



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2007-2016,
CUENCA, ECUADOR**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORES: PAOLA PATRICIA PORTILLA MERINO C.I: 0105711907

JIMMY VINICIO PRECIADO VÁSQUEZ C.I: 0705016921

DIRECTOR: DR. FRANKLIN GEOVANY MORA BRAVO C.I: 0102439726

**CUENCA – ECUADOR
2017**



RESUMEN

Antecedentes: La ERC afecta tanto el estado de salud como el ámbito económico, emocional y social del paciente. El trasplante renal (TR) es el tratamiento de elección puesto que mejora significativamente la calidad de vida (CV). En el Ecuador solo el año 2016 se realizaron 139 trasplantes renales.

Objetivo: Determinar la calidad de vida de pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga 2007-2016, Cuenca, Ecuador.

Métodos y materiales. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Se utilizó el formulario SF-36 para determinar la CV, la encuesta de Estratificación Social del INEC y un cuestionario de recolección de datos sociodemográficos. El análisis fue realizado en Microsoft Office Excel y SPSS 19.0. Se reportan promedios y desviaciones estándar.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes con una edad promedio de $46,62 \pm 13,71$ años, de sexo masculino con 61 casos (68.5%), procedentes de zonas urbanas 62 (69.7%). Con >de 5 años de trasplante 46 pacientes (51.6%). Causa principal de ERC la nefroesclerosis en 32 casos (36%). El nivel socio económico medio típico en 43 personas (48,3%). CV en Salud Mental $75,10 \pm 1,94$. CV en Dolor Corporal $73,68 \pm 6,63$. CV en Rol Físico $58,99 \pm 3,24$ y CV en Salud General $58,43 \pm 3,45$.

Conclusión: La CV de la población de TR es muy buena, **la salud mental tiene una calidad de vida 75.1**. Los pacientes refieren sentirse ALGO MEJOR que el año anterior y esto en la mayoría de pacientes con >5 años de trasplante.

Palabras Claves: CALIDAD DE VIDA, TRASPLANTE RENAL, PACIENTE TRASPLANTADO, CUESTIONARIO SF-36.



ABSTRACT

Objective: Determine the quality of life of renal transplant patients treated at the José Carrasco Arteaga Hospital from 2007-2016 in Cuenca, Ecuador.

Background: CRF affects the health status just as much as the economic, emotional and social environment of the patient. Renal transplantation is the treatment of choice since it significantly improves the quality of life (CV). In Ecuador, 139 kidney transplants (TR) were performed in the year 2016 alone.

Methods and materials: A cross-sectional observational study was performed. The SF-36 form was used to determine CV, the Social Stratification Survey of the INEC and a questionnaire for sociodemographic data were applied. The analysis was performed in Microsoft Excel and SPSS 19.0. Averages and standard deviations are reported.

Results: Included were 89 patients with a mean age of 46.62 ± 13.71 years, 61 cases with male patients (68.5%), from urban areas 62 (69.7%). With > 5 years of transplantation, 46 patients (51.6%). Principal cause of CNS nephrosclerosis in 32 cases (36%). The average socioeconomic level in 43 people (48.3%). CV in Mental Health 75.10 ± 1.94 . CV in Body Pain 73.68 ± 6.63 . CV in Physical Role 58.99 ± 3.24 and CV in General Health 58.43 ± 3.45 .

Conclusion: The CV of the TR population is very good, mental health has a quality of life of 75.1. The patients reported feeling SOMEWHAT BETTER than the previous year and this in the majority of patients with > 5 years of TR.

Key Words: QUALITY OF LIFE, RENAL TRANSPLANTATION, TRANSPLANT PATIENT, SF-36 QUESTIONNAIRE



INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPÍTULO I.....	13
1.1 INTRODUCCIÓN.....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2 JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II.....	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1 CALIDAD DE VIDA.....	17
2.2 CUESTIONARIO SHORT FORM (SF-36)	19
2.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)	20
2.4 TRASPLANTE RENAL	23
2.5 ESTADO DEL ARTE	26
CAPÍTULO III.....	29
3. OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
CAPÍTULO IV	30
4. METODOLOGÍA.....	30
4.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO:	30
4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN:.....	30
4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO	30
4.4 MUESTRA	30
4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	31
4.6 VARIABLES.....	31
4.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE ESTUDIO.....	31
4.8 CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS	32
4.10 PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS	33
CAPITULO V	34



5. RESULTADOS	34
5.1. Análisis de las características y distribución de la muestra de pacientes trasplantados renales.	34
5.2. Análisis del nivel socioeconómico de los pacientes según la Encuesta de Estratificación Social del INEC.	37
5.3. Análisis de la calidad de vida de los pacientes posterior al trasplante renal, mediante el cuestionario SF-36.	38
CAPITULO VI	52
6. DISCUSIÓN	52
6.1 ESTUDIOS SIMILARES	53
6.2 IMPORTANCIA DE LOS HALLAZGOS	56
6.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	56
6.4 FUTURAS INVESTIGACIONES	57
CAPITULO VII	58
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA	58
7.1 CONCLUSIONES.....	58
7.2 RECOMENDACIONES.....	59
7.3 BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS	67
ANEXO N° 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	67
ANEXO N° 2 ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL INEC	68
ANEXO N° 3 CUESTIONARIO SF-36.....	72
ANEXO N° 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION	76
ANEXO N° 5 AUTORIZACIÓN	78
ANEXO N° 6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	79



Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Jimmy Vinicio Preciado Vásquez en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2007-2016, CUENCA, ECUADOR.”, 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, 19 de Junio del 2017

Jimmy Vinicio Preciado Vásquez

C.I: 0705016921



Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Karina Paola Ojeda Orellana en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2007-2016, CUENCA, ECUADOR.”, 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, 19 de Junio del 2017

Paola Patricia Portilla Merino

C.I: 0105711907



RESPONSABILIDAD

Yo, Jimmy Vinicio Preciado Vásquez, autor del proyecto de investigación “CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2007-2016, CUENCA, ECUADOR”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 19 de Junio del 2017

Jimmy Vinicio Preciado Vásquez

C.I: 0705016921



RESPONSABILIDAD

Yo, Paola Patricia Portilla Merino, autora del proyecto de investigación “CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2007-2016, CUENCA, ECUADOR”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 19 de Junio del 2017

A handwritten signature in blue ink, reading 'Paola Portilla', written over a horizontal line.

Paola Patricia Portilla Merino

C.I: 0105711907



DEDICATORIA

Es mi deseo dedicar este trabajo a mis padres queridos, Mario y Bertha, por el amor que me han dado y por su ejemplo. Han sido ellos quienes me motivaron a alcanzar mis metas, me enseñaron a trabajar por lo que quería y me apoyaron en mis adversidades.

A mis hermanas y mi hija, Amelia, que es mi tesoro, por haber confiado en mí y brindarme grandes alegrías.

A Dios y a mi padrino, el Padre Ángel (+), gran modelo a seguir, por ser quien nos permitió lograr lo que somos ahora como familia. Siempre estarás en nuestros corazones y oraciones.

Este proyecto no hubiera sido lo mismo no te hubiera tenido junto a mí, Jimmy. Te lo agradezco mucho, amor.

Paola Portilla



DEDICATORIA

“Donde quiera que el arte de la medicina es amado, también hay un amor a la humanidad”.

La presente investigación va dedicada a mis abuelos: María y Carlos, quienes han sido la piedra angular durante la formación de mi carrera y durante mi vida personal, todo lo que soy se los debo a ellos.

