

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HEMODIALISIS

Investigadores

**ANDREA CAROLINA PICHOTT TORRES
MARÍA MERCEDES RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ, ELÍAS BECHARA ZAINÚM
SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARTAGENA – BOLÍVAR
2018-I**

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HEMODIALISIS

Investigador(es)

ANDREA CAROLINA PICHOTT TORRES
MARÍA MERCEDES RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Monografía de grado presentada para optar el título de:
ENFERMERO

Asesores:

KEYDIS SULAY RUYDIAZ GÓMEZ
Asesor Metodológico

GUILLERMINA SALDARRIAGA GENES
Asesor Disciplinar

UNIVERSIDAD DEL SINÚ, ELÍAS BECHARA ZAINÚM
SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARTAGENA - BOLÍVAR
2018-I

NOTA DE PRESENTACIÓN

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

AGRADECIMIENTOS

Agradecidas con Dios la oportunidad de culminar nuestra carrera por la fuerza, sabiduría y discernimiento.

A nuestros familiares que sin su apoyo no hubiera sido posible alcanzar este triunfo.

A nuestras docentes que aportaron su granito de arena para que hoy día este trabajo sea una realidad.

A nuestros amigos y compañeros que compartieron nuestras risas y tristezas en un salón de clases.

De ante mano le doy gracias a Dios por bendecirme cada día de mi vida brindándome salud, sabiduría y los conocimientos adquiridos para lograr todos mis objetivos, propósitos y metas.

Gracias a mi hermosa familia por su constante apoyo y confianza que, sin duda alguna durante todo este trayecto, me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mis asesoras Guillermina Saldarriaga y Keydis Ruydiaz por aportar su granito de arena en este trabajo.

A mis compañeros y amigos de toda mi carrera.

Me siento inmensamente feliz, bendecida y agradecida.

Gracias a Dios Todo Poderoso.

María Mercedes Rodríguez Rodríguez

A Dios por la fortaleza que me daba a diario para continuar este camino, a mi familia por darme una carrera para mi futuro y creer en mis capacidades en la construcción de mi vida profesional, a mi amada tía Ignacia Pichott quien puso en mi todo su esfuerzo y dedicación para hacer esto posible y ha estado en todo momento brindándome su comprensión, amor y apoyo incondicional, a mi madre Marinela Torres gracias por estar siempre a mi lado, corrigiéndome y guiándome en este camino, a mi padre Iván Pichott por creer en mí y apoyarme siempre aun en momentos difíciles, por querer hacer de mí una mejor persona y tener siempre una palabra de aliento, a mi hermano Juan Miguel Pichott por ser mi luz, mi motivación y mi fuerza para salir adelante, a mis amigas por el apoyo en todo momento, por compartir momentos de alegría, tristeza, y por permitirme conocer más de la vida a su lado. Esto es posible gracias a todos ustedes.

ANDREA CAROLINA PICHOTT TORRES

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	8
1.1. DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO	11
1.2. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	20
1.2.1. Terapias sustitutivas para el paciente con enfermedad renal crónica.....	23
1.2.2. Hemodiálisis.....	23
1.2.3. Diálisis Peritoneal	24
1.3. TIPOS DE DIÁLISIS PERITONEAL.....	26
1.4. TRASPLANTE RENAL	27
2. CALIDAD DE VIDA	29
2.1. SIGNIFICADO DE LA CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON HEMODIÁLISIS	33
CONCLUSIONES	39

INTRODUCCIÓN

Esta monografía hace referencia al tema de calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, quienes presentan enfermedad renal crónica (ERC) definida como un proceso prolongado y generalmente lento en el que los riñones pierden su función de manera gradual, es posible que la persona pase por desapercibida esta enfermedad, ya que los primeros síntomas suelen ser sutiles. (1)

El riñón ejecuta una función muy importante la cual es filtrar o depurar todas aquellas sustancias nocivas “toxinas” que se encuentran en el torrente sanguíneo, este órgano vital realiza varias funciones para mantener la sangre limpia y químicamente equilibrada, entender cómo funcionan los riñones puede ayudar a una persona a mantenerlos sanos.

La prevención de enfermedades crónicas se fundamenta en la educación de la salud y el bienestar favoreciendo significativamente a la población en general, ya que, hay enfermedades que de alguna u otra manera se pueden evitar.

Por otra parte, los aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades renales crónicas surgen de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida. El cuidado y la supervivencia incluyen temas específicos que deben tratarse con éxito para lograr este objetivo.

A partir de las respuestas individuales del paciente, se genera información que se utilizará para contribuir a la satisfacción de las necesidades de estos pacientes y, por otra parte, les permite a los profesionales de enfermería considerar como abarcar las intervenciones necesarias.

El propósito fundamental de esta monografía es realizar una revisión bibliográfica de la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis. Es de suma importancia enfatizar que la calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual.

En el tema del padecimiento de una enfermedad crónica también se puede examinar y caracterizar teniendo en cuenta los aspectos sociodemográficos, tiempo en tratamiento y la presencia de otras patologías agregadas.

Se realiza una revisión de la literatura donde se revisan artículos relacionados desde el año 2000 hasta el año 2017, extraído desde las diferentes bases de datos (Pub meb, Medline, Lilacs)

Dentro de los tratamientos para iniciar terapia de reemplazo renal se encuentra la hemodiálisis, en la cual los pacientes se someten a múltiples estresores ya que muchas veces presentan características inherentes a esta terapia por la serie de alteraciones, limitaciones y efectos que genera en la calidad de vida, entre estas la afectación en la realización de actividades cotidianas sumado al alto costo muy significativo tanto para los pacientes, su familia y el sistema de salud, se debe asegurar no solo la supervivencia de estos si no también una buena calidad de vida y que los años de sobrevida sean percibidos como útiles, por lo cual nos centramos en el significado de calidad para definir como el propio paciente describe su situación de enfermedad.

Para los profesionales de la salud, y particularmente enfermería es indispensable tener claro todos los cambios en la calidad de vida que sufren los pacientes en terapia dialítica, la importancia del acompañamiento y fortalecimiento y sobre todo la trascendencia que tiene brindar servicios humanizados de calidad y oportunos

con el fin de disminuir las limitaciones que generan las enfermedades renales crónicas en los pacientes sin importar la edad ni estadio en el que se encuentren.

1. DESARROLLO

1.1. DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO

Poder evaluar la calidad de vida de los pacientes se ha convertido en una ayuda vital para el personal del área de la salud, ya que a través de ésta se pueden detectar fallas en la forma de proceder del personal médico que atiende al paciente, así como de la familia; además, se logra determinar si lo que se hace es suficiente o no, y así diseñar cada vez mejores métodos para ayudar al paciente.

Los dos aspectos fundamentales en la evaluación de la calidad de vida son: las variables independientes, como las emociones, la familia, el ambiente social y el lugar de residencia, entre otros, que pueden influir en la calidad de vida del paciente, y las variables dependientes, como las dimensiones física, emocional y social.

