



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Terapia Física

**“EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO
AYORA, LOJA 2020”**

Proyecto de investigación previo
a la obtención del título de
Licenciada en Terapia Física

Autoras:

Catherine Lizeth Gualotuña Chicaiza

CI: 210112821-9

Correo electrónico: catty125@hotmail.com

Natalia Betzabeth Guevara Palacios

CI: 110410276-7

Correo electrónico: nataliaguevarapalacios@gmail.com

Director:

Rodrigo Juan Guamaní Vásquez

CI: 171602034-0

Cuenca, Ecuador

09-abril-2021

Resumen:

Antecedentes: La enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis generan cambios importantes en el paciente como: calambres musculares, fatiga, debilidad muscular, ansiedad, depresión entre otros, factores que afectan las actividades diarias de estas personas, alterando así la calidad de vida que consiste en la valoración de diversos dominios de la vida, considerando el impacto que estos tienen en la salud tanto física como mental.

Objetivo general: Determinar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica hemodializados en la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja, 2020.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal realizado en la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja, para determinar la calidad de vida de los pacientes hemodializados con enfermedad renal crónica, mediante el cuestionario Short Form 36. Se realizó el procedimiento estadístico mediante el software IBM SPSS 22.0 con medidas de frecuencia, porcentaje, desviación estándar y correlación de variables.

Resultados: Se evaluaron a 62 pacientes de los cuales la edad media fue 59,84 años. El 59,68% de la población obtuvo un estado de calidad de vida mala, el dominio más perjudicado en ambos sexos es el rol físico correspondiendo a un 80,65% de afectación.

Conclusiones: El estado de calidad de vida que predominó en el estudio fue malo, al momento de especificar entre sexo masculino y femenino, se obtuvo un mayor porcentaje en población masculina 67,74%, dentro del cual el porcentaje de calidad de vida bueno fue un 50% y un 50% para malo, mientras el sexo femenino corresponde un 32,26% de la población total estudiada, detallando el estado de calidad de vida correspondiente a bueno un 20% y malo un 80%.

Palabras claves: Calidad de vida. Enfermedad renal crónica. Hemodiálisis.



Abstract:

Background: Chronic kidney disease and hemodialysis treatment generate important changes in the patient such as: muscle cramps, fatigue, muscle weakness, anxiety, depression among others, factors that affect the daily activities of these people, thus altering the quality of life which consists of the assessment of various domains of life, considering the impact that these have on both physical and mental health.

General objective: To determine the quality of life of patients with chronic kidney disease hemodialyzed in the “Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora”, Loja, 2020.

Methodology: It’s a descriptive, cross-sectional study carried out in the hemodialysis unit of the Isidro Ayora Hospital, Loja, to determine the quality of life of hemodialysis patients with chronic kidney disease, using the Short Form 36 questionnaire. The statistical procedure was carried out using IBM SPSS 22.0 software with frequency, percentage, standard deviation, and correlation of variables.

Results: A total of 62 patients were evaluated, the mean age was 59 to 84 years old. The 59.68% of the population had a poor quality of life; the most affected domain in both sexes was the physical role, corresponding to 80.65% of affectation.

Conclusions : The quality of life status that predominated in the study was poor, at the time of specifying between male and female sex, a higher percentage was obtained in male population of 67.74%, the percentage of good quality of life was 50% and 50% for poor, while the female sex corresponds 32.26% of the total population studied, detailing the quality of life status is 20% good and poor 80%.

Key words: Quality of life. Chronic kidney disease. Hemodialysis.



Índice del Trabajo

AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO II	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	16
2.2 ETIOLOGÍA	17
2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	18
2.4 DIAGNÓSTICO	19
2.5 TRATAMIENTO	20
2.6 TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL	20
2.7 LA ERC Y LA ACTIVIDAD FÍSICA	21
2.8 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	22
2.9 CUESTIONARIO DE SALUD SHORT FORM 36 (SF-36)	23
CAPÍTULO III	26
OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
CAPÍTULO IV	27
4.1 TIPO DE ESTUDIO	27
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	27
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA	27
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	28
4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	28
4.5 VARIABLES	28
4.5.3 Matriz de operacionalización de variables	29
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	29



4.6.4 Procedimiento	29
4.8. ASPECTOS ÉTICOS	31
4.9. RECURSOS	32
4.9.1. RECURSOS HUMANOS:	32
4.9.2. RECURSOS MATERIALES	32
4.10 PLAN DE ACTIVIDADES	33
CAPITULO V	33
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	40
CAPÍTULO VII	42
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
CAPÍTULO VIII	44
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	44
CAPÍTULO IX	49
ANEXOS	49
ANEXO N°2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50
ANEXO N° 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
ANEXO N°4. PROTOCOLO DE INGRESO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS	57
ANEXO N°6. AUTORIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN	59
ANEXO N°7. CONSENTIMIENTO INFORMADO	61
ANEXO N°8: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	64
ANEXO N°9. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA	65



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Catherine Lizeth Gualotuña Chicaiza en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, LOJA 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 09 de abril del 2021

Catherine Lizeth Gualotuña Chicaiza

C.I: 210112821-9



Cláusula de Propiedad Intelectual

Catherine Lizeth Gualotuña Chicaiza, autora del proyecto de investigación "EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, LOJA 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 09 de abril de 2021

Catherine Lizeth Gualotuña Chicaiza

C.I: 210112821-9



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Natalia Betzabeth Guevara Palacios en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, LOJA 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 09 de abril del 2021

Natalia Betzabeth Guevara Palacios

C.I: 110410276-7



Cláusula de Propiedad Intelectual

Natalia Betzabeth Guevara Palacios, autora del proyecto de investigación "EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, LOJA 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 09 de abril de 2021

Natalia Betzabeth Guevara Palacios

C.I: 110410276-7



AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a Dios quien ha permitido con su voluntad y bendición la culminación de este proyecto, a nuestros padres por brindarnos el apoyo y la fortaleza durante nuestro camino académico, al Dr. Robert Salcedo Cuadrado, director del Hospital Isidro Ayora quien hizo posible realizar la presente investigación en esta prestigiosa institución, de igual forma al personal de la Unidad de Hemodiálisis, de manera especial al Dr. Ángel Medina quien de manera muy cordial nos consintió el acercamiento a la unidad y por último pero no menos importante a los pacientes de la unidad de hemodiálisis, quienes de forma desinteresada colaboraron con el desarrollo de esta investigación, de todo corazón gracias por permitirnos llegar a ustedes.



DEDICATORIA

Con todo el amor dedico este proyecto de investigación a mis padres que han sido la base fundamental de mi fortaleza en mi crecimiento, no solo académico sino personal, me han brindado su amor puro y su apoyo incondicional, sin importar la distancia. A mis hermanas por ser mi inspiración para salir adelante y seguir luchando por mis sueños.

De la misma manera se la dedico a mi gran amiga y compañera de tesis Natalia, que, durante los años de estudio, supo comprenderme y jamás dejar que me rinda. Por siempre estar en las buenas, en las malas y en todos lados.

Catherine Lizeth Gualotuña Chicaiza

El presente trabajo dedico con todo mi amor y gratitud a mis padres José y Marlene por darme la vida, por su amor y sacrificio, sus principios, valores y sobre todo por nunca haber soltado mi mano hasta alcanzar cada uno de mis propósitos personales y profesionales.

A mis hermanos Christian y María José por su compañía, complicidad, sus consejos y por traer al mundo a mis bellos sobrinos Gerónimo y Amelia que han traído una nueva luz de alegría.

Por ser esa amiga que la vida y Universidad me permitió conocer dedico a mi cómplice y consejera Catherine, por ser una persona muy valiosa en mi vida y Dios me permitió ser compañera de Tesis; y porque no que sigamos en las buenas, en las malas y en todos lados.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) constituye un problema de salud pública a nivel mundial. (1) El propósito de la presente investigación es la evaluación de la calidad de vida en pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis (HD).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como la valoración que realiza una persona acerca de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud, incluyendo grado de dependencia y autonomía durante la realización de actividades de la vida cotidiana: básicas e instrumentales. (2)

La CVRS se constituye en un concepto fundamental en la atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas, dado que sus indicadores señalan una estrecha relación con los índices de morbilidad y mortalidad de las personas que las padecen. (3,31)

La ERC y el tratamiento de sustitución generan diversas situaciones para el paciente, complicando aspectos relacionados con la salud. La evolución crónica de la enfermedad y las condiciones de tratamiento son factores potencialmente nocivos que generan limitación de locomoción, disminución de actividades físicas, dependencia, sentimiento de miedo e inseguridad, estrés, incluso aislamiento social. (3) Por cuanto, el analizar la calidad de vida es de gran importancia pues interfiere directamente en la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de salud. (3)

Consideramos conveniente en la investigación científica el estudio de la calidad de vida debido a que contribuye a un mejor entendimiento del impacto de la enfermedad, permitiendo complementar los procesos de rehabilitación renal con la participación del fisioterapeuta como promotor del movimiento corporal humano desde las áreas de prevención secundaria, terciaria y rehabilitación, con el propósito de brindar al paciente una mejor forma de sobrellevar su enfermedad y retardar la presencia de complicaciones músculo esqueléticas. (3,5,32)



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial la ERC tiene una prevalencia entre 12 y 17% en personas mayores de 20 años, afectando a 1 de cada 10 personas a nivel mundial, siendo una de las principales patologías no transmisibles con mayor crecimiento en los últimos años; en Estados Unidos el incremento de pacientes que ingresan al programa de diálisis es de 6% anual; mientras, en México la tasa anual de pacientes en este programa es de 154.6 por millón de habitantes.