A mis Padres, Digna y Jimmy, que mediante su amor y consejos apoyaron la realización de mis objetivos personales y profesionales.

A mi tía Nelly, quien fue y es como una madre, siempre apoyandome en todo lo que he querido hacer.

Y, a mi novia y compañera de tesis, que juntos logramos culminar este estudio. Gracias amor por el inicio de un proyecto juntos.

Jimmy Preciado



AGRADECIMIENTO

Mediante la presente queremos agradecer a quienes han hecho posible la realización de este trabajo de investigación, así como a quienes nos han brindado las herramientas necesarias para nuestra formación académica y personal. En primer lugar a nuestro Director de tesis, el Dr. Franklin Mora Bravo por su apoyo y acompañamiento que hicieron posible la concepción de este trabajo de investigación.

A la institución: Hospital José Carrasco Arteaga por haber acogido nuestro proyecto en tan prestigiosa institución. A la Universidad de Cuenca, de la cual estamos orgullosos de formar parte, por encaminarnos y prepararnos para ejercer esta hermosa carrera como lo es la Medicina.

Los Autores.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN.

La calidad de vida (CV), representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida y un alto grado de bienestar. Dentro del concepto dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es conocida como *“la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores, intereses”* (1). Esta definición nace a raíz de los años 60, posterior a la Segunda Guerra Mundial tratando de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían o no buena vida o si se sentían financieramente seguras. Desde ese entonces hasta la fecha se ha ido modificando por diversos autores. Pese a esto aún no existe un concepto unificado, generando de esta manera confusión en las personas que tratan de definirla. Actualmente la calidad de vida incorpora tres ramas de las ciencias: Economía, Medicina y Ciencias Sociales (2,3).

En el área médica nace el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), siendo conveniente diferenciarlo de la calidad de vida (CV) ya que la primera se enfoca en el ámbito puramente médico, buscando evaluar la experiencia del paciente con los cuidados médicos o el impacto que tiene la enfermedad en su vida diaria. La medición tiene sus ventajas puesto que ha permitido describir las condiciones del estado de salud, los cambios en el funcionamiento del paciente, o establecer normas de referencia (4). De esta manera, el concepto de salud involucra la valoración de la calidad de vida en las diferentes especialidades.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) tienen un deterioro en su calidad de vida, afectando no solo el estado de salud sino también el ámbito emocional, económico y social de paciente (5). Su CV se ve perjudicada por los múltiples regímenes a los que están obligados a seguir, entre éstos podemos mencionar un estricto tratamiento que le obliga a modificar su vida social, las múltiples canulaciones dolorosas, una dieta rigurosa con restricción de líquidos, fatiga, astenia, ansiedad, depresión. En ciertos casos se ha observado el abandono familiar afligiendo notablemente al paciente lo que conlleva a la falta de colaboración con el tratamiento



y al rechazo de la terapia sustitutiva o pérdida de esperanza en la misma (5). Adicionalmente, el deterioro de la salud se encuentra relacionado directamente a los efectos de la IRC como son anemia, hiperparatiroidismo, aterosclerosis, osteopenia, inmunosupresión, insuficiencia cardíaca, entre otros factores (6).

La prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica terminal (ERCT) son mayores en personas de edad avanzada que en los jóvenes, en hombres más que en las mujeres, y en los afroamericanos e hispanos más que en las personas de raza blanca (6). La diabetes es la causa más frecuente de ERCT seguida por la hipertensión arterial y la glomerulonefritis (7). En América Latina, la prevalencia de enfermedad renal es de 650 pacientes por cada millón de habitantes, con un incremento anual del 10% (8).

El trasplante renal (TR) constituye actualmente el tratamiento de elección para aquellos que presentan ERCT, siendo considerada la modalidad terapéutica más efectiva en cuanto a supervivencia, menores complicaciones y mejor relación coste-beneficio (9).

Con el TR la calidad de vida mejora significativamente ya que esta evita las largas e incómodas horas en diálisis, a su vez disminuyen los riesgos cardiovasculares. Los pacientes trasplantados deben mantenerse en tratamiento con fármacos inmunosupresores luego de la operación para que el organismo no rechace el injerto. Posterior a su recuperación los pacientes pueden practicar cualquier actividad deportiva, realizar ejercicios físicos de moderada intensidad y mantener una dieta como la de cualquier otra persona siempre y cuando esta sea saludable y balanceada (10).

En Ecuador, hasta el año 2015 existió un total de 456 pacientes en la Lista de Espera Única de Trasplante Renal, 42 de ellos son de la ciudad de Cuenca (10).

Por otro lado, desde el año 2007 hasta el 2014 se han realizado 187 trasplantes renales con donante cadavérico, 6 de ellos fueron realizados en la ciudad de Cuenca en el año 2014. Mientras que el número de donantes vivos es de 21 en todo el Ecuador (13).



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida se ve afectada por enfermedades crónicas y terminales, ya que estas influyen en como las personas se desenvuelven en diversas áreas de la vida (11). La enfermedad renal crónica es una afección muy grave y compleja, de tratamiento costoso y prolongado; altera tanto la estabilidad económica del hogar con los constantes gastos en salud, así como la estabilidad emocional del individuo que frecuentemente está ligado a depresión (12). El trasplante renal continua siendo la opción terapéutica más exitosa para pacientes con ERCT, ya que permite un pronóstico clínico más favorable con disminución de la sintomatología y de posibles complicaciones, reducción de los gastos médicos que se tiene que afrontar en relación con la diálisis peritoneal y hemodiálisis permanente (según bibliografía revisada acerca de costo-beneficio) y además permite el mejoramiento de la calidad de vida del paciente al recuperar la función renal a través del órgano trasplantado (13) Dos meta-análisis que analizaron artículos cuyo tema de estudio era la CV de los enfermos renales distribuidos en dos grupos, pacientes que reciben terapia de reemplazo renal (TRR) frente a pacientes trasplantados, utilizando cuestionarios como el SF-36 y EUROQOL 5D, arrojaron la misma conclusión: la CVRS en pacientes con trasplante renal es mejor que aquellos que recibieron TRR, resultado independiente del cuestionario usado (14).

Cabe mencionar que dentro de las ventajas que presenta el trasplante, la supervivencia de los pacientes sometidos a este procedimiento es mayor que aquellos que se mantienen en lista de espera y en diálisis de mantenimiento (15).

Es necesario realizar estudios que permitan identificar como es la calidad de vida de las personas trasplantadas y cuáles son los factores involucrados, puesto que de esta manera se podría determinar los aspectos más afectados en su vida diaria y con ello, realizar intervenciones encaminadas a mejorarlos. A nivel local no se dispone de estudios que valoren la calidad de vida en pacientes trasplantados renales. Entonces se plantea la pregunta: ¿Cuál es la Calidad de Vida de pacientes trasplantados renales, en el Hospital José Carrasco Arteaga 2007-2016, Cuenca, Ecuador?



1.2 JUSTIFICACIÓN

La ERC es considerada como una enfermedad catastrófica, con una prevalencia e incidencia cada vez mayor. La cantidad de pacientes con este padecimiento que solicitan como tratamiento el trasplante renal, el número de hospitales de tercer nivel que brindan este servicio y las Reformas en la Constitución del Ecuador a favor de la donación de órganos convergen en un aumento de la población con patología renal trasplantada a nivel nacional, que según el INDOT (Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células) fue de 426 pacientes solo durante el periodo 2011-2014 (7).