Así mismo, los principales grupos de estudio sobre enfermedades crónicas incluyen mediciones de la calidad de vida en sus estudios sobre protocolos de tratamiento. Es importante resaltar que la psico-oncología es, por ejemplo, una de las especialidades que más se ha preocupado por evaluar la calidad de vida de sus pacientes, ya que el objetivo último de los equipos multidisciplinarios de cuidados paliativos es proporcionarle bienestar o comodidad al paciente. Y bienestar, como ya se ha indicado, es un concepto eminentemente subjetivo (2)

Dicho de otra manera, los cuidados paliativos permiten prevenir y aliviar el sufrimiento, así como también brindar mejor calidad de vida posible a los pacientes que padecen de una grave enfermedad, la cual pone en peligro su salud, así como también se ve comprometida la salud mental o psicológica de las personas que conforman el hogar del paciente.

La Organización Mundial de la Salud define las enfermedades crónicas “como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica. (3)

(Barquin, 2002), considera que:

Los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etc., hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etc.; y aún más alarmante desde el punto de vista estadístico es que el mayor número de personas desarrollará algún tipo de incapacidad o enfermedad crónica que pueda llegar a ser causa de muerte. (4)

Teniendo en cuenta que, la mayoría de las enfermedades crónicas afecta aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen, una de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas; miedo, ira, ansiedad.

El siguiente aspecto trata de, la insuficiencia renal como una de las enfermedades más relevante en materia de salud pública, la cual se caracteriza por ser una patología no transmisible. Este padecimiento ha “Recibido una vigilancia especial por parte de los profesionales de salud en las últimas décadas. Por Ello se convierte

en un problema de salud global y una amenaza para la salud y el desarrollo humano. Entre ellas destaca la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que emerge actualmente como un grave problema de salud pública, debido al importante papel desempeñado en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad de la población mundial, así como a su impacto en la calidad de vida. (5)

Actualmente, la población adulta se ve afectada por enfermedades como la insuficiencia renal crónica, la cual, en su fase avanzada toma el carácter de enfermedad terminal afectando de manera significativa la calidad de vida de quien la padece. La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad de pronóstico reservado, con desenlace mortal a corto o mediano plazo; sin embargo, los tratamientos actuales como la hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal han mejorado la supervivencia de estos pacientes. (6)

Por otro lado, la insuficiencia renal es un tipo de enfermedad de tipo crónica, ya que puede tenerla cualquiera, indistintamente de su raza, credo, religión, sexo y extracto social. Así mismo, se puede decir que las personas pueden padecer de problemas renales desde el momento en que nace, al igual que aquellos individuos que adquieren la patología en algún momento dado. Estas dos características señaladas se ven relacionadas en primer lugar, a factores hereditarios y en segundo lugar al tipo de vida o mejor dicho a la forma de alimentación que recurre la persona.

Cabe destacar que, la insuficiencia renal crónica (IRC) se ha convertido en un problema de salud pública, con una tasa anual de crecimiento de 9% al 15% aproximadamente, asociada a un tratamiento de alto costo; la demanda ocasionada por el elevado número de pacientes afectados, ocupa en la actualidad, uno de los primeros lugares en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención. (7)

Este aumento creciente de la enfermedad renal terminal se atribuye en buena parte al envejecimiento poblacional y al consiguiente aumento de las enfermedades

crónicas no transmisibles, como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, consideradas las principales causas de la IRC.

Esta patología renal crónica es la forma más grave y devastadora de enfermedad relacionadas con los riñones como órgano vital en cargado en la purificación y depuración de sustancias tóxicas presentes en la sangre. Por lo tanto, puede llevar inexorablemente a la muerte del paciente si no se inicia un tratamiento oportuno y adecuado, es abordada por tres tratamientos que indiscutiblemente intervienen en la calidad de vida del paciente.

Como principales métodos para atender la insuficiencia renal crónica y que a su vez permite mejorar el estado de salud del paciente se encuentran los siguientes: la diálisis peritoneal, procedimiento que se lleva por medio de la membrana interna del peritoneo, la cual recubre la zona abdominal, se encarga de filtrar la sangre removiendo el exceso de agua, desechos y sustancias químicas. (8)

En contraste a la definición anterior, para Acosta, A., (9) define la hemodiálisis como “un tratamiento que se realiza a través de una máquina que se encarga de purificar y filtrar temporalmente la sangre”. Es importante decir que, para el paciente, el hecho de enfrentarse a este nuevo estilo de vida es muy difícil, ya que en ocasiones deben de dejar familia y amigos, ya que el tratamiento es la base fundamental para que el paciente pueda reincorporarse a su vida cotidiana poco a poco.

Y como otro método se encuentra el trasplante de riñón, el cual consiste en “un procedimiento de gran envergadura e involucra un cambio total del estado de salud y de la calidad de vida, es una transferencia de tejidos u órganos (riñón) desde un organismo donante a otro receptor”. (9) No obstante, gracias al uso de y a los avances de la tecnología los científicos e investigadores en búsqueda de los métodos eficaces para tratar de optimizar el estado de salud de los pacientes y a su vez, prolongar su tiempo de vida a pesar de padecer este tipo de insuficiencia renal.

En la actualidad, la hemodiálisis, es la terapia renal más utilizada y su funcionamiento se realiza mediante una máquina donde se realiza la filtración de la sangre fuera del cuerpo. Se realiza en un promedio de tres veces a la semana durante un período de tres a cuatro horas, dependiendo de las necesidades del paciente. Es de suma importancia conocer las complicaciones post-hospitalarias de este tipo de tratamiento en la que se encuentran reacciones adversas como : hipotensión, calambres musculares, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor de pecho, embolia pulmonar, y el riesgo de infecciones de acceso vascular. Son problemas comunes a largo plazo, la anemia, la desnutrición y las enfermedades cardiovasculares.

Indiscutiblemente la aparición de la enfermedad crónica en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento angustiante que en mayor o menor medida produce un impacto de vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio en el individuo y su familia.

En el caso de los enfermos crónicos se observa una pérdida importante en una de las variables que se considera esencial de calidad de vida; la calidad de vida depende de componentes psicológicos respecto a su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos de uno y otro. El enfermo crónico debe afrontar aspectos angustiantes demandantes y de desequilibrio de la enfermedad, para restablecer una mejor calidad de vida, es así como la calidad de vida pasa a ser producto de un proceso de adaptación funcional a la enfermedad y que está íntimamente relacionado con el trabajo de afrontamiento y adaptación que el enfermo lleva a cabo.

Adicionalmente, La Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de

la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Así mismo la calidad de vida está influenciada por la salud física y psicológica, las relaciones sociales, el nivel de independencia y la relación con el entorno de la persona (10). Así mismo la calidad de vida está influenciada por la salud física y psicológica, las relaciones sociales, el nivel de independencia y la relación con el entorno de la persona.