En Ecuador, es un importante problema de salud pública por su alto impacto epidemiológico, siendo la cuarta causa de mortalidad general y quinta causa de mortalidad prematura. La ERC afecta aproximadamente el 11% de la población adulta, de la cual el 60 a 70% que se encuentra en estadio 5 son originados por diabetes e hipertensión arterial. De acuerdo con los datos de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología en 2017 existen 13.000 pacientes en terapia renal sustitutiva, de los cuales 12.000 se encuentran en hemodiálisis, esto añadido a un crecimiento anual en prevalencia de pacientes en tratamiento de diálisis del 8%. Como todos los procesos crónicos, genera un elevado gasto económico, sanitario, gubernamental, social y familiar condicionado por una alta tasa de morbilidad, y un importante consumo de recursos farmacológicos. (4,27)

La ERC y el tratamiento dialítico generan diversas situaciones para el paciente durante las sesiones como: calambres musculares, náuseas, vómito, hipotensión, dolor de cabeza, dolor de pecho; comprometiendo varios aspectos relacionados con la salud. La evolución de la enfermedad y las condiciones de tratamiento limitan a los pacientes convirtiéndose en factores agresores que desencadenan estrés, aislamiento social, limitaciones en la locomoción, disminución de las actividades físicas, dependencia, sentimiento de miedo e inseguridad en lo referente a su salud y bienestar. Por tanto, la calidad de vida es un factor de extrema importancia porque interfiere directamente en la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de salud. (4)

Existen datos de pacientes sometidos a HD que tienen bajos niveles de actividad física y datos de hospitalización que son directamente proporcionales al sedentarismo; tal es la repercusión que un paciente de 30 años sometido a HD tiene un menor grado de actividad física diaria que un individuo sano y sedentario de 70 años. El estilo de vida sedentario es una de las principales causas de baja capacidad física y un factor de riesgo dependiente de muerte en pacientes con ERC sometidos a HD. (23)



En un estudio realizado en Estados Unidos se demostró que existe una disminución en el estado funcional de los pacientes que iniciaron su tratamiento sustitutivo renal, 3 meses después del inicio de diálisis, el estado funcional se había mantenido en el 39% de los pacientes, pero a los 12 meses después del inicio del tratamiento, el estado funcional de pre-diálisis se había mantenido en solo 13% de la población de estudio y el 58% había muerto. (24)



1.3 JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad Renal Crónica es una enfermedad incurable, que por su condición desde sus estadios iniciales tiene un gran impacto sobre la CVRS, pues los tratamientos indicados, tanto farmacológicos como sustitutivos vienen acompañados de síntomas que repercuten en la vida diaria. (33)

La hemodiálisis al ser un tratamiento invasivo tiende a producir cambios importantes en la vida de los pacientes como: la reducción o eliminación de las actividades laborales, la ayuda de su familia para poder trasladarse a los sitios de tratamiento, la dependencia a la máquina de HD y al personal sanitario disminuyen la independencia y autonomía del individuo, de la misma manera modifica su vida en los ámbitos: físico, psicológico, social y económico, tanto para él como para su familia. (3)

Por lo tanto, esta investigación enfatiza la importancia de conocer la calidad de vida de los pacientes con ERC con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, permitiendo generar mayor conocimiento acerca del impacto que tiene la enfermedad sobre el paciente y los cambios que adquieren a lo largo del tratamiento recibido, permitiendo utilizar dicha información en un futuro para poder diseñar programas o protocolos fisioterapéuticos, mediante actividad física, ejercicios aeróbicos, entrenamiento de fuerza y resistencia muscular durante la HD aumenta el flujo sanguíneo a nivel muscular y del área de superficie capilar, lo que activa el flujo de la urea y toxinas desde tejidos hacia el compartimiento vascular, pudiendo mejorar la eficacia de la HD y calidad de vida de los pacientes. (23)

En un estudio realizado en Colombia se demostró que un programa adaptado de ejercicio físico de baja intensidad en el adulto mayor mejoró la fuerza muscular, la capacidad funcional, su salud mental, por tanto el paciente al estar activo y manteniendo su función física, puede sentirse productivo, al no tener que dejar su vida laboral o social de lado, optimizando su perspectiva de la participación en el trabajo o en otras actividades como autocuidado, caminar, subir gradas, viajar, etc., disminuyendo su sintomatología depresiva y/o ansiedad por la falta de actividad o por sentir dependencia de otras personas, reestableciendo su percepción de salud y calidad de vida. (3,25, 26)



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La mayoría de las personas saben que los riñones desempeñan funciones esenciales para la homeostasis en el organismo tales como: eliminar del cuerpo los materiales de desecho (urea, creatinina, fósforo) que se han ingerido o que ha producido el metabolismo. Por otra parte, se encarga de controlar el volumen y composición de los líquidos corporales, esta función reguladora de los riñones mantiene al ambiente interno estable necesario para que las células desempeñen sus diversas actividades. Los riñones realizan sus funciones más importantes filtrando el plasma y eliminando sustancias del filtrado con una intensidad variable, dependiendo de las necesidades del cuerpo. Finalmente, los riñones aclaran las sustancias no deseadas del filtrado (y por tanto del cuerpo) excretándolas a la orina mientras devuelven las sustancias necesarias de nuevo a la sangre. (8)

El riñón es susceptible de ser afectado por múltiples situaciones; una vez que se produce la lesión y se desarrolla la ERC la cual es irreversible y progresiva, se desencadenan distintos mecanismos que inducen deterioro progresivo de la función renal, con probabilidad de evolucionar a la pérdida funcional. Su progresión está ligada a la etiopatogenia de esta que se puede presentar tanto de carácter congénito y/o hereditario como adquiridas; enfermedades como la diabetes mellitus tipo II (DM2), la hipertensión arterial (HTA), el lupus eritematoso sistémico (LES) y la enfermedad renal poliquística son causantes de ERC. Si bien, no comparten un mismo origen, fisiopatológicamente comprometen a corto o a largo plazo la tasa de filtración glomerular (TFG). (13,29)

La gravedad de la enfermedad renal crónica se clasifica en 5 estadios en función del filtrado glomerular y presencia de proteinuria (Anexo N°1). El deterioro del filtrado glomerular es característica de los estadios 3-5, sin que sea necesaria la presencia de otros signos de lesión renal (en sedimento, pruebas de imagen e histología), la cual si se requiere en los estadios 1 y 2. (13)



2.2 ETIOLOGÍA

Es preciso distinguir entre procesos capaces de causar lesión renal con posterior evolución a ERC y procesos que actúan independiente de la enfermedad inicial y contribuyen a la progresión de la enfermedad. (11)

2.2.1 Procesos capaces de causar lesión renal.

Enfermedades renales primarias:

- Glomerulonefritis extracapilar:
tipos I, II y III.
- Nefropatías quísticas y displasias renales.
- Glomerulonefritis mesangioproliferativas.
- Nefropatías tubulointersticiales.
- Nefropatías por nefrotóxicos.
- Nefropatías heredofamiliares.

Enfermedades renales secundarias:

- Nefropatías vasculares.
- Síndrome hemolítico-urémico.
- Nefropatía isquémica.
- Vasculitis.
- Enfermedad renal ateroembólica.
- Sarcoidosis.
- Colagenosis.
- Disproteinemia



2.2.2. Procesos capaces de hacer progresar la enfermedad

- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Hipertensión intraglomerular.
- Infecciones sistémicas víricas o bacterianas.
- Niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad.
- Malnutrición.
- Hipercalcemia.
- Ferropenia.
- Proteinuria >1-2g/día.
- Dietas con alto contenido proteico y fósforo.
- Hiperuricemia. Factores genéticos.
- Obstrucción urinaria.
- Disminución del volumen extracelular. (11,13)

2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Un paciente no muestra síntomas urémicos cuando el filtrado glomerular es de 70-100% del normal, existiendo una mínima alteración de la función renal.

De acuerdo con la destrucción de nefronas, aumenta la diuresis, debido a que reduce la capacidad de concentración del riñón, apareciendo los primeros síntomas que son la poliuria y nicturia.

Un filtrado glomerular menos de 30ml/min conlleva a los síntomas del síndrome urémico: anorexia y astenia, cansancio, disminución de la agudeza mental, retención hidrosalina con edemas, parestesias e insomnio. (13)

Síntomas neuromusculares (calambres y fasciculaciones musculares, neuropatías sensoriales y motoras periféricas, hiperreflexia, convulsiones y síndrome de piernas inquietas) se presentan cuando el filtrado glomerular es menor a 15 ml/min.



Las alteraciones musculares son limitantes importantes de la capacidad funcional, se describe cambios a nivel morfológico (reducción de la sección transversal del músculo, cambios degenerativos), como a nivel metabólico (falta de fosforilación de creatina, alteración de la síntesis proteica y en el transporte de oxígeno al interior de la mitocondria), que explican la alta frecuencia de aparición de debilidad muscular, fatiga, disminución de la capacidad aeróbica, pérdida de equilibrio, mioclonus y calambres, limitando el rango articular y generando dolor, lo que es causa de disminución de actividad física y bienestar en general. (21)

La pericarditis, úlceras y hemorragias digestivas son comunes en la ERC avanzada, de igual manera más del 80% presentan hipertensión. (14)

En casi todos los pacientes se encuentran manifestaciones clínicas y bioquímicas particulares las cuales se congregan por aparatos y sistemas. (13)

Además de los signos y síntomas antes mencionados, el paciente presenta cambios no solo físicos sino también psicológicos y sociales, provocando cierta dependencia o discapacidad al necesitar asistencia o cuidados sanitarios, al sentir limitación en algunas actividades, el individuo tiende a adoptar trastornos emocionales y cambios en la calidad de vida percibida. (21)

2.4 DIAGNÓSTICO

“Una detección pertinente, temprana y un adecuado tratamiento podrían prevenir muchas complicaciones y, entre otras reducir la morbimortalidad cardiovascular derivada de la misma” (28).

El diagnóstico de la enfermedad renal crónica está fundamentado en los preceptos de la práctica de la medicina interna. Empezando por una exhaustiva historia clínica, recogiendo antecedentes personales, familiares, factores de riesgo, y dando importancia a los síntomas urinarios principalmente (nicturia, poliuria, polidipsia, disuria o hematuria). (12,13,14)

Al mismo tiempo es importante amplificar la investigación diagnóstica a través de exámenes complementarios tales como:

- Bioquímicos
 - Análisis de orina (Examen del sedimento urinario, proteinuria cuantitativa).