Por tanto, constituye una investigación de gran interés el conocer datos certeros de nuestra población para entender la realidad que viven este grupo de pacientes y determinar las áreas en las cuales se pueden establecer nuevas estrategias encaminadas a mejorar su CV; además de realizar futuras comparaciones con respecto al mayor o menor beneficio de las distintas TRR. Se trata de una idea de investigación semi-nueva, sin embargo no se han realizado estudios similares en la ciudad y a pesar de encontrar datos en otros países de Latinoamérica, y a nivel nacional en Quito, estos no pueden ser extrapolados a nuestro medio.

Hemos considerado pertinente efectuar este estudio al considerarlo como factible en cuanto a su realización, al número aceptable de pacientes trasplantados, al tiempo razonable para la toma de los datos y el presupuesto a invertir en el mismo. También se ha tomado en cuenta que esta obra no interfiere con la integridad de las personas encuestadas, salud o tratamiento, y tiene como única finalidad la obtención de conocimiento bajo los principios de la Bioética.

Los resultados se van publicar en una revista indexada por ser de interés para la comunidad científica y serán puestos al alcance de la Dirección de Trasplantes del HJCA pudiendo ser utilizados por diversas instituciones relacionadas con el trasplante renal.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 CALIDAD DE VIDA

La OMS define la calidad de vida como la *“percepción del individuo sobre el lugar que ocupa en la vida, el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, todo ello en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones”* (16).

A partir de 1945, inicia la evolución y el desarrollo del concepto de calidad de vida. Al principio esta concepción se refería al cuidado de la salud del individuo, luego incorporó a su significado la preocupación por la salud pública e higiene, posteriormente se extendió al campo social, a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; siguió abarcando la capacidad de acceder a recursos económicos y finalmente el término se transformó en la aptitud para desenvolverse en la vida social y actividad cotidiana (17).

A principios de los años setenta, se propuso el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que se refiere a los aspectos de calidad específicos del estado de salud y los cuidados sanitarios por lo que se diferencia del concepto general de CV (17).

La CVRS tiene que ser entendida de manera multidimensional, está basada en la percepción subjetiva del paciente en la que también intervienen factores no relacionados con la clínica: la familia, las amistades, la religión, el trabajo, los ingresos económicos, la espiritualidad y otras circunstancias de la vida (17).

En relación con lo anterior, se planteó que los atributos más utilizados para evaluar CVRS son (18):

1. Estado funcional: capacidad para realizar tareas de la vida diaria con un grado de independencia y autonomía.



2. Funcionamiento psicológico: sensación de bienestar o malestar conectado con el convivir junto a un problema de salud, su diagnóstico, tratamiento o hacia la vida en general.
3. Funcionamiento social: presencia de problemas al realizar actividades sociales normales o al interpretar roles que le corresponde.
4. Síntomas asociados al problema de salud y efectos secundarios o colaterales del tratamiento.

2.1.1 UTILIDAD DE LA CVRS

Dada su capacidad para enfocarse en las necesidades percibidas por la población, la determinación la CVRS es una herramienta de alto valor en la planificación de políticas públicas de salud o de distribución de recursos (14).

Se sugiere que su utilización puede ser de gran ventaja en la práctica médica clínica, sobretodo en cuanto respecta a investigaciones de riesgo, eficacia y efectividad, y ha sido especialmente beneficiosa en describir la impresión que deja la enfermedad en la vida diaria de los pacientes renales y en la monitorización de la efectividad de los tratamientos (3).

Se conoce la relación tan cercana entre CVRS, morbilidad y mortalidad, apareciendo muchos indicadores comunes al estudiar estos tres parámetros. Por tanto, el mantenimiento de una CVRS óptima en pacientes sometidos a Terapia de Reemplazo Renal (TRR) es fundamental para la comparación y toma de decisiones en cuanto al tratamiento de ERCT (19).

2.1.2 TIPOS DE INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

Los instrumentos que sirven para medir de la CVRS son numerosos, valoran diferentes aspectos de la salud a través de preguntas divididas en varias secciones. Estos se clasifican en instrumentos genéricos e inespecíficos (14).

Los instrumentos específicos contienen propiedades de la CVRS de una patología definida para evaluarla. Por lo tanto, no permite realizar comparaciones entre dos o más enfermedades. Los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con



un tipo de enfermedad en particular, lo que permite que sean aplicables a la población general sin importar que estos formen o no parte de un grupo establecido. Dentro de los instrumentos genéricos uno de los más utilizados es el SF-36 (20).

2.2 CUESTIONARIO SHORT FORM (SF-36)

Se trata de un cuestionario desarrollado en Estados Unidos por el Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) a partir de los años noventa. En el principio era de utilidad para valorar los cambios en la CVRS con respecto al año previo y no requería de cálculo para su interpretación (20).

Actualmente, se cuenta con el SF 36 versión 2 que mide aspectos de la CV de la población >14 años. Se ha desarrollado un sistema de calificación de 0 a 100, entre más alto la puntuación mejor CVRS. Está conformado por 36 ítems agrupados dentro de las 8 dimensiones del estado de salud, que son (21):

- Función Física: valora el grado de limitación las actividades físicas.
- Rol Físico: mide el grado de interferencia de las restricciones físicas en el campo laboral y social, y está relacionado con un rendimiento menor.
- Dolor Corporal: referente a su intensidad e influencia del dolor en el trabajo y en otras actividades diarias.
- Salud General: el estado de salud personal, las perspectivas para el futuro y la capacidad de permanecer sano o de enfermar.
- Vitalidad: sentimiento de energía en contrariedad con la sensación de cansancio y agotamiento.
- Función Social: cuando los problemas de salud intervienen en como el paciente se desenvuelve en el aspecto social.
- Rol Emocional: como los problemas emocionales se involucran en el ámbito laboral u otras actividades de su vida diarias, con reducción de la atención prestada a lo que se realiza.
- Salud Mental: incluye tanto la depresión, la ansiedad y el control emocional.

El SF-36 ha demostrado en estudios españoles aportar validez y sensibilidad. Los investigadores constantemente están buscando reducir el número de preguntas con



la consiguiente disminución del tiempo de realización del cuestionario, por lo que nuevas versiones han ido apareciendo, como el SF-12 y el SF-8 (22).

2.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

Es el conjunto de alteraciones clínicas que empeoran progresivamente con la disminución del funcionamiento renal. También se suele denominar Insuficiencia, en vez de enfermedad, y suelen ocurrir a causa de un gran número de enfermedades sistémicas que afectan también al riñón o a enfermedades intrínsecamente renales (23).

Se define también como la presencia persistente durante más de 3 meses de alteraciones estructurales o funcionales del riñón que tienen implicaciones para la salud y que se manifiestan por (24):

- a) indicadores de lesión renal, como alteraciones en estudios de laboratorio en sangre u orina, en estudios de imagen o en una biopsia, independiente de que se acompañen o no de una disminución del filtrado glomerular.
- b) un FG menor de 60 mL/min por 1,73 m² de superficie corporal, independiente de que se acompañe o no de otros indicadores de lesión renal.

2.3.1 EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial los países con prevalencia más alta de ERC son Taiwán, Japón y USA (24). Se sostiene que a nivel mundial los datos de prevalencia fluctúan por el 3% y que está en aumento para población adulta debido al aumento del envejecimiento, diabetes e hipertensión arterial (23)

Étnicamente los estudios avalan que los afro-descendientes son los más sensibles, seguidos por los asiático-americanos, hispanos y nativos americanos, según análisis llevados a cabo en USA y controlados por el United States Renal Data System (23, 25).