Continuamente, la calidad de vida (CV) ha sido estudiada recientemente como uno de los principales resultados de la terapia de remplazo renal en distintos grupos de personas y países, y como uno de los principales indicadores de salud y bienestar su estudio e interés se ha incrementado en los últimos años, de acuerdo al progresivo aumento de las personas con insuficiencia renal crónica y a la prolongación de los años de vida que presenten.

No obstante, habría que decir también, diferentes estudios coinciden en señalar que “los sujetos se dializaban entre 1 a 5 años presentaban una menor calidad de vida en comparación con aquellos que llevan menor tiempo sometidos a terapias, los hombres muestran mejor percepción de su calidad de vida, en particular a la función emocional y en los efectos de la enfermedad en las vida cotidiana” (11).

Del mismo modo, autores como Seguí y Ramos (12) manifiestan que “La calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica, es peor que en la población de referencia en todas sus dimensiones. Además, concluyeron que existe una cantidad disminuida en los pacientes en tratamiento de diálisis siendo esta calidad peor en los mayores de 65 años y portadores de catéter temporal”. En contraste con lo antes planteando por los diferentes autores, se puede sintetizar que desde el punto de vista emocional los pacientes se ven severamente afectados por lo brusco y lo rutinario que son estos tratamientos para atacar la insuficiencia renal crónica.

Dado que, el reciente interés sobre calidad de vida de los enfermos renales con tratamiento dialítico, se debe a que la insuficiencia renal crónica, afecta de manera global la vida de las personas que la padecen: donde se modifican las relaciones familiares, sociales, laborales, cambio del rol, y percepción de los sucesos o hechos, estas situaciones desencadenan trastornos afectivos como depresión, ansiedad y baja autoestima, que afectan no solo la adaptación de los pacientes al tratamiento sustitutivo de la función renal, sino también a la supervivencia, tanto del paciente como de la técnica.

En líneas generales, según McGue (13), define la enfermedad “como una limitación concreta del ser humano, pero que varía dependiendo de los valores personales, que están influenciados por las características del individuo y de su entorno”. Es decir, las personas, con sus antecedentes característicos, ven la enfermedad y la salud de diferentes maneras y, consecuentemente, existe una variabilidad de comportamientos en sus acciones hacia la salud. Las características individuales, como edad, género, origen étnico, antecedentes genéticos, nivel intelectual y motivación, valores éticos y socioculturales.

Las características antes mencionadas permiten calificar y categorizar al paciente en el proceso de aceptación de la enfermedad, como ya hemos hecho énfasis, el diagnóstico de una patología a un individuo dado resulta de suma complejidad en el proceso psicológico de recepción y superación personal.

En materia de salud existe una alta gama de profesionales capacitados que interviene de forma directa e indirecta en el proceso de evolución de la enfermedad, en este caso la insuficiencia renal crónica se caracteriza por ser una condición de salud la cual requiere un monitoreo exhaustivo en la recuperación de paciente. Es por ello, que este personal, de inmediatamente hacemos énfasis en la enfermería como profesión que vela constantemente por la salud de las personas en alguna institución médica, bien sea pública o privada.

La enfermería, como pilar fundamental en el tratamiento de pacientes sometidos a terapia de sustitución renal, resulta de suma relevancia comprender lo que las personas viven, sienten y significan en relación a su calidad de vida (14). El cuidado se dirige hacia la satisfacción de las necesidades de los seres humanos desde su perspectiva holística y comprensiva, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Conociendo estos aspectos se podría intervenir de forma más integral en el cuidado del paciente y su familia, de acuerdo a sus vivencias y necesidades.

Escuchar al paciente tener en cuenta su propio punto de vista, es un esfuerzo para fortalecer el compromiso del equipo de salud por mejorar el tratamiento, reforzando su confianza y su cooperación en la búsqueda de una mejora en su calidad de vida.

En este sentido, las complejidades de los problemas que genera la enfermedad crónica han estimulado la realización de estudios sobre la calidad de vida en esta población. Por lo tanto, la comprensión del significado de la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica es de fundamental importancia dado que esta genera consecuencias físicas, psicológicas y altera su vida cotidiana, lo que limita o interfiere con el papel que desempeña en la sociedad.

Las enfermedades crónicas degenerativas, en este caso la Insuficiencia Renal Crónica, realmente tienen un impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, el cual es notorio en el ciclo familiar y en la respuesta de afrontamiento que se tiene ante tal situación. Así mismo la diálisis, tratamiento al cual se somete el paciente, genera cambios tanto fisiológicos, emocionales, sociales y económicos los cuáles de no ser atendidos oportunamente desencadenan consecuencias desagradables para quién vive bajo esta situación.

El enfoque que buscamos con esta monografía de calidad de vida relacionada con la salud se dio debido al gran auge de la tecnología y los cambios que esta situación

obedece debido a los altos costos que generan los diferentes tratamientos que se derivan de esta enfermedad, además, del fuerte impacto económico que les genera y cambios en el estilo de vida además de la alta mortalidad que esta enfermedad ha generado en la población que la padece.

Por otra parte, el término de calidad de vida es muy reciente, aparece a principio de los años 70 y tiene una gran expansión y repercusión en la década de los 80, teóricamente este término proviene de la medicina para extenderse rápidamente en la sociología y la psicología. Resulta difícil encontrar alguna investigación que presente un concepto de calidad de vida ya que es más actual que histórico.

Desde otra perspectiva, es un concepto básicamente a la respuesta individual y social de la persona ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Es decir, aun que recoge los componentes del bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma.

Esta investigación va relacionada en el campo de la salud, debemos tener en cuenta que para una buena calidad de vida influyen factores demográficos como la edad, género, nivel socioeconómico, la religión, la espiritualidad, la cercanía de la vivienda al sitio de su tratamiento y el apoyo familiar.

Al pasar de los años se han dado cambios en el sistema de atención a los pacientes que impactan en la esperanza de vida, ahora se tiene mayor esperanza de vida con respecto a hace 10 años, pero debemos asegurarnos que los años más de vida que proporcionamos con el avance de la medicina y tecnología sean realmente de bienestar y salud para el paciente y su familia.

Estudios plantean que los riñones no son sólo los órganos diana de muchas enfermedades, sino que también sorprendentemente pueden agravar o iniciar

procesos fisiopatológicos sistémicos a través de sus complejas funciones y efectos en los sistemas del cuerpo que a su vez afectan la calidad de vida de quienes padecen la ERC, debido a que esto implica tener que vivir y asumir una serie de dificultades y restricciones de manera frecuente y habitual.

Las enfermedades crónicas degenerativas, en este caso la Insuficiencia Renal Crónica, realmente tienen un impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, el cual es notorio en el ciclo familiar y en la respuesta de afrontamiento que se tiene ante tal situación. Así mismo la diálisis, tratamiento al cual se somete el paciente, genera cambios tanto fisiológicos, emocionales, sociales y económicos los cuales de no ser atendidos oportunamente desencadenan consecuencias desagradables para quién vive bajo esta situación.