- Análisis de sangre (Electrolitos, creatinina, fosfato, calcio, hemograma completo, nitrógeno ureico)
- Estudios de imagen (ecografía, radiografía simple de abdomen, eco-Doppler, angiografía digital).
- En algunos casos, biopsia renal. (12,13,14)

2.5 TRATAMIENTO

Varios estudios han destacado una derivación temprana al nefrólogo, la cual mejora el manejo del paciente en la etapa de prediálisis y aporta beneficios en términos de morbilidad y mortalidad una vez que el paciente ha iniciado tratamiento renal sustitutivo. (13)

El plan de tratamiento dependerá del estadio de la enfermedad renal.

Es ineludible controlar los trastornos subyacentes y factores que contribuyen al cuadro.

- Para prevenir o ralentizar la progresión de la enfermedad:
 - Modificación de la dieta.
 - Control de la hipertensión arterial, hiperlipidemia e hiperglucemia.
- Tratamiento sintomático de complicaciones:
 - Trastornos cardiovasculares. (administración de diuréticos, control de anemia y posibles arritmias).
 - Trastorno del metabolismo de agua y sodio (restricción hídrica en situaciones especiales, acompañada de una dieta hiposódica).
 - Acidosis metabólica (controlar niveles de bicarbonato sódico en 223 mmol/L).
 - Prurito (se debe normalizar el nivel de calcio y fósforo en sangre).
 - Hiperuricemia (administración de alopurinol). (11)

2.6 TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

2.6.1 Diálisis

Es un procedimiento terapéutico que tiene como finalidad eliminar sustancias tóxicas en la sangre. Consiste en dos procedimientos: hemodiálisis y diálisis peritoneal. (11)

2.6.1.1. Hemodiálisis



Es un procedimiento depurativo, lento que se realiza a través de una máquina que lleva la sangre del paciente en pequeñas cantidades hacia el filtro dializador en donde se eliminan desechos y líquidos innecesarios, retornando la sangre al organismo a través de una vena canulada. Es el método más común para tratar la ERC. (11,15)

2.6.1.2. Diálisis Peritoneal

Técnica en la cual el paciente utiliza como filtro a la membrana peritoneal natural que se encarga de absorber desechos y líquidos de la sangre. Es un procedimiento que realiza el paciente en su domicilio, después de haber recibido las instrucciones necesarias. (11,15)

2.6.2. Trasplante Renal

Es un procedimiento rutinario y su aplicabilidad viene limitada por la disponibilidad de riñones en relación con la demanda creciente de pacientes que lo precisan, consiste en una cirugía donde cambian un riñón enfermo por uno sano. (22)

2.7 LA ERC Y LA ACTIVIDAD FÍSICA

La enfermedad renal crónica deteriora el funcionamiento renal, añadido de trastornos de órganos y sistemas que suele conducir al sedentarismo, perjudicando en mayor nivel la función muscular, que se agrava durante los tratamientos dialíticos.

La inactividad física al ser un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares asociadas a la ERC resulta perjudicial y agravante al deterioro de la función renal física, cardiovascular y calidad de vida de los pacientes.

Alto porcentaje de pacientes reciben tratamiento de hemodiálisis tres veces a la semana, con una duración de 4 horas por sesión. Se considera el tiempo de sesión un periodo de inactividad forzada, que, asociado a la edad, neuropatía, catabolismo proteico alterado entre otras alteraciones como anemia afecta las condiciones físicas de los pacientes ocasionando fatiga, pérdida de masa muscular, disminución de la capacidad cardiorrespiratoria, afectando directamente la capacidad funcional. (5,7)

Al presente la evidencia ha reconocido que los programas de actividad física prescritos y en niveles adecuados en los pacientes de tratamiento sustitutivo renal favorecen en la



capacidad funcional, la fuerza muscular, impacto de la pérdida de masa muscular además de reducir el riesgo cardiovascular. (5,15)

2.8 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

“La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se define como la evaluación que realiza el individuo respecto a su salud y su grado de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas lo cual incluye, entre otras, la función física, psicológica y social, la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional.” (16)

En la actualidad es de gran importancia estudiar la CVRS para poder proporcionar una atención integral a los pacientes con ERC. (17)

“Este concepto se basa en la percepción de la persona, del impacto que tiene la enfermedad o tratamiento en su capacidad para vivir una vida satisfactoria; es el espacio entre la expectativa y la experiencia de salud que vive el paciente, manifestando en la valoración que asigna a su bienestar físico, emocional, funcional, social y espiritual, luego del diagnóstico y tratamiento” (18)

2.8.1. DIMENSIONES DE LA CVRS

La CVRS hace referencia a la valoración que realiza una persona acerca de su condición de salud, de acuerdo con sus criterios propios del estado físico, emocional y social en un momento dado, por lo cual se convierte en un constructo subjetivo que contempla las siguientes dimensiones:

- **Funcionamiento físico:** Abarca aspectos relacionados con la salud y bienestar físico, la repercusión de la sintomatología clínica sobre la calidad de vida. Se pretende evaluar la incomodidad de la sintomatología en la vida diaria. Encierra preguntas típicas sobre fuerza muscular y capacidad de realizar actividades diarias.
- **Bienestar psicológico:** O dimensión mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo, vitalidad y competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o tratamiento.



- **Estado emocional:** Relacionada con la valoración de la depresión y ansiedad, que son los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico.
- **Dolor:** Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana.
- **Funcionamiento social:** Valora la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, aislamiento social debido a incapacidad física y alteraciones de desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.
- **Percepción general de la salud:** Estimación personal de la salud que incluye salud actual, perspectiva y resistencia a enfermar. Se correlaciona con las dimensiones anteriores. (18)

2.8.2. VALORACIÓN DE LAS MEDIDAS DE LA CVRS

Se han diseñado múltiples herramientas de evaluación subjetiva del estado de salud, comúnmente mediante cuestionarios genéricos o específicos de la enfermedad. Los cuestionarios genéricos proporcionan información valiosa al interpretar el estado funcional en el ámbito más amplio de la vida del paciente; entre ellos; World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100 y WHPQP-BREF), Medical Outcomes Study of Short Form (MOSSF-36). Por su parte, los instrumentos específicos se caracterizan por su sensibilidad clínica y se utilizan para la evaluación de síntomas, funciones o enfermedades específicas, en donde encontramos: instrumentos para personas con Parkinson (Quality of Life of Parkinson Disease Wuestionary PDQ-39), VIH/SIDA (MOSHIV), múltiples tipos de cáncer (PROCOLI), entre otras enfermedades clínicas. (18,19)

2.9 CUESTIONARIO DE SALUD SHORT FORM 36 (SF-36)

El cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud fue creado a principios de la década de 1990 en Estados Unidos para el estudio de resultados médicos. Es una escala genérica que provee un perfil del estado de salud de las personas, la cual puede ser aplicada tanto a personas diagnosticadas con alguna enfermedad como en la población en general.



La utilidad de este cuestionario es bastante amplia, debido a que ha brindado la posibilidad de comparar el nivel de afectación de diversas enfermedades, identificar los beneficios que proporcionan diferentes tratamientos de salud, y valorar el estado de salud de las personas.

La revisión de varios artículos en los que se usó el cuestionario SF-36 permite considerar que los niveles de confiabilidad obtenidos a través del coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach superan el valor mínimo recomendado para el uso de instrumentos de medición. En el caso del rol Físico, función Física y rol Emocional se alcanzan los mejores resultados de confiabilidad, superando el .90. Estos datos se confirman en la investigación realizada en 2010 por Martínez, Segura, Ocampo, Torres y Murillo, quienes encontraron un índice global de $\alpha=.93$. Por cada una de las dimensiones que mide el cuestionario se obtuvo una confiabilidad mayor a $\alpha=.70$, siendo la dimensión función social la más baja, con un valor de $\alpha=.74$ y la función Física obtuvo un índice muy alto de $\alpha=.92$.

En Colombia se llevó a cabo una investigación con pacientes post-infarto de cuatro unidades de cuidado intensivo, en el cual se obtuvieron valores de confiabilidad entre $\alpha=.74$ y $\alpha=.93$. Específicamente, la dimensión con mayor valor fue Rol Físico $\alpha=.93$, seguida del Rol Emocional $\alpha=.92$, en tanto la dimensión salud general fue la que alcanzó un coeficiente más bajo, con un valor de $\alpha=.74$. (30)

2.9.1. DIMENSIONES SF-36

Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones, las cuales abarcan los temas frecuentemente incluidos en las encuestas de salud más utilizadas:

- Función física (FF)
- Función social (FS)
- Rol físico (RF)
- Rol emocional (RE)
- Salud mental (SM)
- Vitalidad (VT)
- Dolor corporal (DC)
- Percepción de la salud general (SG)



Evalúa el Funcionamiento físico considerado como las limitaciones para realizar actividades físicas; el Funcionamiento Social entendido como las dificultades en la interacción social producto de problemas emocionales o físicos; el Dolor Corporal que mide la intensidad del dolor y el efecto que este tiene el desenvolvimiento cotidiano; el Desempeño Emocional que se refiere a las dificultades en actividades cotidianas por problemas emocionales y salud mental.

Además, mide la Vitalidad que hace referencia a la sensación de energía y vitalidad en contraste con sensaciones de cansancio, desánimo; el Desempeño Físico que se refiere a las dificultades en actividades cotidianas por problemas físicos; la Salud General que es la valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y las resistencias a enfermar; y para concluir, también mide la percepción del cambio de salud en el tiempo. (30)



CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica hemodializados en la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja, 2020.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la calidad de vida en las dimensiones física, psicológica y social de los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben terapia renal de reemplazo de hemodiálisis
- Correlacionar los resultados obtenidos a través de las dimensiones del cuestionario Short Form 36 con las variables edad, sexo y tiempo de diálisis.

CAPÍTULO IV

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de campo, descriptivo, transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se desarrollará en la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, ubicado en la ciudad de Loja, en la calle Juan José Samaniego y San Juan de Dios.

- Teléfono: (07) 257-0540
- Página web: <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-isidro-ayora/>

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo o población de estudio son los pacientes con ERC que acuden a la Unidad de hemodiálisis 69 pacientes, por lo que en la investigación serán tomados en cuenta todos ellos, excepto quienes se excluyan por efectos de los criterios expuestos a continuación.

