estudio,manejo y derivacion a Nefrologia. *Revista nefrologia*, 39(1),1-108.
- Contreras F, E. G. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psychol.* , 5(3):487-99.
- Contreras, F. (. (Junio 2006). Calidad de vida y adhesion al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal cronica en tratamiento con hemodialisis. 3.
- Cruz M, A. C.-M., & . (17 de Junio de 2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. *De Castro R. Clinics.*, 991-995.
- Dr.Hernandez-Sampieri, R. (2010). *Metodologia de la investigacion* . Mexico D.F.: Miembro de la Camara Nacional de la Industria Editorial Mexicana.
- Dr.Nieves R., S. R. (Junio de 2019). *Modulo hipertension-Universidad Ana G. Mendez,Recinto de Gurabo*. Obtenido de <https://gurabo.uagm.edu/sites/default/files/uploads/educacion continua/pdf/2018/modulo de hipertension -hipotension arterial>

- García L, C. N. (2007;). Calidad de vida percibida y locus control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal. 205-22.
- Herrera-Anasco, P.-M. y.-R. (2016). La enfermedad renal en el Peru. *Acta Medica Peruana*, 130-137.
- Jimenez Rocha, L. O. (enero 2013). Calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodialisis. 25.
- Porto, J. P. (2020). *Real Academia*. Obtenido de Real Academia: <https://definicion.de/sociodemografico>
- Robollo, A. (2014). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952015000100012.
- Rodriguez, J. M. (Abril 2011). Pacientes con insuficiencia renal cronica terminal retirados de dialisis bajo protocolizacion. *Revista Nefrologia*, 21(2),222-10.
- Ruiz San Millan, J. G. (2007). insuficiencia renal cronica (I). 9(79), 5069.
- Saldaña Medina, V. (2014). Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal cronica con tratamiento de sustitucion renal con hemodialisis en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. . 3.
- Sanchez-Cabezas, M. -G.-M. (2019). Calidad de vida de los pacientes en dialisis. *Revision Sistematica* , 22(3):239-55.
- Vázquez I, V. F. (Abril 2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Revista Nefrologia*, 24(2),97-197.
- Zevallos, S. B. (2010). *Manejo nutricional en pacientes sometidos a hemodialisis (Tesis de pregrado)*.Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/985/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-2.pdf>

Zúñiga, C. D. (2009). Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario “Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36). *Revista medica de Chile*, 137 (2)200-7.

XII. Anexos

BLUEFIELDS INDIAN CARIBIAN AND CARIBBEAN UNIVERSITY (BICU)



Facultad de medicina

Solicitud de Inscripción

A: Dr. Ismael Quesada Rodríguez (Responsable de Escuela de Medicina
– BICU)

DE: Betsy Maryenny Manzanares Coleman y Fany Patricia Wagner López.
(Médicos Servicio Social 2)

REF. Solicitud de inscripción del tema para defensa.

FECHA: Puerto Cabezas RACCN 05 de septiembre del 2019.

Reciba fraternos saludos de parte nuestra.

El motivo de la presente es para hacerle la formal solicitud de la inscripción de nuestro tema que lleva como título: Calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica tratados con hemodiálisis convencional en los Hospitales Regionales Nuevo Amanecer, y Dr. Ernesto Sequeira Blanco, de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua, enero a diciembre 2019.

Esto con el objetivo de Reflejar la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis convencional en el Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach; y en el Hospital Escuela Ernesto Sequeira Blanco para optar el título de medicina y cirugía general siendo nuestro Tutor el Dr.

Joseph Lynn Hansack Ignacio (especialista en Medicina Interna) con el número de código: 23235 responsable del área de hemodiálisis en el Hospital Regional Nuevo Amanecer.

Nos despedimos de usted; sin más a que referimos esperando su apoyo y comprensión esperando una respuesta positiva, deseándole éxito en sus labores profesionales.

Att.

Betsy M. Manzanares Coleman.

Fany P. Wagner López

Puerto Cabezas, RACCN, 05 de septiembre del 2019

A: Dr. Ismael Quesada Rodríguez.

Responsable de Facultad de Medicina Bluefields.

De: Joseph Lynn Hansack Ignacio.

Responsable del Área de Hemodiálisis del Hospital Regional Nuevo Amanecer Puerto Cabezas.