La calidad de vida en pacientes con terapia renal ha sido estudiada en muchos países, estudios reflejan una pobre calidad de vida con respecto a la población general de pacientes con enfermedad renal terminal.

1.2. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La ERC ha sido considerada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una patología de alto costo, debido a que esta genera un fuerte impacto económico sobre las finanzas del Sistema y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluida las repercusiones laborales (15).

En las últimas décadas se han incrementado los casos de Enfermedad Renal Crónica (ERC) a nivel mundial, esta situación obedece a diferentes cambios o antecedentes de enfermedades crónicas como el incremento de la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad, que son eventos en los que está asociada una elevada prevalencia de enfermedad renal.

De acuerdo a algunos autores y soportados en los reportes de la National Kidney Foundation, la enfermedad renal crónica se define como una lesión renal que evoluciona por más de tres meses, progresiva e irreversible, expresada por diferentes anormalidades estructurales o funcionales del riñón, con o sin disminución del filtrado glomerular; estas anormalidades pueden ser histopatológicas, imagenológicas o alteraciones de marcadores de daño renal sanguíneos, como la creatinina y urinarios como la proteinuria. La enfermedad renal crónica es ocasionada por un numeroso grupo de patologías que producen inicialmente un proceso inflamatorio y que luego progresa a fibrosis, con el consecuente daño renal irreversible.

La afectación o daño a nivel renal pueden ser determinados por marcadores directos como son las alteraciones histológicas en la biopsia renal o indirectos como la albuminuria o proteinuria elevadas, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones en pruebas de imagen independientemente del factor causal precipitante, su seguimiento y clasificación se basan en la creatinina sérica siendo este un producto de la degradación del metabolismo normal de los músculos el cual es eliminado a través de los riñones. (14)

En las últimas décadas según las guías KDIGO 2012 la albuminuria viene siendo utilizada y con una alta eficacia como factor clasificatorio que define pronóstico y manejo del paciente que cursa ERC.

De esta forma, a nivel mundial la ERC ha sido considerada como una enfermedad de alto costo que además se encuentra asociada a una serie de enfermedades crónicas que tienen un impacto negativo en el metabolismo del individuo, dentro de las principales enfermedades que se asocian al daño renal se encuentra la diabetes mellitus con mal control metabólico, la hipertensión arterial descompensada incluyendo las urgencias y emergencias hipertensivas y la glomerulonefritis.

En este mismo sentido la Enfermedad renal crónica es un padecimiento que evoluciona en diferentes estadios 1, 2 y 3 no se presentan síntomas clínicos, lo más importante en estos estadios iniciales es controlar las patologías precursoras es decir tener una presión arterial controlada, unas cifras de glucemia en metas, control metabólico y endocrino, vigilancia y tratamiento por especialista de las enfermedades autoinmunes, y un control por nefrología con paraclínicos de función renal periódicos.

En el estadio 4 la paciente continua asintomática y cuando se va acercando a una TFG de 15 mL/min/ 1.73m² se produce algunas manifestaciones clínicas tales como anemia, hipertensión acentuada, trastornos digestivos, circulatorios y neurológicos. Puede haber prurito, acidosis metabólica, alteraciones moderadas del metabolismo fósforo y calcio. Se conserva, no obstante, la excreción adecuada de potasio (17).

En dicho estadio además de la instauración del tratamiento se hace necesario es evaluar el pronóstico vital del paciente, su apoyo familiar, condición sociocultural, calidad de vida, estado cognitivo, entre otros, para evaluar con equipo multidisciplinario si es candidato para el inicio de diálisis o no.

Según De Francisco ALM, (18) plantea que “en el estadio 5 se encuentra complicaciones como la osteodistrofia renal, los trastornos endocrinos y dermatológicos sobreañadidos a las alteraciones previas”. Es conocido que los pacientes pertenecientes al estadio 5 no reciben una atención adecuada en estadios anteriores, y que en un alto porcentaje son remitidos tardíamente a los servicios de nefrología desde los centros de Atención Primaria y especializada. Entre los motivos destacan: edad avanzada, severa comorbilidad, ausencia de síntomas, factores económicos y un diagnóstico tardío”.

También, Preparar para la terapia de reemplazo renal, educar al paciente y familia sobre pronóstico, complicaciones, resolver dudas y acompañarlo en proceso de

selección de la opción de terapia que más le convenga, incluyendo cuidado paliativo.

Dentro de las diferentes terapias que actualmente se vienen utilizando a nivel mundial para el manejo de la ERC, encontramos la diálisis peritoneal, hemodiálisis, trasplante renal entre otros, sin embargo, siempre se ve afectada la calidad de vida del individuo que la padece.

1.2.1. Terapias sustitutivas para el paciente con enfermedad renal crónica.

Cuando el método de evaluación de una enfermedad no es el adecuado, muchos pacientes reciben tratamiento médico o farmacológico sin necesitarlo y son expuestos a los potenciales efectos adversos del mismo, con las respectivas implicaciones económicas para el sistema de salud que esto conlleva; a su vez, muchos pacientes con enfermedades progresivas y potencialmente fatales no serán tratados de la forma que requieren porque quedan mezclados en una población de enfermos heterogéneos o con diferentes características menos graves.

El profesional médico en el caso de las enfermedades crónicas incurables el objetivo del tratamiento es mejorar o preservar la función evitando así una muerte prematura. La Organización Mundial de la Salud fijo ese rol del médico en el año 2002.

Su objetivo primario no es prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida para el paciente y su familia. Deben, pues, cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Si es necesario, el apoyo debe extenderse al proceso de duelo. Medicina paliativa (MP) no es sinónimo de terminalidad, si bien la incluye (19).

1.2.2. Hemodiálisis. El mecanismo de la diálisis fue descrito en 1861 por Thomas Graham, un profesor de química en el University College de Londres, quien demostró el paso de solutos a través de una membrana semipermeable

obedeciendo a gradientes de concentración. Graham propuso el nombre de diálisis a este proceso fisicoquímico. El primero en aplicar este efecto a la extracción de solutos de la sangre fue John Jacob Abel (1857-1938), profesor de farmacología en la escuela de medicina Johns Hopkins, y sus colegas Leonard Rowntree y Bernard Turner.

Es importante resaltar que esta técnica de depuración de la sangre dura de 3 a 6 horas, y por lo general, se realiza 3 veces a la semana se lleva a cabo en un área para hospitalizados. Se puede entender que este procedimiento clínico es engorroso y muy agotador para el paciente el cual se ve afectada su calidad de vida desde el punto de vista psicológico.

1.2.3. Diálisis Peritoneal. Es un proceso mediante el cual el líquido de diálisis es instilado al espacio peritoneal por vía abdominal, mediante un catéter para DP introducido quirúrgicamente. La mayoría de los catéteres son de silicona. El líquido es posteriormente extraído, llevándose consigo las toxinas. Las clasificaciones más comunes son la DP crónica ambulatoria, DP cíclica continua y DP crónica intermitente.