Aplicamos la fórmula de universo finito, ya que conocemos la cantidad de pacientes que se encuentran en la unidad de hemodiálisis.

Se realiza un muestreo probabilístico porque cada unidad del universo tiene una probabilidad conocida de ser incluidas en la muestra (en este caso ERC y hemodiálisis)
Muestreo Aleatorio Simple.

N: 69

Z: 95% = 1,96

P: 50%

Q: 50%

D: 1%

$$n = \frac{N Z^2 p q}{d^2 (n-1) + Z a^2 p q}$$



$$n = \frac{69 * 1,96^2 * 0,5 * (1 - 0,5)}{0,01^2 (69 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * (1 - 0,5)}$$

n= 68,51

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de enfermedad renal crónica en estadio V, que se encuentren en tratamiento de hemodiálisis.
- Pacientes que se encuentren recibiendo terapia sustitutiva de hemodiálisis durante 3 meses o más.
- Pacientes que tengan previamente firmado el consentimiento informado.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con tratamiento temporal por eventos agudos.
- Pacientes en diálisis peritoneal.
- Pacientes con trasplante renal.
- Pacientes que no se encuentren en plena facultad de sus capacidades mentales.
- Pacientes que no deseen ser parte de la investigación.
- Pacientes oncológicos.

4.5 VARIABLES

4.5.1 Variables independientes

Tiempo de hemodiálisis

Comorbilidades.

4.5.2 Variables dependientes



Calidad de vida relacionada con la salud (debido a que lo que se quiere evaluar es la percepción de bienestar del paciente con referencia al tratamiento sustitutivo que se realizan en este caso hemodiálisis).

4.5.2 Variables intervinientes

Edad

Sexo

4.5.3 Matriz de operacionalización de variables

(Ver Anexo N°2)

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1 Método: Revisión bibliográfica y análisis de las fichas.

4.6.2 Técnicas: Entrevista estructurada.

4.6.3 Instrumentos: Aplicación de cuestionario Short Form 36. (Ver Anexo N°3)

4.6.4 Procedimiento

1. En primera instancia se realizó una amplia revisión bibliográfica física y digital.
2. Posterior a la aprobación del proyecto de investigación por la Universidad de Cuenca y por autoridades de la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, se procedió a seleccionar el universo con el que trabajó, a través de los criterios de inclusión y exclusión.
3. Seguido se procedió con los protocolos de ingreso a la Unidad de hemodiálisis, indispensables para el desarrollo de la intervención. (Ver Anexo N°4)
4. Para evitar aglomeración de pacientes la recolección de datos se realizó durante la sesión de hemodiálisis de cada paciente en el horario correspondiente.
5. Para la explicación y recolección de datos se trabajó por áreas de estudio para evitar perturbar la al personal de salud y poder llegar de manera clara a los pacientes. (Ver Anexo N°5).



6. Se explicó brevemente el objetivo del estudio y se preguntará a los pacientes su decisión de participar o no en la investigación.
7. Los pacientes que aceptaron verbalmente fueron nuestra población de estudio.
8. Las investigadoras colocaron gel antibacterial antes de realizar la entrega de los documentos correspondientes a los participantes.
9. Se procedió a entregar de forma individual y sanitizada el documento que comprende el consentimiento informado y cuestionario Short Form-36; además un esfero de uso personal e intransferible (los pacientes no deberán devolver el esferográfico).
10. Se otorgó tiempo necesario a cada paciente para que lea y firme el consentimiento informado; confirmando de esta manera su participación en el proyecto.
11. Las investigadoras explicaron el contenido del cuestionario para que los pacientes procedan a llenar el mismo.
12. Las dudas que se presentaron durante el desarrollo de la recolección de datos se fueron aclarando, manteniendo la distancia de seguridad.
13. Una vez que los pacientes concluyan el cuestionario, se recogieron los documentos en sobre de manila formato A4, para evitar la manipulación excesiva del instrumento de investigación.
14. La intervención con cada área de estudio tuvo un tiempo de 60 minutos.
15. Cada instrumento de investigación tuvo un periodo de reposo/cuarentena de 2 días antes de ser manipulado para realizar las tabulaciones correspondientes.
16. Se analizaron y representaron los resultados en tablas según las variables.

Autorización: para la realización de este proyecto de investigación, se envió un oficio dirigido al Dr. Robert Salcedo Cuadrado, director del Hospital Isidro Ayora. (Ver Anexo N°6)

Capacitación: las autoras se capacitaron para la aplicación del cuestionario Short Form 36, mediante revisión bibliográfica y asesoramiento del director de tesis.

Supervisión: El proyecto de investigación fue supervisado por parte del docente tutor de tesis.

4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el desarrollo del análisis de los datos obtenidos se utilizó el software IBM SPSS Statistics Base versión 22.0 idioma español.



Para la elaboración de los resultados estadísticos se operó el programa Microsoft Excel 2010 empleando tablas simples de frecuencia y porcentaje para datos cualitativos; además se ejecutaron tablas de doble entrada para relacionar las variables. Los gráficos que se utilizaron para la representación de los resultados serán de barras simples y gráficos de líneas para variables cuantitativas.

Se calculó medidas de tendencia central (media aritmética); medidas de variabilidad absoluta (rango) para la variable edad.

Para los determinantes de calidad de vida se calculó la media.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

El propósito del estudio consistió evaluar la Calidad de Vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica hemodializados de la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja, 2020

La participación de forma voluntaria, junto con la firma del consentimiento informado (Ver Anexo N.º 7), en el cual se indicó información clara y precisa del estudio, los objetivos, los beneficios y riesgos, indicaciones previas a la evaluación y la libertad de abandonar la investigación cuando lo desee, sin influir en las actividades académicas y de salud.

Los participantes no recibieron ninguna remuneración por formar parte del estudio, no existió ningún tipo de riesgo durante la investigación, pues se realizaron los protocolos antes mencionados para realizar la recolección de datos. Los pacientes que formaron parte del estudio se beneficiaron de conocer su calidad de vida para que posteriormente tomen medidas necesarias junto con el profesional a cargo y así mejorar su percepción de salud durante la enfermedad y el tratamiento.

La privacidad de los participantes se mantuvo mediante las medidas necesarias, como entrevistas individuales y confidencialidad de datos obtenidos para evitar la divulgación de datos a personal externo al proceso de investigación.

No se realizaron procedimientos ni evaluaciones invasivas que atenten contra la intimidad del paciente. A partir de estas aclaraciones, la presente investigación se acogió a estos principios, por lo que se consideró con riesgo mínimo para los participantes debido a que se obtuvo únicamente datos pertinentes del paciente tras la aplicación de la entrevista estructurada.



Los datos obtenidos se utilizaron únicamente para fines académicos de esta investigación.

Las autoras declararon no tener ningún conflicto de interés en la investigación y se garantizó el asesoramiento permanente del docente tutor de tesis.

4.9. RECURSOS

4.9.1. RECURSOS HUMANOS:

- **Directos:** Catherine Gualotuña y Natalia Guevara, egresadas de la Carrera de Terapia Física.
- **Indirectos:** Personal administrativo de la Unidad de Hemodiálisis del hospital Isidro Ayora, Mg. Rodrigo Guamaní docente de la Universidad de Cuenca.

4.9.2. RECURSOS MATERIALES

RUBRO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Mascarillas N95	4.50 dólares	9.00 dólares
Protector facial	6.00 dólares	12.00 dólares
Gel antibacterial	16.00 dólares	16.00 dólares
Esferos	030 dólares	20.00 dólares
Sobre manila	0.25 dólares	15.00 dólares
Hojas de papel A4	0.01 dólares	3.50 dólares
Impresión de consentimiento informado	0.20 dólares	16.00 dólares
Impresión de Cuestionario SF-36	0.40 dólares	32.00 dólares
Impresión de protocolo de investigación	4.00 dólares	16.00 dólares
Impresiones de tesis	30.00 dólares	60.00 dólares



TOTAL	216.00 dólares
--------------	----------------

4.10 PLAN DE ACTIVIDADES

(Ver Anexo N°8)

CAPITULO V

RESULTADOS

El trabajo de investigación se ejecutó en 62 pacientes hemodializados con enfermedad renal crónica pertenecientes a la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja, se aplicó el cuestionario Short Form 36 para determinar la calidad de vida.

TABLA N°1: Distribución de la población de estudio (n=62) en relación con el sexo, edad y tiempo de hemodiálisis de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020.

SEXO	Nº	%
Masculino	42	67,74
Femenino	20	32,26
TOTAL	62	100

CARACTERISTICAS	MAXIMO	MEDIA	MINIMO	DE
EDAD	82	59,84	45	9,24
TIEMPO DE HEMODIALISIS	15	4,94	1	3,37

EDAD	Nº	%
JOVEN (14-26)	0	0
ADULTO (27-59)	31	50
ADULTO MAYOR (+60)	31	50
Total	62	100

Fuente: Base de Datos
Elaborado por: Las autoras

Análisis: Según el estudio realizado, el mayor porcentaje de la población corresponde al sexo masculino 67,74% (n=42), mientras el sexo femenino tiene un 32,26% (n=20), entre 45 a 82 años, con una media 59,84 (DE=9,24), clasificándolos por etapas de la vida correspondiendo a adultos y adultos mayores con un porcentaje de 50% (n=31) respectivamente, durante la investigación tuvimos pacientes que han realizado su terapia sustitutiva durante 1 y 15 años, con una media de 4,94 (DE=3,37)

TABLA N° 2: Distribución de la población de estudio (n=62), según calidad de vida evaluado mediante el cuestionario Short Form 36, de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020.