Estudios en España, como el EPIRCE arrojó que la prevalencia del ERC en adultos es del 9,16%. La ERC que requiere tratamiento sustitutivo renal con diálisis o



trasplante es más frecuente de lo esperado con una incidencia y prevalencia de 121 y 1092 casos por millón respectivamente (24).

En la población general adulta aproximadamente entre un 8 a 10 % tiene algún daño en el riñón, evidenciado por proteinuria o microalbuminuria, si se incluye la hematuria se incrementa hasta un 18 % (26, 27).

En los países desarrollados la tasa de prevalencia es aproximadamente entre 500 a 1 400 pacientes por millón de habitantes. Por su parte, la incidencia es aproximadamente 300 a 340 pacientes por millón de habitantes y se incrementa alrededor de un 10 % anualmente (26).

En los Estados Unidos, por ejemplo, según la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (NHANES), la incidencia de ERC se duplicaron en personas mayores de 65 años entre los años 2000 y 2008. Mientras tanto, la prevalencia de personas de más de 60 años con enfermedad renal crónica pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006 (28).

En América Latina la prevalencia se estima en 447 pacientes por millón de habitantes, y la incidencia es de 147 pacientes por millón de habitantes. La distribución según países es entre una prevalencia de 1 026 pacientes por millón de habitantes en Puerto Rico, 667 pacientes por millón de habitantes en Argentina, 485 pacientes por millón de habitantes en Brasil, Cuba con 225 pacientes por millón de habitantes y 63 pacientes por millón de habitantes en Bolivia (26).

2.3.2 CALIDAD DE VIDA EN EL ENFERMO RENAL CRÓNICO.

La ERCT es un estado que por sus características médicas tiene un gran impacto sobre la CVRS de aquellos que la sufren. Desde las fases iniciales de la enfermedad hasta su estado terminal, los síntomas, las limitaciones especialmente dietéticas y su tratamiento influyen en la vida que llevan estos pacientes (14).

El deterioro de la CVRS se puede explicar por como la enfermedad está relacionada con factores demográficos como lo son la edad, sexo, nivel de educación, estado civil, etc., con las complicaciones propias de la condición principalmente anemia, alteraciones electrolíticas, malnutrición, entre otras., con las causas de la ERC y de



manera más frecuente la hipertensión, diabetes, glomerulonefritis, etc., o con el deterioro de la función renal que conlleva a un síndrome urémico (14).

El paciente enfermo renal presenta náuseas, vómito, cefalea, somnolencia, letargo, prurito, anemia, aumento de la tensión arterial, alteraciones mentales, incapacidad para concentrarse, temblores, neuropatías, reducción de la masa muscular, debilidad, arritmias, amenorrea, estreñimiento alteraciones electrolíticas con disminución de la calcemia y aumento de la fosfatemia pudiendo llegar hasta convulsiones, coma y finalmente muerte, patologías dentro del ámbito médico que influye en el estilo de vida de quien las padece. De manera crónicas estos paciente aquejan de dolor correspondiéndose con el aumento de las limitaciones físicas e implica evitar actividades que le generen dolor llevando al paciente al empobrecimiento de experiencias y de actividades realizadas diariamente; esto desencadena trastornos del sueño y del estado de ánimo, trastornos en la habilidad de comunicarse y de socializar con impacto en su calidad de vida, en todas sus dimensiones. (5)

Dentro del ámbito emocional, las dificultades para elaborar un proyecto de vida basados en los cambios en la manera de vivir, pérdida del trabajo, de la posición económica y social generan un conflicto interno de adaptación manifestándose en conductas de negación y regresión, cuadros de pánico, alteraciones sexuales, depresiones y alto riesgo de suicidio (5). No se sabe aún cuál es la prevalencia de depresión de los pacientes trasplantados renales pero si se sabe que tanto la depresión como la ansiedad pueden influir en el grado de adherencia al tratamiento, en la supervivencia y CV del enfermo. Se demostró que la depresión genera aumento de la percepción de los efectos y síntomas de la enfermedad, y actúa de manera inversa con las percepciones de bienestar, satisfacción social y de la vida (14).

Se recomienda, en base a lo expuesto, que en todos los pacientes que presenten un IFG < 60ml/min, se evalúe de forma regular la CVRS con el fin de monitorizar los cambios que se producen con el tiempo y evaluar los efectos de las diversas intervenciones en estos pacientes (14).



2.4 TRASPLANTE RENAL

Fue en la ciudad de Boston (EEUU), el 23 de diciembre de 1954, en donde se realizó el primer trasplante renal de manera exitosa, siendo este entre dos gemelos idénticos. La técnica se desarrollo entre 1965 y 1980, la supervivencia mejoró progresivamente y logró alcanzar hasta el 90% para el paciente y para el injerto aumentó hasta el 80% luego de la introducción de los inmunosupresores. Actualmente los receptores del órgano tienen expectativas de supervivencia en el primer año por sobre el 90% al igual que para el injerto (29).

Una vez iniciado el proceso de la enfermedad renal y establecida la disminución del FG (función renal) , es necesario tratamiento pensar en el mejor tratamiento de reemplazo renal (TRR). Entre ellas, diálisis peritoneal y hemodiálisis que corresponden a las técnicas de depuración y los dos tipos de trasplante de riñón dependiendo del donante: vivo y cadavérico. El trasplante renal es el tratamiento de elección para la enfermedad renal puesto que al compararse con la diálisis de mantenimiento mejora la supervivencia a largo plazo, ofrece mejor evolución de la ERC y reduce los costos (29).

El procedimiento consiste en colocar el riñón de una persona sana y previo exámenes complementarios (para evaluar si es candidata de ser donante) en el cuerpo de un paciente con ERCT mediante cirugía. El injerto renal no se encuentra localizado en el retroperitoneo (ortotópico), sino que se implantan habitualmente en la fosa iliaca izquierda (heterotópico) (30).

Donantes: existen 2 tipos de donantes

Vivo.- Debido al éxito de este tipo de trasplante en consideración con la supervivencia de los injertos y de los pacientes, el trasplante de donante vivo se ha considerado una de las mejores opciones en comparación con el donante cadavérico (31).

Cadavérico.- estos son pacientes que por distintas causas presentan una abolición de las funciones tronco encefálicas, por lo que son llamados también donantes con muerte encefálica. Se lo mantiene vivo artificialmente hasta el acto quirúrgico (32).



2.4.1 CONTRAINDICACIONES (33)

Absolutas

- Neoplasia maligna con metástasis
- Infección activa
- Enfermedad irreversible extrarrenal o con expectativa de vida menor a un año
- Enfermedad psiquiátrica (pérdida de competencia o autonomía)
- Incumplimiento reiterado de tratamiento
- Adicción al alcohol y drogas
- Prueba cruzada frente a células T del donante IgG positiva

Relativas

- Edad mayor de 75 años
- Enfermedad cardiovascular
- Anomalías de vías urinarias
- Tumores malignos previos
- Hepatopatía crónica avanzada
- Enfermedad de base

No existe un límite de edad para excluir como candidato a un paciente, aunque los de edad más avanzada tienen mayor probabilidad de hospitalizaciones y complicaciones cardiovasculares, neoplasias e infecciones. Sin embargo, requieren de una no tan agresiva terapia de inmunosupresión y experimentan menor rechazo.

El IMC se relaciona con mayor incidencia de retraso de cicatrización y complicaciones quirúrgicas. La obesidad es un factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular, diabetes e hiperfiltración posterior al trasplante por lo que, antes de ingresar a la Lista Única Nacional se recomienda la pérdida de peso significativa.

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte y de pérdida del injerto en los pacientes trasplantados con función adecuada. Los candidatos que presenten o que hayan padecido recientemente un tumor maligno deben ser excluidos de la lista.