Por su parte, la Foundation (24), señala que “Un mal funcionamiento renal puede producir:

- Náuseas
- Dificultades para dormir
- Falta de apetito
- Pérdida de energía
- Hipo, piel seca, picazón
- Pérdida de peso
- Períodos menstruales irregulares
- Calambres musculares, especialmente de noche

- Hinchazón
- Anemia (recuento bajo de células sanguíneas)
- Problemas respiratorios.

La membrana peritoneal fue usada mucho antes que el primer riñón artificial, cuando Georg Wegner realizó los primeros experimentos en animales en Berlín en 1877. Fue realmente el americano Tracy Putnam, también de la Johns Hopkins, y colega de John Abel, quien mejor estudió sus posibilidades en un soberbio artículo intitulado “El peritoneo como una membrana de diálisis”. Sin embargo, el primer informe de diálisis peritoneal como procedimiento terapéutico en el hombre fue dado a conocer por Georg Ganter en 1923 en Würtzburg (Alemania).

Finalizada la Segunda Guerra Mundial, en 1946 Jacob Fine, Howard Frank y Arnold Seligman publicaron, en Boston, el primer caso de recuperación de un paciente con insuficiencia renal aguda con la técnica de diálisis peritoneal. Asimismo, el primer caso de un paciente con insuficiencia renal crónica tratada con éxito mediante diálisis peritoneal intermitente se comunicaría en 1960 por Richard Ruben y Paul Doolan, recién descrita por Morton Maxwell su sencilla técnica del “frasco colgante” que facilitaba enormemente la realización de la diálisis peritoneal.

En los años siguientes se fue mejorando la técnica hasta que, finalmente, en 1981 se introdujo la diálisis peritoneal automatizada (DPA), que permite intercambios nocturnos mientras el paciente duerme y durante el día mantiene un prolongado intercambio diurno.

Los médicos especialistas en enfermedades del riñón, precisan este tratamiento porque los riñones de los pacientes ya no eliminan suficientes desechos de la sangre ni el exceso de líquido corporal. Si bien es posible que las personas con insuficiencia renal conserven parte de su función renal, ésta no resulta suficiente y acabará muriéndose si no recibe tratamiento.

Se caracteriza porque se coloca en el abdomen un catéter mediante un procedimiento de cirugía menor. Este permite que usted se conecte fácilmente a un tubo especial que posibilita el ingreso de dos a tres cuartos de líquido de lavado dentro del abdomen. Este líquido de lavado se denomina dializado. El dializado tarda aproximadamente 10 minutos en llenar el abdomen.

1.3. TIPOS DE DIÁLISIS PERITONEAL

Diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA). Con la DPCA, usted se encarga de realizar los intercambios tres o cuatro veces al día.

Diálisis peritoneal automatizada (DPA). Con la DPA, una máquina denominada cicladora realiza los intercambios automáticamente mientras usted duerme. Tal vez necesitará además un intercambio durante el día si su función renal continúa desmejorando.

Seguidamente, La cantidad de diálisis que necesita depende del nivel de su función renal. Su médico o el equipo de diálisis deben medir la función renal que le queda. Esto se determina mediante un análisis de sangre y una muestra de orina de 24 horas. Al mes de iniciar la diálisis y cada cuatro meses, es necesario verificar que la producción de orina sea estable.

No obstante, si la producción de orina disminuye, deberá analizarse cada dos meses la función renal que le queda. Si observa una caída en la producción diaria de orina, es importante que se lo informe a su médico.

Adicionalmente, se puede decir que, La diálisis es un salvavidas para los pacientes con insuficiencia renal terminal y en espera de un trasplante de riñón. Los pacientes que reciben tratamientos de diálisis tienen un mayor riesgo de infección. Es factible

reducir el riesgo de infección u otros eventos adversos mediante la aplicación de medidas de prevención y control.

La implementación de los procedimientos y un ambiente seguro, lo que incluye un buen suministro de agua potable, son factores críticos para eliminar o mitigar el riesgo de infección entre la población dializada. El paciente también juega un rol fundamental en la prevención de infecciones y debe recibir una educación adecuada para ejercerlo.

1.4. TRASPLANTE RENAL

La historia científica de los trasplantes empieza en el siglo XIX con muy diversos experimentos sobre implantes de tejidos, a los que siguieron, hasta mediados del siglo XX, repetidos fracasos en los primeros intentos de trasplante de riñones, procedentes tanto de donante fallecido como de donante vivo, en Francia y en Estados Unidos. Algunos de estos primeros trasplantes obtuvieron un cierto grado de función inicial, pero en ningún caso se logró mantener la función a medio plazo.

Dicho brevemente, en el año de 1950, un cirujano de Chicago, Richard Lawler, extrajo un riñón de un paciente que había muerto por una enfermedad hepática y lo trasplantó a una paciente de 44 años que padecía uremia por poliquistosis renal. Diez meses después, se produjo el rechazo. En 1951, en Francia, Charles Dubost y Marcel Servelle realizaron ocho trasplantes renales, cinco de ellos obtenidos de los cadáveres de asesinos ejecutados en la guillotina y René Küss, bajo la dirección de Jean Hamburger, llevó a cabo en el Hospital Necker de París tres de donantes vivos. Todos terminaron en rechazo.

El trasplante renal es la terapia con mayor número de elección por los pacientes dada a que esta mejora la calidad de vida y la supervivencia frente a la diálisis. El

trasplante renal de donante vivo es una excelente alternativa para el paciente joven en situación de pre diálisis porque ofrece mejores resultados.

A su vez, P. Martín (18) sostiene que, “El trasplante de riñón es en la actualidad un procedimiento electivo o semielectivo de rutina para pacientes a los que se les ha efectuado una preparación y evaluación preoperatoria cuidadosa”. Así mismo, El trasplante de riñón requiere un seguimiento cuidadoso inicialmente en UCI o Unidad de Trasplante y posteriormente en planta o consulta externa. Durante el seguimiento pueden surgir diversas complicaciones quirúrgicas o médicas, algunas precoces y otras tardías.

Hasta un 25-50% de los TR presentan disfunción inicial del injerto con oliguria o anuria sobre todo por necrosis tubular aguda. Se trata de una complicación más frecuente en pacientes de alto riesgo inmunológico y en los que reciben un injerto de donante añoso sobre todo si el trasplante se ha recibido en condiciones de hipotensión y si han tenido un tiempo de isquemia fría y de sutura prolongados.

El rechazo es la principal complicación tras el trasplante del órgano, una vez que estos pacientes son trasplantados reciben una alta dosis de medicamentos que permite que el organismo rechace el riñón donado. En contraste, El tratamiento inmunosupresor es necesario mientras dure la función del injerto y su objetivo es prevenir o controlar la respuesta inmune del receptor contra el órgano trasplantado para incrementar la supervivencia del injerto y del paciente y mejorar la calidad de vida.