Estimado Dr. Quesada reciba fraternos saludos.

El motivo de la presente es para hacerle conocer que estoy aceptando en tutorial ya que dicho tema está enfocado en el área de mi especialidad y donde laboro actualmente siendo los médicos del servicio social 2 quienes son BETSY MARYENNY MANZANARES COLEMAN Y FANY WAGNER LOPEZ; con el tema: Calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica tratados en hemodiálisis convencional en los Hospitales Regionales Nuevo Amanecer y Dr. Ernesto Sequeira Blanco, de las Regiones autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua enero a diciembre 2019.

Sin más a que referirme me despido de usted esperando apoyo y comprensión y pronta respuesta.

Att

Dr. Joseph Lynn Hansack Ignacio.

Médico Internista

Responsable del Área de hemodiálisis.

Hospital Regional Nuevo Amanecer

Instrumento de recopilación de información

Entrevistas

Formulario de recolección de datos

Iniciales_____

Edad_____

Sexo_____

Escolaridad_____

Estado Civil_____

Residencia Rural_____ Urbana_____

Creencia Religiosa si_____ no_____

Vínculo laboral_____

Formulario SF-36: cuenta con 36 preguntas en su totalidad, constando esta de 8 acápite los cuales serán mostrados una vez terminado nuestro estudio.

Acápites que toma en cuenta este formato:

- ⊕ Funcionamiento Físico.
- ⊕ Limitación por problemas físicos.
- ⊕ Dolor corporal.
- ⊕ Funcionamiento o rol social.
- ⊕ Salud mental.
- ⊕ Limitación por problemas emocionales.
- ⊕ Vitalidad, energía o fatiga.
- ⊕ Percepción general de la salud.
- ⊕ Formulario SF-36:
 1. En general, usted diría que su salud es:
 - 1 ☐ Excelente
 - 2 ☐ Muy buena
 - 3 ☐ Buena
 - 4 ☐ Regular
 - 5 ☐ Mala
 2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - 1 ☐ Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 ☐ Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 ☐ Más o menos igual que hace un año
 - 4 ☐ Algo peor ahora que hace un año
 - 5 ☐ Mucho peor ahora que hace un año

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 agacharse o arrodillarse?
- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada
8. 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
9. 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

10. 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

11. 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.
--

12. 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

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

1 ☐ Sí

2 ☐ No

14. 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

15. 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

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿cómo estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

17. 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

18. 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

19. 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

20. ¿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

21. 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.

22. 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

23. 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

24. 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

25. 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

26. 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

27. 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

28. 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

29. 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

30. 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

31. 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.

32. 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

33. Estoy tan sano como cualquiera.

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

34. Creo que mi salud va a empeorar.

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

35. Mi salud es excelente.

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

Entrevista a Médico de base encargado del área de hemodiálisis sobre principales complicaciones de dichos pacientes

¿Cuáles son las complicaciones que presentan los pacientes de hemodiálisis?

¿Cuál de estas complicaciones son más frecuentes?

¿Qué complicaciones son menos frecuentes?

¿Cuáles son las Complicaciones inmediatas en pacientes durante la hemodiálisis?

¿Qué complicación ha sido de mayor riesgo para los pacientes?

¿Cuáles son las mayores complicaciones relacionadas con las fistulas arteriovenosas?

Tabla N° I. Función Física del paciente con enfermedad renal crónica, hospital Nuevo amanecer Puerto Cabeza RACCN y hospital Regional Escuela Ernesto Sequeira Blanco

Bluefields RACCS; sometidos a tratamiento con hemodiálisis durante los meses enero – diciembre 2019.

Función física	Sí me limita mucho		Si me limita un poco		No me limita nada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, practicar deportes agotadores	9	37.5	12	50	3	12.5
Esfuerzos moderados como mover una mesa, caminar más de una hora	8	33.3	12	50	4	16.7
Llevar o levantar la bolsa de compras	5	20.8	3	12.5	16	66.7
Subir varios pisos por la escalera	7	29.2	8	33.3	9	37.5
Subir un sólo piso por la escalera	3	12.5	8	33.3	13	54.2
Agacharse o arrodillarse	4	16.7	11	45.8	9	37.7
Caminar un kilómetro o más	5	20.8	9	37.5	10	41.7
Caminar una manzana	10	41.7	4	16.6	10	41.7
Bañarse o vestirse por sí mismo	4	16.7	2	8.3	18	75
Caminar varias manzanas	12	50	9	37.5	3	12.5

Tabla II. Rol Físico y emocional del paciente con enfermedad renal crónica, hospital Nuevo amanecer Puerto Cabeza RACCN y hospital Regional Escuela Ernesto Sequeira Blanco Bluefields RACCS; sometidos a tratamiento con hemodiálisis durante los meses enero – diciembre 2019.