2.4.2 COMPLICACIONES MÉDICAS

En el año 2012, se estudió la sobrevivencia y las complicaciones de los pacientes trasplantados renales del HJCA (Cuenca) donde se reportó que el 71.1% de los pacientes no presentó complicaciones post-trasplante. El 56.6% no presentó rechazos a los 6 meses posteriores al trasplante. La pérdida del injerto se dio en el 19.3%. Los fallecidos corresponden al 9.6% de los pacientes fallecieron, el 75% de éstos durante el primer mes. Las complicaciones observadas en mayor frecuencia fueron las fístulas urinarias, retardo en la funcionalidad del injerto, sangrado de la anastomosis y dehiscencia de sutura (34).

Las complicaciones se dividen en agudas y crónicas. Dentro de las principales podemos mencionar a las siguientes (29):

Complicaciones Agudas

- Necrosis tubular aguda: principal causa de disfunción aguda del injerto en el posoperatorio inmediato. Afecta a menos del 5% de los trasplantes de donante vivo y entre un 15 y 40% de los de donante cadavérico.
- Rechazo agudo: incidencia inferior a 20%, debido a los nuevos inmunosupresores. Aparece a partir de la primera semana o durante los tres primeros meses.
- Rechazo hiperagudo: se diagnostica en el acto operatorio. El órgano aparece edematoso y azulado, consecuencia de coagulación intravascular en el injerto.
- Toxicidad renal por tacrolimus o ciclosporina
- Rechazo acelerado
- Infecciones: con mayor impacto en términos de morbimortalidad. Se relacionan con la edad, estado nutricional, urémica, uso de sondas o cateterismos, patologías sobreañadidas, tratamiento inmunosupresión administrado, complicaciones quirúrgicas, y grado de función renal.
- Complicaciones cardiovasculares: es la principal causa de mortalidad a largo plazo en el trasplantado. Por lo menos el 75% de los pacientes trasplantados muestran HTA y los esteroides que utilizados en los protocolos de inmunosupresión contribuyen al desarrollo.



- Neoplasias en fase inicial: las neoplasias latentes se ponen de manifiesto después del trasplante o con la transmisión del injerto.
- Hiperparatiroidismo secundario: produciendo hipofosfatemia e hipercalcemia, autolimitada en la mayoría de los casos.

Complicaciones crónicas:

- HTA grave: Tras el trasplante renal aumenta la morbimortalidad cardiovascular y empeora la supervivencia a largo plazo del injerto.
- Osteopatía post trasplante: por el uso crónico de esteroides.
- Pérdida de masa ósea: por el uso de glucocorticoide.
- Osteonecrosis
- Síndromes linfoproliferativos: son los cánceres que aparecen en los receptores más frecuentes, después de los tumores de piel y labios.

2.5 ESTADO DEL ARTE

El cuestionario SF 36 ha sido utilizado ampliamente para el estudio de la calidad de vida de los pacientes trasplantados renales dentro de varios contextos. Un estudio investigativo realizado en Barcelona tuvo como objetivo conocer la calidad de vida de los pacientes mayores a 65 años con trasplante renal. De las 8 dimensiones que se estudiaron, todas superaron los 60 puntos. La puntuación más baja la obtuvo la función física por requerir de un esfuerzo físico intenso. Por otro lado, la más alta fue la función social (86 puntos) pues se trata de actividades de menor intensidad. Algo más de la mitad de los pacientes refieren una mejoría importante en su CV (52%) con respecto al año anterior, el 42% afirman que se siente de igual manera, mientras que el 6% dice sentirse peor. La pregunta “me pongo enfermo más fácilmente que otras personas” fue respondida como falsa para la mayoría de los encuestados (35).

También ha tenido importancia el analizar la CV de los pacientes donantes además de los receptores. Estudios comparativos que toman como grupos de investigación a pacientes sanos, trasplantados renales y donadores de riñones buscan evaluar su salud. Se encontró que la CV de los pacientes trasplantados mejoraba en gran medida acercándose incluso a la de los pacientes sanos estudiados. Así mismo, la CV de los



pacientes donantes no se veía comprometida, manteniendo niveles semejantes a los sanos (36).

En un estudio en Beijing se ha relacionado además la calidad de vida y sueño en pacientes que han recibido trasplante renal. Una pobre calidad de sueño está asociada con una pobre calidad de vida. Los problemas de sueño constituyen un problema clínico desde antes del trasplante y estos se mantienen aún después. Se concluyó que el índice PSQI, utilizado para medir la calidad de sueño, era significativamente menor en los trasplantados. En el cuestionario SF-36 se obtuvo que valores menores al compararla con la población general. Basados en esto, se conoce la importancia de un sueño reparador y de prestar más atención a este problema médico (37).

El análisis de Álvarez et al, del año 2015 en México, evaluó la modificación de la calidad de vida de los pacientes trasplantados a los 6 y 12 meses post-trasplante comparada con la población sana, es decir donadora, y la población general, indicando que existe una mejoría significativa a los 6 meses al comparar con la medición basal realizada antes del trasplante. A los 12 meses de trasplante no existe una mejoría adicional (38).

En el año 2014 en México, Hernández iba a utilizar también el cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida de pacientes con tratamiento sustitutivo renal y mostró que de 8 dimensiones analizadas, la puntuación promedio más alta correspondió a Dolor corporal (83, diálisis peritoneal continua ambulatorio) y Rol físico (68, hemodiálisis); mientras que los más bajos se presentaron en Vitalidad (60,1, diálisis peritoneal) y Rol emocional (50,0, hemodiálisis) (39).

Un análisis en un hospital público de Puebla, México en 2016, concluyó que los pacientes en hemodiálisis presentaron calidad de vida media-baja siendo el área física la más afligida (40).

Recientemente en Bucaramanga, Colombia, se realizó un estudio observacional descriptivo en el cual participaron 52 con ERC en estado 5. Los resultados arrojaron que la edad promedio fue de 77.2 años, siendo ligeramente más de la mitad mujeres. Se halló también que la mortalidad general al final del seguimiento fue de 23.1%, y se observó una disminución significativa en los parámetros de salud general, vitalidad,



función social y salud mental del cuestionario de calidad de vida SF36. De manera general la percepción de calidad de vida no mejoró en la mayoría de los pacientes después de la diálisis (41).

En un meta análisis realizado en Colombia en el año 2015, se revisaron un total de 52 bibliografías que median calidad de vida y se concluyó que la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica se ve afectada, lo que condiciona a cambios en estilo de vida de los pacientes que van de la mano con el tratamiento sustitutivo renal y sus complicaciones. Se halló también que presentan deterioro de la función física, mental, emocional, laboral y espiritual (42).

El uso del cuestionario SF-36 también fue tomado en una publicación comparativa del trasplante renal frente a la hemodiálisis. El mismo fue realizado en Perú, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara en el año 2011. Los puntajes SF-36 promedio obtenidos por los trasplantados renales y hemodializados fueron 95 ± 13 y 87 ± 18 puntos para el año 2000 y 2001, respectivamente (43).