El tratamiento debe ser de manera individual ya que existen múltiples combinaciones adaptables a las características clínicas y serológicas de cada paciente y a cada momento del curso evolutivo.

2. CALIDAD DE VIDA

Conocer el concepto de calidad de vida en un individuo en cierto contexto o situación determinada es muy difícil, a pesar de esto a través de indagaciones en estudios cualitativos se logró recoger información valiosa para emitir un juicio y a la vez percibir la calidad de vida y el bienestar de la persona, desde el punto de vista psicológico y físico.

Se revisión de varias fuentes bibliográficas en donde los autores daban su definición de calidad de vida con base a los distintos factores sociodemográficos. A continuación, se resaltarán las definiciones más relevantes en el tema de calidad de vida:

Para Vera, M. (19). Calidad de vida, la manifiesta como “para el adulto mayor tener paz, tranquilidad, mientras que para la familia es la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda e higiene. Por supuesto, que la paz le dará calidad de vida al adulto mayor”. Otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa.

Del mismo modo, Urzua, A. (20). Este autor en su trabajo de investigación no aporta una definición muy puntual sobre calidad de vida, hace énfasis en tres aspectos a lo largo de su literatura. Se puede decir que la literatura sobre CV concuerda fundamentalmente en tres cosas: (a) Es subjetiva, (b) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida. En este contexto es importante destacar la necesidad que plantean algunos autores de incorporar aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida.

Calidad de vida para, López, M. (21), Se caracteriza por “la existencia de un grupo control permite, además de conocer la frecuencia de determinados síntomas o procesos, saber qué parte de los mismos puede atribuirse a la circunstancia de cuidador. Correlacionar la presencia de sobrecarga con factores clínicos y asistenciales, siendo los más importantes la edad y la vulnerabilidad clínica del cuidador y el grado de deterioro funcional y cognitivo del paciente atendido”.

En los anteriores autores podemos analizar como toman diferentes factores, físicos, y sociodemográficos los cuales permiten fundamentar una definición genérica de que es calidad de vida de forma general, independientemente del campo que se esté indagando, es decir, desde el punto de vista social, psicológico o relacionado directamente con la salud.

Es importante resaltar otras definiciones a aproximaciones de calidad de vida. Es por ello, que Urzúa, A (20). Dice que calidad de vida “es una medida de la percepción del paciente sobre su nivel de bienestar permite comprender desde la perspectiva de los propios sujetos la evaluación sobre su propio estado de salud, permitiendo su emergente utilización, profundizar en el vasto campo de la dimensión subjetiva de la salud humana”.

Por otra parte, para (22). “La calidad de vida en el trabajo no se refiere únicamente a las condiciones físicas del lugar de trabajo ni tampoco a la subjetividad de un colectivo de trabajadores, sino que se define y se materializa en la relación dialéctica que el individuo mantiene con su ambiente de trabajo. Fruto de esta interacción el individuo construye y modifica su lugar de trabajo y es este carácter interactivo el que le permite desempeñar su rol como trabajador (que, por ende, afectará a su papel y estatus como agente social”.

Orozco (23). Define la calidad de vida en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales.

Por lo tanto, un modelo bio-psico-socio-ambiental y cultural podría permitir entender más coherentemente la enfermedad crónica multifactorial, ubicándola dentro de un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo, según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus diferentes componentes”. De manera que, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral.

González, U. (24), los estudios sobre calidad de vida permiten “abordar la causalidad de la salud y la enfermedad, al estudiar la calidad de las condiciones de vida en las que transcurre la vida cotidiana de las personas, y por tanto coadyuva a intervenir sobre el riesgo y el grado de vulnerabilidad ante las enfermedades, a partir de criterios técnicos, de la cultura específica y del grado de equilibrio de la personalidad del individuo”.

Seguidamente, se encontró con otra definición que fundamenta, que “la calidad de vida (autonomía, soporte social, salud mental, actividad física recreativa) difiere en lo que respecta al género. La depresión geriátrica presentó diferencias significativas en cuanto al género siendo superior en las mujeres”. Mora, M. (25)

Como se expresó anteriormente, el concepto de calidad de vida es muy heterogéneo para unificarlo en uno solo, también por su función multidisciplinaria en los distintos campos de la sociedad en general. “La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica,

sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales”. Bacigalupe, A. (26)

Vergarad, K. (27). Manifiesta que “Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas”. Se puede decir y ampliar que las personas tienen unas dotaciones iniciales que en la medida en que se logre potenciar sus capacidades en cuanto a la libertad de desempeños y de oportunidades.

“Representa una base estandarizada e internacional para una operación de la salud y el funcionamiento basada en los dominios de la salud y en los relacionados con ella. operacionaliza la salud desde una perspectiva más amplia que entiende al individuo como una entidad biológica y social”. Fernández, J. (28)

Molina, C. (29) La calidad de vida se basa con las siguientes características estudiadas. “En el cuidado familiar como sinónimo de obligación de hacer, o de actuar, ante diferentes circunstancias inesperadas que se presentaban en la cotidianidad de las personas, obligación que iba ligada a la moral o al sistema de creencias individual, familiar y social”.

Finalmente, se extrajo la siguiente caracterización de calidad de vida. “las familias monoparentales que en su mayoría tienen a la madre como cabeza de familia, al parecer, han aprendido a realizar adaptaciones apropiadas en el hogar de tal forma que la ausencia del otro padre no influye en su satisfacción con la calidad de vida.

Este fenómeno puede ser consecuencia de que el padre sólo siente que él puede equivaler a dos personas y el hecho de estar solo reporta ciertos beneficios como: alivio a conflictos maritales, incremento en la autoestima derivado de un manejo competente de los asuntos laborales y familiares, mayor autonomía e independencia, más oportunidades para incrementar su desarrollo personal y relaciones más íntimas con sus hijos”. Vinaccia, S. (30)

2.1. SIGNIFICADO DE LA CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON HEMODIÁLISIS

La enfermedad renal crónica (ERC) es considerada por sus características una situación de impacto en la calidad de vida de los pacientes con tratamientos farmacológicos y sustitutivos de diálisis, por cuanto, desde sus primeros estadios, se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria. Gamarra, reporta que en Colombia la frecuencia de personas en diálisis es de 450 pacientes por millón de habitantes, la cual se podría incrementar en los próximos 10 años a 800 pacientes por millón de habitantes; el autor resalta que el 64% del costo total atribuible a las enfermedades de alto costo se debe a la enfermedad renal crónica y al tratamiento dialítico (33).

La calidad de vida relacionada con la salud se constituye en un concepto fundamental en la atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas, dado que sus indicadores han mostrado una estrecha relación con los índices de morbilidad y mortalidad de las personas. En este orden de ideas, el objetivo del estudio es determinar la calidad de vida de los pacientes renales que son asistidos con hemodiálisis.