CALIDAD DE VIDA	Nº	%
Bueno	25	40,32
Malo	37	59,68
Total	62	100

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	ESTADO	Nº	%
Componentes de Salud Física	BUENO	19	30,65
	MALO	43	69,35
FUNCIÓN FÍSICA	BUENO	34	54,84
	MALO	28	45,16
ROL FISICO	BUENO	12	19,35
	MALO	50	80,65
DOLOR CORPORAL	BUENO	39	62,90
	MALO	23	37,10
SALUD GENERAL	BUENO	23	37,10
	MALO	39	62,90
Componentes de Salud Mental	BUENO	29	46,77
	MALO	33	53,23
VITALIDAD	BUENO	34	54,84
	MALO	28	45,16
FUNCIÓN SOCIAL	BUENO	47	75,81
	MALO	15	24,19
ROL EMOCIONAL	BUENO	13	20,97
	MALO	49	79,03
SALUD MENTAL	BUENO	49	79,03
	MALO	13	20,97

Fuente: Base de Datos
Elaborado por: Las autoras

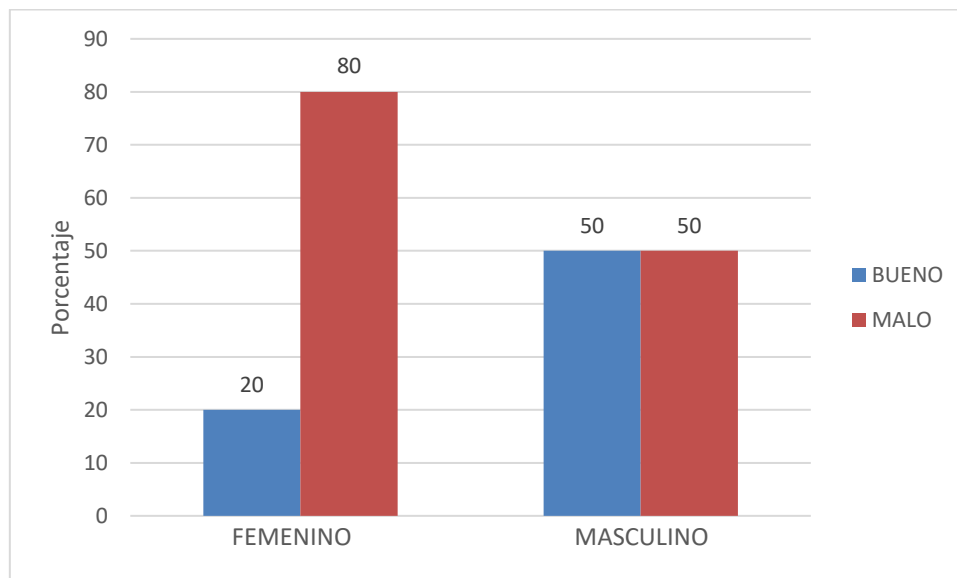
Análisis: Los resultados nos indicaron que la calidad de vida de los pacientes en estudio fue en su mayoría mala, correspondiendo a un 59,68% (n=37), dentro de los ítems de cuestionario Short Form 36, el más afectando en ambos sexos fue el rol físico 80,64% (n=50), mientras el ítem de salud mental se ve menos afectado en el estado de calidad de vida, ya que tiene como bueno un 79,03% (n=49) del total de la población.

TABLA N° 3: Distribución de relación de sexo con estado de calidad de vida en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020.

ESTADO	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
BUENO	4	20	21	50	25	40,32
MALO	16	80	21	50	37	59,68
Total	20	100	42	100	62	100

Fuente: Base de Datos
Elaborado por: Las autoras

Gráfico N°1: Distribución porcentual según sexo y calidad de vida de los pacientes hemodializados en la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020.



Fuente: Tabla N° 3
Elaborado por: Las autoras

Análisis: Al relacionar sexo con calidad de vida, se puede observar que los hombres (n=42) se encuentran en un porcentaje de 50-50 (n=21) con respecto a su estado de

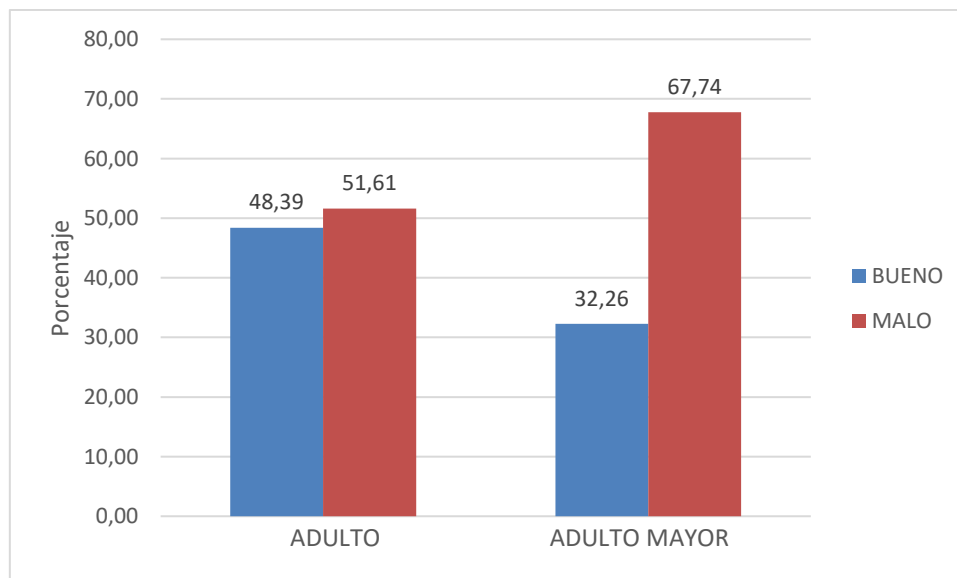
calidad de vida, mientras que en el sexo femenino (n=20) predomina la mala calidad de vida 80% (n=16).

TABLA N° 4: Distribución de relación de edad con estado de calidad de vida en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020.

ESTADO	EDAD					
	ADULTO		ADULTO MAYOR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENO	15	48,39	10	32,26	25	40,32
MALO	16	51,61	21	67,74	37	59,68
Total	31	100	31	100	62	100

Fuente: Base de Datos
Elaborado por: Las autoras

Gráfico N°2: Distribución porcentual según edad y calidad de vida de los pacientes hemodializados en la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020.



Fuente: Tabla N° 4
Elaborado por: Las autoras

Análisis: Con respecto a la edad, se obtuvo 50% (n=31) perteneciente al grupo adulto y el otro 50% (n=31) al grupo adulto mayor, en los dos grupos predominó la mala calidad de vida correspondiente a 51,61% (n=16) y 67,74% (n=21) respectivamente, sin embargo, dentro de los adultos mayores se puede apreciar una gran distancia entre calidad de vida, ya que la buena 32,26% (n=10) es mucho más baja que la del grupo de los adultos 48,39% (n=15).

TABLA N° 5: Distribución de relación de tiempo de hemodiálisis con estado de calidad de vida en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020.

TIEMPO DE HEMODIALISIS	Nº	%
1 a 5 AÑOS	42	67,74
6 a 10 AÑOS	16	25,81
MÁS DE 10	4	6,45
Total	62	100

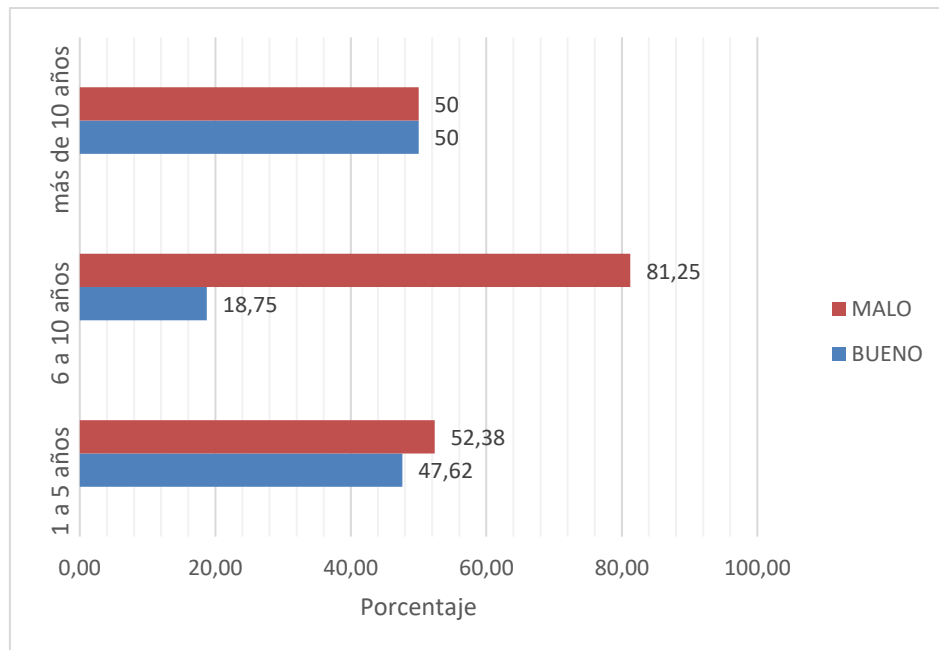
TIEMPO DE HEMODIALISIS

ESTADO	1 A 5 AÑOS		6 A 10 AÑOS		MAS DE 10		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENO	20	47,62	3	18,75	2	50	25	40,32
MALO	22	52,38	13	81,25	2	50	37	59,68
Total	42	100	16	100	4	100	62	100

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Las autoras

Gráfico N°3: Distribución porcentual según tiempo de hemodiálisis y calidad de vida de los pacientes hemodializados en la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020.



Fuente: Tabla N° 5
Elaborado por: Las autoras

Análisis: Con respecto al tiempo de diálisis se obtuvo que la mayoría de pacientes tiene un tiempo de diálisis entre 1 a 5 años que corresponde a 67,74% (n=42), dentro de los cuales el 52,38% (n=22) tiene una mala calidad de vida, los años entre 6 a 10 corresponde un 25,81% (n=16), de los cuales un 81,25% (n=13) poseen una mala calidad de vida y los pacientes que tienen un tratamiento mayor a 10 años, corresponden a un 6,45% (n=4), en este grupo la calidad de vida para bueno y malo corresponde a 50% respectivamente.

TABLA N° 6: Distribución de relación de comorbilidades con estado de calidad de vida en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020.