Un estudio realizado por Gabela, en la Pontificia Universidad Católica de Quito, con sede en Quito el año 2013 acerca de la valoración del estado de salud de los pacientes con IRCT en diálisis frente a aquellos pacientes trasplantados renales, en el cual se incluyeron 175 pacientes, 39 de ellos trasplantados, revela que el indicador más afectado en estos pacientes es la función física con 47.09%, mientras que la mejor mantenida fue la vitalidad con un 54.9%. En todas las dimensiones del cuestionario SF 36, el trasplante renal superó a la diálisis, demostrando de esta manera que la CV es mejor en este grupo (44).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Calidad de Vida de pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga 2007-2016, Cuenca, Ecuador.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características y distribución de la muestra de pacientes trasplantados renales.
- Establecer el nivel socioeconómico de los pacientes basados en la Encuesta de Estratificación Social del INEC
- Categorizar el nivel de calidad de las 8 dimensiones del cuestionario SF-36 posterior al trasplante renal.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO:

El siguiente es un estudio observacional descriptivo transversal.

4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

Se realizó en el Hospital José Carrasco Arteaga, instituto de tercer nivel de la ciudad de Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

En el HJCA desde el año 2007-2016 han sido atendidos para control post trasplante 103 pacientes renales trasplantados.

4.4 MUESTRA

Se trabajó con una muestra probabilística y representativa. Para su cálculo se utilizó la fórmula de Fisher.

$$n = \frac{Nz^2pq}{E^2(N-1) + Z^2pq}$$

- n = muestra de la población
- N = tamaño de la población (103 pacientes)
- Z = es de 1.96 con un Índice de confiabilidad de 95%
- p= Índice de probabilidad o prevalencia que es de 0.52% según el estado del arte
- q = índice 1-p igual a 0.48%.
- e = error de muestreo que es de 0.05%

$$n = \frac{103 \times (1.96)^2 \times 0.52 \times 0.48}{(0.05)^2 (103-1) + (1.96)^2 \times 0.48 \times 0.52}$$

Aplicando la fórmula el resultado arroja una muestra de 81 pacientes al que se le suma un 10% como margen de error (8 pacientes), dando un total de 89 pacientes.



Se trabajó con la totalidad de la población para mejorar y evitar el error por muestreo y mejorar las condiciones por factibilidad.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con ERCT que se han sido atendidos en el HJCA antes mencionado desde el período 1 de enero del 2007 hasta 31 de enero del 2016.
- Encontrarse en un estado clínicamente estable con función renal >40 ml/min.

4.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que hayan regresado a hemodiálisis o diálisis peritoneal, por rechazo o pérdida del injerto.
- Pacientes que se nieguen a formar parte del estudio o que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes con trastornos sensitivos, cognitivos o psiquiátricos que imposibiliten la aplicación del cuestionario.

4.6 VARIABLES

Edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel de instrucción, residencia, causa de ERC, tiempo de trasplante renal, nivel socioeconómico, calidad de vida, función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

4.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE ESTUDIO

Método: observacional.

Técnica: Para la técnica de investigación los datos fueron recogidos mediante encuestas previamente estructuradas y volcadas en un Formulario de Recolección de datos. Se contactó al paciente vía llamada telefónica o visita domiciliaria para coordinar y realizar la aplicación de las encuestas luego de que aceptó su participación mediante el consentimiento informado, el mismo que se obtuvo de manera directa (entrevista personal) o indirecta (envío por transporte o escaneado por correo electrónico) y su firma de aceptación.



Instrumentos: Se emplearon tres cuestionarios: el primero, con el objetivo de recopilar datos sociodemográficos (Anexo 1), el segundo, Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) para establecer el nivel socioeconómico del paciente (Anexo 2) y por último, el formulario SF36 (Anexo 3), el mismo que consta de 36 temas y explora 8 dimensiones del estado de salud. La función física es valorada con 10 preguntas, salud general y salud mental con 5 preguntas cada una, el rol físico con 4 preguntas al igual que vitalidad, rol emocional con 3, y las últimas dos dimensiones, dolor corporal y función social, con 2 preguntas ambas. Existe una pregunta extra cuya finalidad es evaluar la transición en salud con respecto al año anterior.

Cada pregunta tiene un valor de 0 a 100, siendo 0 la peor calidad de vida y 100 la mejor. El valor dependerá del número de respuestas que tenga la pregunta.

- Pregunta con dos respuestas: 1=0, 2=100.
- Preguntas con tres respuestas: 1=0, 2=50, 3=100.
- Preguntas con cinco respuestas: 1=0, 2=25, 3=50, 4=75, 5=100.
- Preguntas con seis respuestas: 1=0, 2=20, 3=40, 4=60, 5=80, 6=100

Se sumaron los resultados correspondientes a cada dimensión y un resultado total del cuestionario SF-36, los mismos que se clasificarán así:

- Mala: 0-20
- Regular: 20-40
- Buena: 40-60
- Muy buena: 60-80
- Excelente: 80-100

4.8 CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

El INEC presentó la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico luego de haber estudiado 9.744 viviendas de ciudades como: Quito, Cuenca, Guayaquil, Ambato y Machala en el área urbana, con el objetivo de homologar los instrumentos de estratificación.

Con respecto al SF36, estudios han utilizado el α de Cronbach, que sirve para medir la fiabilidad de una escala, el cual mientras más se aproxime a la unidad mayor será



su fiabilidad. Resultados de 79 artículos informan que el cuestionario superó el 0.7, estándar de fiabilidad propuesto, en el 96% las escalas. Además, mostró una correlación alta con otros instrumentos de CVRS y moderada con indicadores clínicos.

4.9 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS.

Se utilizó el consentimiento informado (Anexo 4), previa explicación de los procedimientos de la investigación, la que se realizó de manera totalmente voluntaria. Se respetó la privacidad y se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, la cual se les explicó que sería empleada estrictamente para fines de investigación donde los nombres fueron codificados.

Se solicitó la autorización (Anexo 5) al Dr. Marco Rivera Ullauri, Coordinador De Investigación del Hospital José Carrasco Arteaga para le ejecución del estudio.

Para la ética, una vez terminada la investigación la base de datos y consentimientos informados serán guardados por siete años por los autores en el caso de que se pretenda verificar y validar los resultados del mismo.

4.10 PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó una codificación y ordenamiento de la información en una base de datos del programa Microsoft Office Excel y el análisis de los mismos por medio del programa SPSS 19.0. Para la presentación de los datos cualitativos se utilizaron tablas representando las frecuencias y porcentajes de las variables. Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central: media aritmética; además de medidas de dispersión: desviación estándar.

Para el análisis de los resultados del cuestionario SF36 se utilizó el programa de internet SF-36® Health Survey Scoring Demonstration, el mismo que proporciona resultados de la escala de valores del SF36 para cada dimensión.



CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. Análisis de las características y distribución de la muestra de pacientes trasplantados renales.

Tabla 1. Características y distribución de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES		N	%
EDAD	20 a 39 años	28	31,5
	40 a 64 años	50	56,2
	65 años y más	11	12,4
	Media	46,62	
	Desviación Estándar	13,71	
SEXO	Masculino	61	68,5
	Femenino	28	31,5
ESTADO CIVIL	Soltero	18	20,2
	Casado	57	64,0
	Divorciado	5	5,6
	Viudo	3	3,4
	Unión libre	6	6,7
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	51	57,3
	Cesante	6	6,7
	Jubilado	27	30,3
	Otros	5	5,6
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria completada	30	33,7
	Secundaria completada	43	48,3
	Universidad completada	16	18,0
RESIDENCIA	Urbana	62	69,7
	Rural	27	30,3
TOTALES		89	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores



La edad promedio de los pacientes en el estudio fue de $46,62 \pm 13,71$ años. Predominó el grupo de adultos (40 – 64 años) con un 56,2% de los casos, seguido por el de adultos jóvenes (31,5%), al grupo de adultos mayores solo correspondieron el 12,4% de los pacientes, estos datos están detallados en la tabla 1.