La calidad de vida para algunos pacientes manifiesta que “Es difícil adaptarse a una nueva forma de vida y aceptar lo que la terapia restringe, se sufre en un principio,

pero con el tiempo logran asumir el proceso y lo toman con tranquilidad, intentado seguir una vida normal”. (31).

Branco Ravagnani LM,et al, (32). “Las personas que padecen ERC y se someten a un tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, ven afectada su calidad de vida desde todas sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual, debido a los diversos cambios en sus estilos de vida, derivados de la patología, por lo tanto, también se pudo conocer las características sociodemográficas de los pacientes hemodializados, su capacidad funcional, su estado mental y la afectación de su calidad de vida en las diferentes dimensiones, con el fin de crear una cartilla educativa que oriente sus cuidados”.

De tal manera, que las características sociodemográficas de los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis fueron personas con predominancia del género masculino con edades entre 36 y 59 años, con un nivel de escolaridad en su gran mayoría de primaria incompleta, de estado civil casados, dedicados principalmente al hogar, de estrato socioeconómico bajo, procedentes tanto del área rural como de la urbana, quienes profesan la religión católica con un nivel alto de compromiso.

Sanchez Hernández CdR,et al,(33) “Una peor CVRS en los pacientes en HD con respecto a la población general, con bajas puntuaciones en todas las dimensiones del SF-36. , la dimensión rol físico es la más afectada, seguida de la función social y función física, respectivamente; y las menos afectadas son las dimensiones salud mental y rol emocional”. Es decir, esto es lógico, debido a elevada edad, comorbilidad y nivel de dependencia, que condiciona que los pacientes tengan dificultades en sus actividades diarias y limitaciones importantes en su vida social y laboral, de los que aún están en edad laboral.

Rodriguez k,et al,(34) “Es importante destacar que, incluso con tales alteraciones, la hemodiálisis es vista como un sinónimo de mantenimiento de la vida, ya que ejerce una de las funciones vitales que es el sistema de filtración de la sangre, sin la cual no serían eliminados los residuos tóxicos e inadecuados para el organismo. los pacientes con IRC en tratamiento hemodialítico tienen una calidad de vida regular”.

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 hábito de vida, es importante continuar y superar dificultades, objetivando una CV mejor, o sea, vivir bien, aunque la eliminación de las señales y de los síntomas sea improbable.

La calidad de vida para algunos pacientes se traduce, según (23) “Las características de la IRC terminal y del tratamiento con hemodiálisis, la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia de máquinas y personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares, en el aspecto físico y en la situación laboral entre otras, son razones que justifican que los pacientes en hemodiálisis presenten con frecuencia trastornos emocionales”. Es decir, presenta otras situaciones que favorecen la depresión como: más condiciones comórbidas, pérdidas de capacidades físicas, funcionales e intelectuales, pérdida de seres queridos, dificultades socioeconómicas, entre otras.

La calidad de vida que percibe el individuo está en función de diversos factores, lo que supera la presencia misma de la enfermedad crónica y su tratamiento, y de lo que dependerá, en cierta manera, el bienestar del paciente, así como la respuesta al tratamiento de sustitución renal. “Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal de la región de Puebla, bajo tratamiento de sustitución renal con hemodiálisis, presentan una calidad de vida media-baja, la edad, sexo y el tiempo

en tratamiento no presentan un factor estadístico significativo en relación con la calidad de vida”. (35).

El perfil sociodemográfico, junto a las características médico-clínicas y de laboratorio que presentan las personas en hemodiálisis en la Séptima Región de Chile son aspectos que contribuyen al bajo nivel de CV. “La mayor edad, la baja escolaridad, la alta ruralidad, los bajos ingresos económicos, el tiempo que llevan en hemodiálisis, así como las hospitalizaciones y la ausencia de trasplantes son algunos de los aspectos relacionados”. (35).

“La calidad de vida de los pacientes de diálisis se encuentra afectada con mayor repercusión en el grupo de los pacientes incidentes, se debe mejorar los aspectos nutricionales, hematológicos y acceso vascular en este grupo”. (36). Se encontró una disminución de la calidad de vida en los componentes físicos (PCS) y metales (MCS) de los pacientes de hemodiálisis en ambos grupos. En el modelo de regresión logística la incapacidad laboral ($p=0.05$), el uso de catéter ($p=0,000$), el bajo índice de masa corporal ($p=0.021$), la hipoalbuminemia ($p=0,033$) y la anemia ($p=0,001$) fueron factores determinantes en un 78,9% de baja calidad de vida de PCS en los pacientes incidentes con respecto a los prevalentes.

Mora M, et al,(23) , concluyó que la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física, excepto en lo que respecta a la depresión, la cual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se comprueba que la actividad física recreativa le permite obtener al adulto mayor resultados positivos entre más cantidad de veces y de tiempo por semana le dedique.

Capote Leyva, et al, encontró en el estudio realizado que las dimensiones con menores puntuaciones fueron la carga de la enfermedad renal, el estatus

laboral y la función sexual y las dimensiones con mayores puntuaciones fueron las específicas: relación con el personal de diálisis, función cognitiva y calidad de la relación social (37) y concluyó que los datos brindan la oportunidad de trabajar con los pacientes de manera directa.

Rodríguez M, et al, (38), manifiesta que “la CV de los ancianos en HD es inferior a la de la población general de igual sexo y edad y no se modificó con factores relacionados con la insuficiencia renal crónica terminal y su tratamiento”. La presencia de deterioro cognitivo o depresión tuvo una importante repercusión sobre el bienestar de nuestros pacientes, lo cual justificaría un abordaje diagnóstico y terapéutico más amplio en estos pacientes.

Seguidamente, la calidad de vida expresada en función de la salud contribuye al perfeccionamiento del proceder terapéutico, así como al establecimiento y la evaluación de diversos programas de salud y siendo conscientes de la importancia de conocer el modo en que perciben los pacientes con una enfermedad crónica bajo un tratamiento sustitutivo su CVRS, sobre todo para valorar el trabajo del personal médico y paramédico en función del paciente. (39).

Se observa que estas personas perciben que sus problemas de salud física o emocional no interfieren de manera importante en su vida social habitual, aspecto que constituye un recurso que puede ser potenciado a fin de favorecer otros aspectos de la calidad de vida que se relacionan con esta dimensión.

Dado que, los pacientes con adhesión al tratamiento por su parte, presentan medias superiores en dolor corporal (refieren menor dolor), función social, rol emocional, salud mental y componente mental. Por otra parte, la adhesión al tratamiento parece fortalecer la percepción de control que tiene el individuo sobre su enfermedad y tratamiento, lo que puede tener incidencia sobre los aspectos emocionales, en los que este grupo reporta mayores niveles, relacionados con puntuaciones más altas

en salud mental y en el componente mental en general, aspectos que podrían relacionarse a su vez con el menor dolor percibido en este grupo de pacientes, (40).