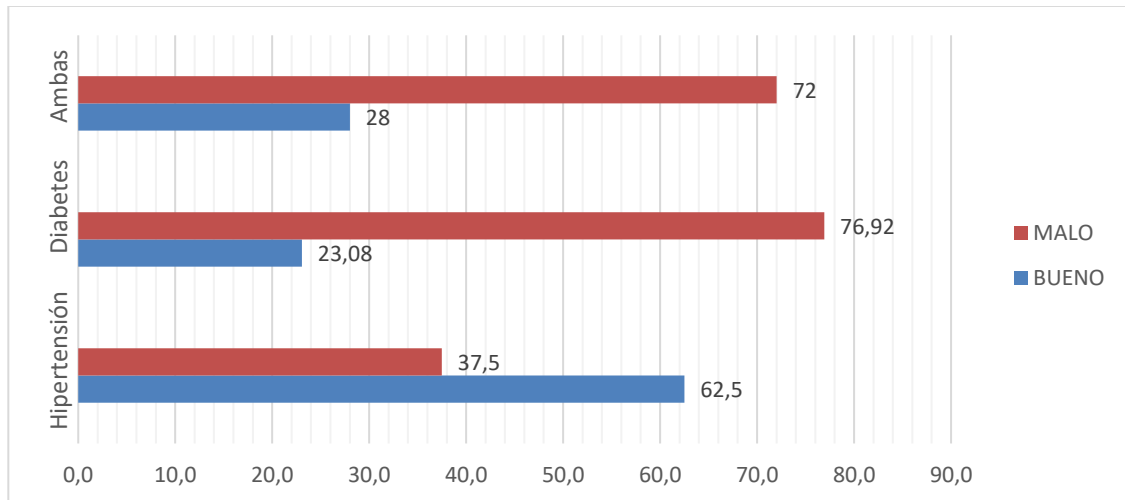
COMORBILIDADES	Nº	%
DIABETES	13	20,97
HIPERTENSIÓN	24	38,71
AMBAS	25	40,32
Total	62	100

ESTADO	HIPERTENSION		DIABETES		AMBAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENO	15	62,5	3	23,08	7	28	25	40,32
MALO	9	37,5	10	76,92	18	72	37	59,68

Total 24 100 13 100 25 100 62 100

Fuente: Base de Datos
Elaborado por: Las autoras

Gráfico N° 4: Distribución porcentual según comorbilidades y calidad de vida de los pacientes hemodializados en la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020.



Fuente: Tabla N° 6
Elaborado por: Las autoras

Análisis: La calidad de vida con relación a las comorbilidades se vio más afectada en personas que tenían diabetes, pues corresponde a un 76,92% (n=10) a pesar que el total de personas con dicha comorbilidad es bajo 20,97% (n=13), tiene una gran influencia con respecto a la calidad de vida, en los pacientes con hipertensión 38,71% (n=24) la calidad de vida es buena, obteniendo un 62,5% (n= 15) dentro de este grupo, los pacientes que presentaban ambas comorbilidades, fueron las que más asistían a la unidad de hemodiálisis obteniendo un 40,32% (n=25), de la misma manera la calidad de vida mala era la que más predominaba 72% (n=18).



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La enfermedad renal crónica al ser de carácter gradual e irreversible va generando complicaciones y perjuicios para los pacientes. Simultáneamente con el tratamiento dialítico desencadenan diversas situaciones como limitaciones en la locomoción, disminución de las actividades físicas, dependencia, aislamiento social, sentimiento de miedo e inseguridad con relación a la salud. (35)

De los resultados de la presente investigación se desprende que la mayoría de los pacientes presentan una mala calidad de vida 59.68%. De acuerdo con Candelaria et al. (2018) la ERC es por sus características una situación de impacto en la calidad de vida, ya que en estadios precoces se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria, y los tratamientos sustitutivos corrigen solo parcialmente la misma e



introducen cambios importantes en el estilo de vida; por lo cual en su estudio la mayoría de los participantes presentaron una calidad de vida muy baja. (38)

En esta investigación se obtuvo un predominio del sexo masculino en cuanto a pacientes con ERC, coincidiendo con hallazgos de Morais et al. (2016) Rivera et al. (2018) Pérez et al. (2015); contrariamente a los resultados obtenidos en el estudio conducido por Sánchez et al. Quienes al evaluar la calidad de vida a 67 pacientes en hemodiálisis obtuvieron que el 52% correspondieron al sexo femenino. Esta contrariedad en los estudios se puede presentar probablemente por el aspecto psicológico que determina esta condición. Con relación al género, se sustenta que no existe diferencia indicadora en la percepción de la calidad de vida entre hombre y mujeres en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. (39)

De acuerdo con los resultados el dominio más perjudicado en ambos sexos es el rol físico correspondiendo a un 80.65% de afectación, concordando con Morais et al. (2016) quien indica que las alteraciones en los hábitos físicos pueden estar relacionados principalmente con el factor fatiga y las señales de deterioro musculoesquelético y debilidades físicas derivadas de la acción de la hemodiálisis, lo que desencadena otros síntomas como sentimientos negativos, depresivos o irritativos (37), explicación reflejada en la afectación del rol emocional de los participantes en un 79.03%

En el estudio realizado por Pérez et al. (2015) La dimensión física está más afectada que la psicológica y social en la escala genérica (Short Form-36), esto se debería a que la persona con ERC en hemodiálisis vive un proceso de adaptación, ya que a medida que la enfermedad progresa, desarrolla ajustes internos y un proceso de adaptación psicológica que le permiten preservar la satisfacción con la vida, llegando incluso a aumentar la percepción de CVRS en estas dimensiones. Por otra parte, el tratamiento de los síntomas físicos actuaría tanto sobre la dimensión física como psicosocial, mejorando la percepción de la CVRS. (35)

En el presente estudio se encontró que el 40.32% de pacientes tienen DM e HTA, el 38.71% presenta solo HTA y el 20.97% DM. Estos resultados en similitud a la investigación realizada por Lorenzo et. al (2019) en la cual se trabajó con pacientes diabéticos y/o hipertensos en donde se destacó que 12 participantes con ERC presentaban simultáneamente DM e HTA; mencionando que la alta incidencia de estas afecciones asiste la lesión de órganos diana, entre ellos el riñón. Además, revela que algunos factores predisponentes pueden ser a la vez de susceptibilidad, iniciadores y de progresión; de ellos son potencialmente modificables: diabetes mellitus, obesidad



hipertensión arterial, tabaquismo y dislipidemia. La hipertensión constituye una de las causas que más inciden en la aparición de insuficiencia renal, siendo la nefropatía hipertensiva (complicación renal de la hipertensión) la segunda en el mundo. (40)(41)

La diabetes mellitus constituye un factor predisponente de deterioro renal que puede presentar durante su evolución algún grado de neuropatía; por ello a nivel mundial es la primera causa de inserción de enfermos en procedimientos de diálisis y trasplante. En la hiperfiltración y primeras fases de la nefropatía, la hiperglucemia por un mecanismo insulín dependiente actúa sobre el túbulo proximal renal y produce incremento en la reabsorción de sodio. Esta sobrecarga salina incrementa la presión arterial y puede revertir o mejorar este efecto con la restricción de sal. Por otra parte, la hiperglucemia crónica favorece el paso de agua libre de espacio intracelular y contribuye a una expansión de la volemia. (40)

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

En los 62 pacientes de la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora evaluados con el cuestionario Short Form 36, se presentó un estado de calidad de vida malo correspondiendo a un 59,68% (n=37), con un mayor deterioro en el rol físico evidenciando un 80,65% (n=50) mientras el rol emocional reflejó un 79,03% (n=49), datos que poseen poca diferencia entre sí, lo que nos deja relacionar la afinidad entre los dos aspectos, pues al verse afectado el aspecto físico como fatiga, deterioro musculoesquelético y debilidad física el paciente desencadenará sentimientos negativos, depresivos, anímicos que no favorecen a la calidad de vida en general.

Se reflejó también que existen más hombres con ERC que reciben tratamiento sustitutivo con 67,74% (n=42), dentro del cual el porcentaje de calidad de vida bueno fue un 50% y un 50% para malo, mientras el sexo femenino corresponde un 32,26%



(n=20) de la población total estudiada, detallando el estado de calidad de vida correspondiente a bueno un 20% (n=4) y malo un 80% (n=16). Las mujeres a pesar de formar un grupo pequeño dentro de este estudio son las más propensas a tener una mala calidad de vida.

Mientras mayor número de comorbilidades presente el paciente, mayor será la predominancia de un mal estado de calidad de vida, en el estudio se pudo observar que 40,33% (n=25) tienen hipertensión y diabetes, de los cuales el estado de calidad de vida malo es 72% (n=18), debido al deterioro por parte de la enfermedad, la terapia sustitutiva y añadido los síntomas de las comorbilidades, el daño va a ser mayor en el organismo.

Con el desarrollo del presente estudio se logró concluir que el estado de calidad de vida en pacientes hemodializados con ERC es mala, pues los efectos presentes durante el tratamiento sustitutivo, así como en la enfermedad misma, producen alteraciones tanto físicas como mentales en el paciente, provocando una mala calidad de vida al tener limitaciones que impiden desarrollar una participación dentro del ámbito familiar y social.

RECOMENDACIONES

Es así que al concluir la presente investigación, se considera por parte de las autoras la importancia de replicar este tipo de estudio en otros centros de hemodiálisis de la ciudad y región para así poder obtener una valoración global de los enfermos renales en estadio terminal y su calidad de vida, al mismo tiempo, fomentar la realización de nuevas investigaciones en el área renal para poder conocer detalladamente otros factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes, determinar problemas más comunes como complicaciones, comorbilidades entre otros, para trabajar conjuntamente con entidades gubernamentales y de salud del Ecuador; para mejorar las políticas públicas relacionadas con la ERC en los distintos niveles de salud con el objetivo de prevención, diagnóstico, manejo de la enfermedad y complicaciones.