El sexo predominante en la población estudiada fue el masculino (68,5% de los pacientes) por encima del 31,5% del femenino.

En cuanto al estado civil predominaron los casados(as) (64,0%), seguido de los solteros(as) (20,2%).

El 57,3% de los pacientes trabaja, mientras el 30,3% son jubilados(as).

En relación al nivel de instrucción el 48,3% tiene la secundaria terminada, un 33,7% solo la primaria terminada y universitarios(as) son el 18,0%.

El 69,7% de los pacientes reside en zonas urbanas y el 30,3% en zona rural.



Tabla 2. Características clínicas de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES		N	%
TIEMPO DE TRASPLANTE	Menor de 1 año	11	12,4
	De 1 a 2 años	11	12,4
	De 3 a 5 años	21	23,6
	Más de 5 años	46	51,6
CAUSA DE LA ERC	Nefroesclerosis	32	36,0
	Diabetes mellitus	11	12,4
	Glomerulonefritis	15	16,9
	Nefritis intersticial	4	4,5
	Enfermedad renal poliquística	10	11,2
	Otras	17	19,1
TOTALES		89	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

La Tabla 2. demuestra que el 51,6% de los pacientes lleva más de 5 años trasplantado, de 3 a 5 años tienen el 23,6% de los casos y el 24,8% tienen menos de 3 años (12,4% de 1 a 2 años y 12,4% menos de 1 año).

La principal causa de la ERC es la Nefroesclerosis (36,0% de los pacientes), Glomerulonefritis fue causa en un 16,9%, la Diabetes mellitus en el 12,4% y el la Enfermedad renal poliquística en un 11,2%.



5.2. Análisis del nivel socioeconómico de los pacientes según la Encuesta de Estratificación Social del INEC.

Tabla 3. Nivel socioeconómico de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	N	%
Alto	1	1,1
Medio-Alto	17	19,1
Medio Típico	43	48,3
Medio bajo	26	29,2
Bajo	2	2,2
TOTALES	89	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

En cuanto al nivel socioeconómico la mayoría mostraron un nivel MEDIO TÍPICO (48,3%), seguido del MEDIO BAJO (29,2%) y el MEDIO ALTO (19,1%), niveles extremos solo tienen 3 pacientes (2 BAJO y 1 ALTO) representado en la tabla 3.



5.3. Análisis de la calidad de vida de los pacientes posterior al trasplante renal, mediante el cuestionario SF-36.

5.3.1. Análisis por separado de las dimensiones que incluyen el SF-36.

Tabla 4. Puntuación promedio para las preguntas de la dimensión Función Física de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

FUNCIÓN FÍSICA	Puntuación promedio	DE
Esfuerzos intensos	37,64	35,58
Esfuerzos moderados	65,17	35,67
Coger o llevar bolsas	69,66	34,22
Subir varios pisos por escaleras	67,42	35,43
Subir un solo piso por escalera	87,64	29,46
Agacharse o arrodillarse	76,40	31,16
Caminar un km o mas	70,22	36,71
Caminar varias manzanas	69,66	36,63
Caminar una manzana	89,33	26,62
Bañarse o vestirse por sí mismo/a	96,07	15,49
PROMEDIO TOTAL	72,92	16,32
	MUY BUENA	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

La tabla 4. Indica que la función física promedió $72,92 \pm 16,32$ lo que se evalúa como MUY BUENA, sobresalen los resultados en las preguntas 12, 11 y 7 con valores por encima de 85 de promedio, que se refieren a maniobras de movilidad ligeras (bañarse por sí solo, caminar una manzana o subir un piso de escalera, respectivamente).



Tabla 5. Puntuación promedio para las preguntas de la dimensión Rol Físico de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

ROL FÍSICO	Puntuación promedio	DE
Reducción de tiempo de trabajo y actividades diarias	62,92	48,57
Hace menos de lo que hubiera querido	58,43	49,56
Dejó de hacer tareas en su trabajo o actividades diarias	55,06	50,02
Dificultad para realizar su trabajo o actividades diarias	59,55	49,35
PROMEDIO TOTAL	58,99 BUENA	3,24

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

El Rol Físico promedió $58,99 \pm 3,24$ lo que se califica como BUENA, sobresale el resultado en la pregunta 13, única con promedio por encima de 60, referida a la reducción del trabajo o las actividades cotidianas datos encontrados en al tabla 5.



Tabla 6. Puntuación promedio para las preguntas de la dimensión Dolor Corporal de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

DOLOR CORPORAL	Puntuación promedio	DE
Dolor en el cuerpo en las últimas 4 semanas	68,99	27,47
Dificultad del trabajo habitual por el dolor en la última semana	78,33	26,96
PROMEDIO TOTAL	73,68 MUY BUENA	6,63

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

El dolor corporal promedió $73,68 \pm 6,63$ lo que se cataloga como MUY BUENA, sobre todo en lo referido a las manifestaciones de dolor en el trabajo habitual donde registraron un 78,33, o sea poco predominio de dolores (tabla 6.).



Tabla 7. Puntuación promedio para las preguntas de la dimensión Salud General de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

SALUD GENERAL	Puntuación promedio	DE
Salud general percibida	58,71	23,26
Enfermo más fácilmente que otras personas	52,81	34,21
Estoy tan sano/a como cualquiera	61,52	32,86
Creo que mi salud va a empeorar	60,96	31,29
Mi salud es excelente	58,15	31,48
PROMEDIO TOTAL	58,43	3,45
	BUENA	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

La tabla 7. muestra que la salud general promedió $58,43 \pm 3,45$ lo que se evalúa como BUENA, las preguntas 34 y 35 son las únicas con promedio por encima de 60, donde el paciente refiere cuan sano se siente y su proyección con respecto a esto, respectivamente.



Tabla 8. Puntuación promedio para las preguntas de la dimensión Vitalidad de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

VITALIDAD	Puntuación promedio	DE
Se sintió lleno/a de vitalidad	74,16	23,00
Tuvo mucha energía	71,69	24,45
Se sintió agotado/a	58,20	28,70
Se sintió cansado/a	58,65	27,92
PROMEDIO TOTAL	65,68 MUY BUENA	8,43

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

La vitalidad promedió $65,68 \pm 8,43$ (tabla 8.), calificándose como MUY BUENA, sobre todo para las preguntas 23 y 27 (por encima de 70), relacionadas con su sensación de alta vitalidad y energía, respectivamente.



Tabla 9. Puntuación promedio para las preguntas de la dimensión Función Social de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

FUNCIÓN SOCIAL	Puntuación promedio	DE
Reducción de tiempo de trabajo/ actividad cotidiana por salud física	62,92	48,57
Hizo menos de lo que quería por salud física	58,43	49,56
PROMEDIO TOTAL	60,67 MUY BUENA	3,17

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

En el caso de la función social detallada en la tabla 9., ésta promedió $60,67 \pm 3,17$ lo que se califica como MUY BUENA, en el caso de la pregunta 13 relacionada con su reducción de las horas de trabajo y actividades ocupacionales producto de la salud, los pacientes refieren que NO con una puntuación de más de 60 (MUY BUENA).



Tabla 10. Puntuación promedio para las preguntas de la dimensión Rol Emocional de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

ROL EMOCIONAL	Puntuación promedio	DE
Reducción de tiempo de trabajo/ actividad cotidiana por problema emocional	66,29	47,53
Hizo menos de lo que quería por problema emocional	64,04	48,25
Trabajo/actividad cotidiana no realizado tan cuidadosamente por problema emocional	67,42	47,13
PROMEDIO TOTAL	65,92 MUY BUENA	1,72

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

El rol emocional promedió $65,92 \pm 1,72$, lo que se evalúa como MUY BUENA, los promedios para estas tres preguntas fueron muy parejos, valores entre 64 y 67,42, mostrando niveles bajos de tristeza, depresión o nerviosismo, valores observados en la tabla 10.