Es importante señalar, que la actividad física que pueden realizar estos pacientes siempre debe ser aconsejada en forma individual, tomando en cuenta factores como su situación clínica, edad, tipo de tratamiento depurador y las preferencias. La familia, considerada como red de apoyo social, constituye el pilar fundamental de apoyo al paciente con enfermedad crónica, afirmación sostenida por el 100% de los pacientes que tenían cobertura familiar.

CONCLUSIONES

El análisis de la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis mediante una revisión bibliográfica de múltiples fuentes las cuales permitieron afianzar el conocimiento del tema, lo que tiene gran relevancia para el profesional de enfermería, para aportar elementos a la atención del paciente y así contribuir a formular intervenciones que aporten en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis.

La evaluación psicosocial es importante, porque la terapia de sustitución renal hace al paciente social y emocionalmente vulnerable. Interrumpe su trabajo, sus actividades rutinarias y de esparcimiento; genera enojo, frustración, tensión y culpa por la dependencia del entorno; también altera la imagen corporal debido a la reducción de la energía física, los cambios o el cese de la función sexual, los cambios en la apariencia por las cirugías de acceso, la colocación de catéteres de diálisis, las marcas de pinchazos, la enfermedad ósea y otros factores de deterioro físico; debido a esto algunos pacientes reaccionan a estos sentimientos negándose a seguir el tratamiento o no colaborando con el equipo terapéutico.

La calidad de vida de un paciente con hemodiálisis es de suma importancia, por esto el paciente está siendo involucrado desde el inicio del tratamiento, esto permite que comprenda como son las características de las enfermedades renales crónicas y como esta lo afecta directamente, al entorno familiar, social y laboral.

El adulto mayor, específicamente las mujeres, la ERC las lleva a depresión, se ha comprobado que la actividad física mejora la calidad de vida dependiendo del número de días que la realice.

Crear conocimiento profesional para las personas que ejercen distintas funciones en el campo de la salud y establecer de manera autónoma un perfil que permita

comprender las necesidades de los pacientes e intervenir en el mejoramiento de la calidad de vida.

La estabilidad emocional, el apoyo familiar, el apoyo continuo del equipo terapéutico y la participación del paciente y su familia en la toma de decisiones, los programas que fomentan la independencia del paciente y la máxima recuperación posible son puntos importantes para mejorar la percepción de calidad de vida del paciente.

La adaptabilidad, la independencia, el autocontrol, la tolerancia a la frustración y el optimismo son los intereses necesarios fomentar disminuir la percepción de los problemas psicosociales.

REFERENCIAS

1. Rosas S. enfermedad renal cronica. Los Angeles;; 2016.
2. Becoña VyO. Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas Mexico : plaza y Valdez ; 2000.
3. Organizacion Mundial de la Salud. Calidad de Vida. In ; 2005.
4. Barquin M. la moderna salud publica. Salud. 2002;; p. 40.
5. Martins Marielza RI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005; 13(5).
6. Guerra M. Calidad de vida de las personas con hemodialis cronica. 2009.
7. Rodriguez M. Calidad de vida en pacientes nefropatas con terapias dialitica. CONAMED. 2008.
8. Valera L, Vasquez M, L B. Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. Nefrología. 2011.
9. Acosta C. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Revistacolombiana de medicina. 2008.
10. OMS. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Organizacion Mundial de la Salud. 2008.
11. Nunes CLA. Estudio de las dimensiones de calidad de vida en pacientes hemodializados. 2012.
12. Seggui Gomma A, Amador Peris P, Ramos Alcario AB. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. [Online]. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-13752010000300002.
13. McGue M. Nature-nurture and intelligence Madrid ; 1989.
15. De Francisco ALM OA. Epidemiologia de la enfermedad renal cronica en españa. Madrid.;; 2003.
16. P. Martín PE. Transplante renal. Madrid;; 2006.
17. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Revista de investigación UNMSM. 2007; 68(3).
18. Caqueo-Urizar AUM1&A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto; 2012.
19. Lopez AJDVOMJ. Guia clina de la insuficiencia renal en atencion primaria. ; 2001.

20. Torres S. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador. 2002; 2(1).
21. Caballero-Morales S, Trujillo-García JU, Welsh-Orozco U, Hernández-Cruz ST, Martínez Torres J. Calidad de vida en pacientes con hemodialis ,dialisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. Archivos de Medicina Familiar. 206 Septiembre-Diciembre; 8(3).
22. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. 2002.
23. Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud. 2004 Septiembre; 1(1).
24. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gaceta Sanitaria. 2008 Septiembre-octubre; 22(5).
25. Díaz Cárdenasa S, Vergarab A, Katherine , Ramos Martíneza K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. 2012.
26. Alegría-Fernández dR, Ruiz B, Basabe-Barañano N, Saracho-Rotaeché R. El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. Nefrología. 2013 Febrero; 33.
27. Giraldo Molina CI, Franco Agudelo GM. Calidad de vida de los cuidadores familiares. Aquichán. 2006 Junio-Diciembre; 6(1).
28. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Perspectivas en Psicología. 2005 mayo 25; 1(2): p. 129.
29. Herbias Herbias L, Aguirre Soto R, Hernán BF, Avilés Reinoso L. Significado de calidad de vida en pacientes con terapia de hemodialis: un estudio fenomenológico. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100005&lng=es.).
30. Jiménez YAC. Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis asistentes a una unidad renal en el sur occidente del departamento de Nariño en el periodo marzo-julio de 2014.. [Online].; 2016.
31. frias T, Ramirez M. Análisis de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis ambulatoria y su relación con el nivel de dependencia. Cordoba ;; 2014.
32. Branco Ravagnani LM, Micelli Domingos NA, De Oliveira Santos Miyazaki MC. Calidad de vida y estrategias de enfrentamiento en pacientes. 2007.
33. Sanchez Hernández CdR, Rivadeneyra-Espinoza L, Aristil Chery M. AMC. [Online].; 2016 [cited 2018 mayo 15. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300006&lng=es.9.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300006&lng=es.9)

34. Rodriguez k. Factores asociados a calidad de vida en pacientes de hemodiálisis incidentes y prevalentes. Cordoba;; 2013.
35. Rufino JM, García C, Vega N, Macía M, Hernández D, Rodríguez A, et al. Diálisis peritoneal actual comparada con hemodiálisis: análisis de supervivencia a medio plazo en pacientes incidentes en diálisis en la Comunidad Canaria en los últimos años. Nefrología (Madrid). 2011; 31(2).
36. Peixoto SV GIAFAAECM. Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis. Los angeles;; 2011.
37. Kusumota L. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en hemodiálisis. 2015.
38. RODRIGUEZ M, Castro M, Merino J. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENALES HEMODIALIZADOS. concepcion ;; 2005.
39. Henderson V. The nature of nursing Los Angeles ; 1955.
40. P.A. James SOLCCCDHH. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). ; 2014.