De la misma manera impulsar la intervención fisioterapéutica en el área nefrológica, para mejorar los aspectos más afectados durante el estudio, ayudando a mejorar el



estado de calidad de vida del paciente, estableciendo un programa fisioterapéutico enfocado en actividad y ejercicio físico, antes, durante y después de la hemodiálisis.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope L, Graciani A, de la Cruz J, Santamaría R et al. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Nefrología* [Internet]. 2018 [cited 5 May 2019];38(6):606-615. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699518300754>
2. Perales Montilla C, Duschek S, Reyes del Paso G. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología* [Internet]. 2016 [cited 5 May 2019];36(3):275-282. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/es-calidad-vida-relacionada-con-salud-articulo-S0211699516000424>
3. Barros Higgins L, Herazo Beltrán Y, Aroca Martínez G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2015 [cited 5 May 2019];63(4):641-647. Available from: https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/49805/54036?fbclid=IwAR19tl_DhgOIDzxlzgLomlsha8PzoK57n6AfX6ohvgF7QAYD6V9WCMEf10



4. Costa G, Pinheiro M, Medeiros S, Costa R, Cossi M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global* [Internet]. 2016 [cited 29 May 2019];43:59-72. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/213891/193911>
5. Moreno Collazos J, Cruz Bermúdez H. Ejercicio físico y enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Revista de nefrología, diálisis y trasplante* [Internet]. 2015 [cited 3 July 2019];35(4):213-217. Available from: <https://vps-1321446-x.dattaweb.com/index.php/rndt/article/view/44/38>
6. Achiardi Rey R, Vargas J, Echeverri J, Moreno M, Quiroz G. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Revista Med* [Internet]. 2011 [cited 4 July 2019];19(2):226. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/med/v19n2/v19n2a09.pdf?fbclid=IwAR3tynoJ27hFzP1FFou-SKgzOXN_oyoRn-r08F3yVNT_taM4eZEE5dsW4
7. Fernández Lara M, Aguas Alveal E, González Tapia C, Quidequeo Reffers D. Beneficios del ejercicio físico en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2018 [cited 5 July 2019];21(2):167-181. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842018000200008
8. Hall J, Guyton A. *Tratado de fisiología médica*. 12th ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
9. Robles Y, Saavedra J, Mezzich J, Sanz Y, Padilla M, Mejía O. Índice de calidad de vida: validación de una muestra peruana. *Anales de Salud mental* [Internet]. 2010 [cited 11 July 2019];26(2):33-43. Available from: <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/75/56>
10. *La Enfermedad Renal Crónica* [Internet]. National Kidney Foundation. 2019 [cited 24 October 2019]. Available from: <https://www.kidney.org/es/kidneydisease/aboutckd>
11. 1. Gómez A, Arias E, Jiménez C. *Tratado de Geriatria para Residentes* [Internet]. 1st ed. Madrid: International Marketing y Comunicación S.A.; [cited 28 April 2020]. Available from: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/segg0022.dir/segg0022.pdf
12. *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y tratamiento de le Enfermedad renal crónica temprana* [Internet]. México D.F: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2009 [cited 24 October 2019]. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335_IMSS_09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/EyR_IMSS_335_09.pdf
13. Sellarés V. *Enfermedad renal crónica* [Internet]. 1st ed. 2017 [cited 25 October 2019]. Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
14. Malkina A. *Enfermedad renal crónica - Trastornos urogenitales - Manual MSD versión para profesionales* [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2019



[cited 25 October 2019]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-urogenitales/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica>

15. Hemodiálisis [Internet]. Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; [citado 2020Feb1]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/metodos-tratamiento-insuficiencia-renal-hemodialisis>

15. Pereira J, Boada L, Peñaranda D, Torrado Y. Diálisis y Hemodiálisis. Una revisión revisión actual según la evidencia [Internet]. 1st ed. Bogotá; 2020 [cited 5 February 2020]. Available from: http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15_2/articulo2.pdf

16. Perales Montilla C, Duschek S, Reyes del Paso G. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. Nefrología [Internet]. 2016 [cited 11 February 2020];36(3):275-282. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/es-calidad-vida-relacionada-con-salud-articulo-S0211699516000424>

17. Narbona E, Tejeda E, Herrera C, Montserrat S, Gascó N, Junyent E. Estudio comparativo del estado físico, mental y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en diálisis. Enfermería Nefrológica [Internet]. 2016 [cited 11 February 2020];19(1). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100004

18. Rivera F, Ceballos P, Vilchez V. Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: Conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. Index de Enfermería [Internet]. 2017 [cited 17 February 2020];26(1-2). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100013

19. Barros R, Bravo M, Gil J, Martínez I, García B, Tsakos G. Calidad de vida relacionada con la salud oral y general en pacientes tratados por cáncer oral en comparación con el grupo control. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2015 [cited 18 February 2020];13(9). Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12955-014-0201-5#citeas>

20. Cerda Díaz E, Rodríguez Bustos H, Leveke González F, Reyes Martínez S, Olivares Péndola G. Calidad de vida en conductores de taxis colectivos usando el cuestionario short form 36 Versión 2. Ciencia & trabajo [Internet]. 2015 [cited 21 February 2020];17(52):43-48. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-24492015000100009&script=sci_arttext

21. Albañil Frías T, Ramírez Moreno M, Crespo Montero R. Análisis de calidad de vida en pacientes en hemodiálisis ambulatoria y su relación con su nivel de dependencia. [Internet]. 2014 [cited 18 March 2020];17(3):167-174. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000300002



22. Martín P, Errasti P. Trasplante renal. [Internet]. 2006 [cited 18 March 2020];29(2):79-91. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s2/original7.pdf>
23. González I, Vega G. Fisioterapia Nefrológica: Mejora de la Calidad de Vida Mediante un Programa de Acondicionamiento Físico en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en la Unidad de Hemodiálisis en México. [Internet]. 2017 [cited 25 March 2020];13(24):405-415. Available from: <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2017.v13n24p405>
24. Kurella M, Covinsky KE, Chertow G, Yaffe K, Landefeld C, McCulloch C. Estado funcional de adultos mayores antes y después del inicio de la diálisis. [Internet]. 2009 [cited 25 March 2020];361(16):1539-1547. Available from: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0904655?articleTools=true>
25. Simo V, Jiménez A, Moreno F, Carneiro J, Fulquet M, Pou M, Saurina A, Duarte V, Tapia I, Ramirez de Arellano M. Beneficios del ejercicio físico de baja intensidad durante la sesión de hemodiálisis en el paciente anciano. [Internet]. 2015 [cited 25 March 2020];35(4):385-394. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699515000685?via%3Dihub>
26. Peña P, García J, Zagalaz ML, Jimeno R, Expósito A. El ejercicio físico en pacientes en insuficiencia renal crónica terminal y programa de hemodiálisis. [Internet]. 2009 [cited 25 March 2020];30(4):127-132. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-el-ejercicio-fisico-pacientes-insuficiencia-S1886284509726967>
27. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Guía de Práctica Clínica [Internet]. 1st ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP: 2018.; 2018 [cited 31 March 2020]. Available from: <https://www.derechoecuador.com/registro-oficial/2018/07/registro-oficial-no501-jueves-26-de-julio-de-2018-edicion-especial>
28. Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope L, Graciani A, de la Cruz J, Santamaría R et al. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. Nefrología [Internet]. 2018 [cited 21 April 2020];38(6):606-615. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699518300754>
29. Gárate-Campoverde M, Mena-De La Cruz R, Cañarte-Baque G, Sarmiento-Cabrera M, Delgado-Janumis D, Santana-Reyes M. Patología desencadenante en la enfermedad renal crónica. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2019 [cited 21 April 2020];5(1):218. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869936>
30. Araya Marín N, Barrantes Valverde K, Fernández Castro M, Rodríguez Rodríguez M, García Castro J. Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de San Ramón, Alajuela - Sede Occidente, Universidad de Costa Rica. InterSedes [Internet]. 2018 [cited 21 April 2020];18(38):70-73. Available from: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/is/v18n38/2215-2458-is-18-38-68.pdf>



31. Baile J, González M. Intervención psicológica en obesidad [Internet]. 1st ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2013 [cited 27 April 2020]. Available from: <https://edoc.pub/queue/baile-ayensa-amp-gonzalez-calderon-intervencion-psicologica-en-obesidadpdf-pdf-free.html>
32. Manual de urgencias cardiovasculares. 4th ed. México: McGraw-Hill; 2012.
33. Robollo Rubio A, Morales Asencio J, Pons Raventos E, Mancilla J. Revisión de estudio sobre calidad de vida relacionada con salud en enfermedad renal crónica avanzada en España. [Internet] 2015 [cited 27 April 2020]; 35(1):92-109. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952015000100012
34. OMS | Pasos para ponerse y quitarse el equipo de protección personal (EPP) - carteles [Internet]. Who.int. 2020 [cited 21 May 2020]. Available from: <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ppe-steps/es/>
35. Pérez Acuña C, Riquelme Hernández G, Scharager Goldenberg J, Armijo Rodríguez I. Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. Enfermería Nefrológica [Internet]. 2015 [cited 18 December 2020];18(2):89-96. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n2/original2.pdf>
36. Rivera-Vázquez P, Rojas W. Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Revista Enfermería Herediana. 2018;10(2):82.
37. Morais G, Gomes M, Maria S, Raniere de Oliviera R, Santos M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Enfermería Global [Internet]. 2016 [cited 18 December 2020];43. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/clinica3.pdf>
38. Candelaria J, Gutierrez C, Acosta C, Ruiz F, Labrador O, Guilarte W. Calidad de vida en adultos mayores con enfermedad renal crónica en el nivel primario de salud. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2018 [cited 19 December 2020];40(1):48-56. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79648>
39. Sanchez C, Rivadeneyra L, Aristil P. Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. Revista Archivo Médico de Camaguey [Internet]. 2016 [cited 19 December 2020];20(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300006&script=sci_arttext&lng=en
40. Lorenzo M, Ortega Gomez E, Ortega Hernández A, Ferreiro García L, Carballea Barrera M. Desarrollo de la enfermedad renal crónica en pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus. Univ Med Pinareña [Internet]. 2019 [cited 20 December 2020];15(1):13-20. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2019/ump191c.pdf>
41. Terazón O, Vinent M, Pouyou J. Determinación del grado de enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos. MEDISAN [Internet]. 2017 [cited 25 December



2020];21(1).