Rol físico	SI	NO
------------	----	----

	Nº	%	Nº	%
Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o actividades				
Tuvo que aumentar el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas	11	46	13	54
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer	12	50	12	50
Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas	11	46	13	54
Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo le costó más de lo normal)	11	46	13	54
Rol emocional				
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	6	25	18	75
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	7	29	17	71
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente, por algún problema emocional?	9	37	15	63

Tabla III. Dolor Corporal y Rol social del paciente con enfermedad renal crónica, hospital Nuevo amanecer Puerto Cabeza RACCN y hospital Regional Escuela Ernesto Sequeira Blanco Bluefields RACCS; sometidos a tratamiento con hemodiálisis durante los meses enero – diciembre 2019.

Dolor corporal	nada		Un poco		regular		Bastante		Mucho	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas	4	16.7	7	29.2	6	25	5	20.8	2	8.3

Durante las últimas 4 semanas hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual	5	20.8	11	45.9	3	12.5	5	20.8
--	---	------	----	------	---	------	---	------

Rol social

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 personas.	7	29.2	11	45.8	5	20.8	1	4.2
--	---	------	----	------	---	------	---	-----

Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia la S.F. o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.	4	16.7	5	20.8	13	54.2	2	8.3
--	---	------	---	------	----	------	---	-----

Tabla N° IV. Energía, vitalidad y salud mental del paciente con enfermedad renal crónica, hospital Nuevo amanecer Puerto Cabeza RACCN y hospital Regional Escuela Ernesto Sequeira Blanco Bluefields RACCS; sometidos a tratamiento con hemodiálisis durante los meses enero – diciembre 2019.

Energía y vitalidad	Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Sólo alguna vez		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Se sintió lleno de vitalidad	3	12.5	3	12.5	5	20.8	13	54.2				
Tuvo mucha energía	5	20.8	4	16.7	4	16.7	6	25	4	16.7	1	4.1
Se sintió agotado	1	4.2	1	4.2	1	4.2	7	29.1	8	33.3	6	25
Se sintió cansado			2	8.3			12	50	5	20.8	5	20.8
Salud mental					1	4.2	6	25	7	29.1	10	41.7
¿Estuvo muy nervioso?												
¿Se ha sentido tan bajo de moral?					2	8.4	1	4.2	7	29.1	14	58.3
¿Se sintió calmado?	6	25	8	33.3	3	12.5	5	20.8	2	8.4		
¿Se sintió desanimado y triste?	1	4.2	1	4.2	1	4.2	7	29.1	11	45.8	3	12.5
¿Se ha sentido agotado?	1	4.2	1	4.2	1	4.2	7	29.2	8	33.3	6	25
¿Se sintió feliz?	5	20.8	5	20.8	6	25	6	25	1	4.2	1	4.2
¿Se sintió cansado?			2	8.4			12	50	5	20.8	5	20.8

	Excelente		Muy Buena		Regular		Mala		buena		Mala	
Salud general												
Ítem I												
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
En general Ud. diría que su salud es:	1	4.2	3	12.5	7	29.1	12	50	1	4.2		
	Totalmente cierto		Bastante cierto		No lo sé		Bastante falsa		Totalmente falsa			
Salud general												
Ítem II												
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	4.2	10	41.6	3	12.5	9	37.5	1	4.2		
Estoy tan sano como cualquiera	1	4.2	6	25	3	12.5	10	41.6	4	16.7		
Creo que mi salud va a empeorar	1	4.2	13	54.1	2	8.3	1	4.2	7	29.1		

Mi salud es excelente	1	4.2	6	25	3	12.5	10	41.6	4	16.7
-----------------------	---	-----	---	----	---	------	----	------	---	------

TABLA N° V. Salud general del paciente con enfermedad renal crónica