Available

from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100003

CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXO N°1. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL

SEGÚN LA TFG. NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (10)

<i>ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD RENAL</i>		
ESTADIOS	DESCRIPCIÓN	TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (TFG)



1	Daño renal (p. ej., proteínas en la orina) con TFG normal	≥ 90
2	Daño renal con leve disminución de la TFG	60 a 89
3	Disminución moderada de la TFG	30 a 59
4	Reducción severa de la TFG	15 a 29
5	Insuficiencia renal	<15 o D
<i>D: en programa de Diálisis</i>		

ANEXO N°2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Calidad de vida	Constructo, basado en la percepción de la persona, del impacto que tiene la enfermedad y/o tratamiento en su capacidad para vivir	-Función física -Dolor corporal -Salud general -Vitalidad -Función social -Rol físico -Rol emocional	Excelente Muy buena Buena Regular Mala	Cualitativa Ordinal



	una vida satisfactoria	-Salud mental		
Tiempo de diálisis	Tiempo transcurrido desde la primera sesión de hemodiálisis hasta la actualidad	-3 meses -4 meses a 1 año -1 a 5 años -5 a 10 años -Más de 10 años	Según el tiempo que lleve realizándose la diálisis, referido en la encuesta	Cuantitativa Continua
Comorbilidad	Presencia de una o más enfermedades o trastornos además de la enfermedad primaria	-Hipertensión arterial (HTA) -Diabetes Mellitus (DM) -HTA+DM -Enfermedad vascular periférica. -Enfermedad cerebrovascular	Según datos consignados en la historia clínica	Cualitativa Ordinal
Sexo	Condición biológica	Fenotipo	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio	Años transcurridos	Nº de años cumplidos	Cuantitativa Continua

ANEXO N° 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

CUESTIONARIO SHORT FORM -36



INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas. Tómese el tiempo necesario para analizar cada pregunta y marque con una X la casilla que mejor describa su respuesta.

FECHA:	
NOMBRE:	
SEXO:	
EDAD:	
ANTECEDENTES PERSONALES:	

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores			



b. <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.			
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.			
d. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.			
e. Subir un solo piso por la escalera.			
f. Agacharse o arrodillarse.			
g. Caminar <u>un kilómetro o más</u> .			
h. Caminar varios centenares de metros.			
i. Caminar unos 100 metros.			
j. Bañarse o vestirse por sí mismo.			

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo una vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?					
b. ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?					
c. ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?					
d. ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?					

5. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?



	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo una vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?					
b. ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?					
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos <u>cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?					

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

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

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo

8. 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)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

9. 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.
Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia...



	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo una vez	Nunca
a. ¿Se sintió lleno de vitalidad?					
b. ¿Estuvo muy nervioso?					
c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?					
d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?					
e. ¿Tuvo mucha energía?					
f. ¿Se sintió desanimado y deprimido?					
g. ¿Se sintió agotado?					
h. ¿Se sintió feliz?					
i. ¿Se sintió cansado?					

10. 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)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
b. Estoy tan sano como cualquiera					



c. Creo que mi salud va a empeorar					
d. Mi salud es excelente					

¡Gracias por su colaboración!



ANEXO N°4. PROTOCOLO DE INGRESO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

1. De acuerdo con las normas y protocolos establecidos por la Institución las investigadoras ingresarán a la unidad con el correspondiente uniforme antifluido, aséptico y deberán colocarse las botas desechables.
2. Evitar el uso de joyas o accesorios.
3. Higienizar las manos con agua y jabón al ingreso a la sala de hemodiálisis.
4. Las investigadoras procederán a la colocación del equipo de protección personal (EPP), el cual se realizará en el siguiente orden:

Mascarilla Facial. (Kn95)

Careta o gafas protectoras.

Equipo para cubrir cabeza y cuello (gorra quirúrgica o capucha)

1. Sanitización de las manos con gel antibacterial o alcohol antes y después de manipulación de objetos o superficies. (34)

ANEXO N°5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR ÁREAS





ANEXO N°6. AUTORIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Hospital General Isidro Ayora
Gerencia

Oficio Nro. MSP-CZ7-HG-HIAL-2020-0056-O

Loja, 19 de mayo de 2020

Asunto: RESPUESTA: Oficio Srta Catherine Gualotuña Chicaiza y Natalia Guevara Palacios solicitando autorización realizar proyecto de investigación.

Señorita
Catherine Lizeth Gualotuña Chicaiza

Señorita
Natalia Betzabeth Guevara Palacios
En su Despacho

De mi consideración:

Por medio del presente, en atención a Oficio de fecha 18 de Mayo de 2020 suscrito por ustedes en el que solicitan realizar proyecto de investigación de la tesis: "EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA HEMODIALIZADOS EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA-2020".

Con estos antecedentes autorizo la realización de la presente, favor coordinar con Dra. Janeth Carpio - Responsable de Docencia e Investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Robert Paul Salcedo Cuadrado
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

Referencias:
- MSP-CZ7-HIAL-UAU-2020-0406-E

Anexos:
- solicitud_dr_robert_salcedo.pdf

Copia:
Señor
Manro Manuel Robles Galan
Responsable de Atención al Usuario

Dirección: Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Código Postal: 110103 / Loja - Ecuador
Teléfono: 593-7-2570-540 ext.: 7204 - www.instituciones.msp.gov.ec/cz7/



* Documento firmado electrónicamente por Odepa

1/2



**Hospital General Isidro Ayora
Gerencia**

Oficio Nro. MSP-CZ7-HG-HIAL-2020-0056-O

Loja, 19 de mayo de 2020

Señora Doctora
Janeth Patricia Carpio Figueroa
Responsable de Docencia e Investigación

Señor Obstetra
Alfredo Isaías Vera Barzola
Director Médico Asistencial del Hospital Isidro Ayora



Firmado electrónicamente por:
**ROBERT PAUL
SALCEDO
CUADRADO**

Dirección: Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Código Postal: 110103 / Loja - Ecuador
Teléfono: 593-7-2570-540 ext.: 7204 – www.instituciones.msp.gob.ec/cz7/



* Documento firmado electrónicamente por Guipuz

24

**ANEXO N°7. CONSENTIMIENTO INFORMADO****UNIVERSIDAD DE CUENCA****FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS****CARRERA DE TERAPIA FÍSICA****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de investigación: Evaluación de calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica hemodializados en la unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador principal	Catherine Lizeth Gualotuña Chicaiza	2101128219	Universidad de Cuenca
Investigador principal	Natalia Betzabeth Guevara Palacios	1104102767	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en estudio que se realizará en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora. En este documento llamado "Consentimiento Informado" se explica las razones por las que se realiza este estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación.

También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, llévelo a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis generan cambios importantes cambios en el paciente como: calambres musculares, fatiga, debilidad



muscular, ansiedad, depresión entre otras, factores que afectan las actividades diarias de estas personas, alterando así la calidad de vida que consiste en la valoración de diversos dominios de la vida, considerando el impacto que estos tienen en la salud tanto física como mental. Desde el punto de vista fisioterapéutico con un análisis de calidad de vida, se puede realizar tratamientos de alta efectividad que ayudará a mejorar la perspectiva de bienestar general.

Objetivo del estudio

Evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad Renal crónica hemodializados en la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, mediante el cuestionario Short Form 36, con la finalidad de conocer el impacto del tratamiento de hemodiálisis a través de la experiencia de salud que vive el paciente; por consiguiente, se pretende que esta investigación sea la base para nuevos proyectos investigativos relacionados con la fisioterapia nefrológica.

Descripción de los procedimientos

El proceso para la recolección de datos se realizará bajo la supervisión del Magister Rodrigo Guamaní, Fisioterapeuta docente de la Universidad de Cuenca.

1. Se realizará la selección de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, acepten voluntariamente formar parte del estudio, lean y firmen el consentimiento informado.
2. Individualmente, se explicará en que consiste y la forma de responder el cuestionario Short Form 36.
3. Seguido, se realizará una entrevista individual para recoger información necesaria para el estudio como: edad, sexo, tiempo de diálisis.
4. Se aplicará el cuestionario SF-36.

Riesgos y beneficios

Los pacientes que consientan ser partícipes en el estudio no correrán riesgo de ninguna índole, al contrario, los beneficios serán de utilidad para guiarlos de mejor manera con un adecuado manejo fisioterapéutico durante su tratamiento sustitutivo, los datos obtenidos son totalmente confidenciales.

Otras opciones si no participa en el estudio

La participación en este estudio será libre y voluntaria, en caso de no acceder a participar en este estudio, no se verán afectados de ninguna manera y podrán realizar sus tratamientos de manera normal dentro de la institución.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

1. Recibir la información del estudio de forma clara;
2. Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;



3. Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
4. Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
5. Ser libre de renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
6. Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
7. Derecho de reclamar una indemnización en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
8. Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
9. El respeto de su anonimato (confidencialidad);
10. Que se respete su intimidad (privacidad);
11. Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
12. Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
13. Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material que se haya obtenido de usted, si procede;
14. Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afección de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
15. Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna duda sobre estudio, por favor comuníquese al siguiente teléfono 0992101443 que pertenece a Natalia Betzabeth Guevara Palacios; o envíe un correo electrónico a (nataliaguevarapalacios@gmail.com) o (cattyl25@hotmail.com)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Nombres completos del/la participante Firma del/la participante Fecha



Nombres completos del/la investigador/a	Firma del/la investigador/a	Fecha
---	-----------------------------	-------

ANEXO N°8: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES						
	1	2	3	4	5	6
1. Presentación y aprobación del tema	X					
2. Petición y asignación de tutor	X					
3. Elaboración protocolo		X				
4. Revisión final del protocolo y aprobación			X			
5. Diseño y prueba de instrumentos			X			
6. Recolección de datos				X		
7. Procesamiento, análisis e interpretación de datos.					X	
8. Informe final						X

Elaborado por: Las autoras

ANEXO N°9. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA CUEVA. LOJA



SALA DE HEMODIÁLISIS





PROTOCOLO DE INGRESO DE LOS PACIENTES A LA SALA DE HEMODIÁLISIS

1. LAVADO DEL BRAZO DONDE SE ENCUENTRA LA FÍSTULA

2. PESAJE ANTES DE LA DIÁLISIS



3. PESAJE DESPUÉS DE LA DIÁLISIS



RECOLECCIÓN DE DATOS