Tabla 11. Puntuación promedio para las preguntas de la dimensión Salud Mental de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

SALUD MENTAL	Puntuación promedio	DE
Estuvo muy nervioso/a	72,36	25,13
Bajo de moral que nada lo animaba	75,96	28,15
Se sintió calmado/a	75,51	22,71
Se sintió desanimado o triste	74,16	22,60
Se sintió feliz	77,53	22,72
PROMEDIO TOTAL	75,10 MUY BUENA	1,94

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

En la Tabla 11, la salud mental promedió $75,10 \pm 1,94$, calificándose como MUY BUENA, los valores indican que el paciente frecuentemente se sentía calmado y feliz, y nunca triste, desanimado o nervioso.



5.3.2. Análisis de la calidad de vida de los pacientes a partir del aporte de las dimensiones del cuestionario SF-36

Tabla 12. Puntuación promedio para la Calidad de Vida de los pacientes de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016.

DIMENSIONES	Puntuación promedio	DE
Función física	72,92	16,32
Rol físico	58,99	3,24
Dolor corporal	73,68	6,63
Salud general	58,43	3,45
Vitalidad	65,68	8,43
Función social	60,67	3,17
Rol emocional	65,92	1,72
Salud mental	75,10	1,94
CALIDAD DE VIDA	66,42 MUY BUENA	6,79

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

La **CALIDAD DE VIDA** promedió $66,42 \pm 6,79$, calificándose como **MUY BUENA**, siendo la Salud Mental donde se sienten mejor y las más bajas el Rol Físico y la Salud General, únicas categorizadas como BUENA, el resto de las dimensiones fueron evaluadas como MUY BUENA demostrado en la tabla 12.

En relación a la mejoría de un año a otro (Pregunta 2) los pacientes promedian 4,0 en sus respuestas lo que se cataloga como ALGO MEJOR con respecto a cómo se sentían el pasado año.



5.3.3 Análisis y distribución de la calidad de vida en relación a niveles y características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 13. Distribución de 89 pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016 según nivel de calidad de vida.

NIVEL DE CV	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	26	29
Muy bueno	36	40
Bueno	22	25
Regular	5	6
Mala	0	0
TOTAL	89	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

La tabla 13. muestra que el 40% (n=36) de los pacientes presentaron una Muy Buena Calidad de Vida. Se destaca que 26 de los encuestados llegó a presentar un nivel excelente y solo para el 6% su CV fue regular. No existieron niveles de vida malos.



Tabla 14. Distribución de 89 pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016 según el nivel de calidad de vida y sexo.

CV	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Excelente	18	30	8	29	26	29
Muy bueno	27	44	9	32	36	40
Bueno	12	20	10	36	22	25
Regular	4	7	1	4	5	6
Mala	0	0	0	0	0	0
TOTAL	61	100	28	100	89	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

Se observa en la tabla 14. porcentajes similares tanto para hombres como para mujeres en los diferentes niveles de la calidad de vida, por lo que el sexo no interviene en la calidad de vida de los enfermos renales con riñón trasplantado.



Tabla 15. Distribución de 89 pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016 según el nivel de calidad de vida y tiempo de trasplante renal.

TIEMPO DE TRASPLANTE (años)	< 1		1 a 2		3 a 5		> 5		TOTAL	
	N°	%								
Excelente	3	27	6	55	8	38	9	20	26	29
Muy bueno	6	55	2	18	10	48	18	39	36	40
Bueno	2	18	3	27	3	14	14	30	22	25
Regular	0	0	0	0	0	0	5	11	5	6
TOTAL	11	100	11	100	21	100	46	100	89	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

Aproximadamente la mitad de los pacientes con trasplante menor a un año y entre 3-5 años tiene una CV Muy Buena. Mientras que el 55% de los pacientes con trasplante entre 1 a 2 años presenta un nivel excelente de calidad de vida. Aquellos que se les categorizó como CV regular pertenecieron al grupo de trasplante mayor a 5 años, según se muestra en la tabla 15.



Tabla 16. Distribución de 89 pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016 según el nivel de calidad de vida y grupo de edad.

CALIDAD DE VIDA	Adulto joven		Adulto		Adulto mayor		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Excelente	13	46	12	24	1	9	26	29
Muy bueno	9	32	22	44	5	45	36	40
Bueno	6	21	13	26	3	27	22	25
Regular	0	0	3	6	2	18	5	6
TOTAL	28	100	50	100	11	100	89	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

Para el estudio no se contó con ningún niño ni adolescente. Para el adulto joven, correspondiente a la edad entre 20-39 años, el 46% tiene una excelente calidad de vida luego del trasplante. Para el adulto (40-64 años) y el adulto mayor (>65 años) el nivel baja a Muy Buena en el 44% y 45% respectivamente.

El 6% de los adultos evaluados y el 18% de los adultos mayores se clasifican dentro de CV regular. Ningún adulto joven presentó un nivel regular según lo expuesto en la tabla16.



Tabla 17. Distribución de 89 pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, 2007 – 2016 según el nivel de calidad de vida y grupo de edad.

CV	Alto		Medio alto		Medio típico		Medio bajo		Bajo		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Excelente	0	0	8	47	12	28	6	23	0	0	26	29
Muy bueno	0	0	7	41	18	42	10	38	1	50	36	40
Bueno	1	100	2	12	9	21	9	35	1	50	22	25
Regular	0	0	0	0	4	9	1	4	0	0	5	6
TOTAL	1	100	17	100%	43	100	26	100	2	100	89	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: los autores

De acuerdo a la tabla 17. el único encuestado con nivel socioeconómico Alto tenía una CV buena. El nivel medio alto y medio típico se mantuvo entre excelente y muy bueno, mientras que el nivel medio bajo y bajo estuvo entre muy bueno y bueno. Solo los niveles medio típico y medio bajo presentaron una CV regular.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La calidad de vida posterior al trasplante renal mejora significativamente en comparación a las otras terapias de reemplazo renal. Luego del tiempo de recuperación los pacientes pueden retomar la dieta y las actividades cotidianas de intensidad moderada casi de manera similar a la de una persona sana. A su vez disminuyen los riesgos cardiovasculares y las largas e incómodas horas en diálisis (10).

El propósito de este estudio fue medir la calidad de vida para obtener una percepción del paciente respecto a su salud desde los puntos de vista físico, mental y social.

De los resultados obtenidos en la presente investigación observamos que la mayoría de los pacientes manifiestan tener una buena CV con el $66,42\% \pm 6,89$ en la que predomina el sexo masculino con un 68,5%. De los parámetros a valorar la función más afectada corresponde a la Salud General con un 58,43% seguido por el Rol Físico (58,99%) y Función Social (60,67%). La causa que llevó a la ERC fue la nefroesclerosis con un 36%.

El 40% (n=36) de los pacientes presentaron una MUY BUENA Calidad de Vida. Se destaca que 26 de los encuestados llegó a presentar un nivel EXCELENTE y solo para el 6% su CV fue REGULAR. No existieron niveles de vida malos y los porcentajes fueron similares para ambos sexos en los diferentes niveles de la calidad de vida.

Aproximadamente la mitad de los pacientes con tiempo de trasplante menor a un año y aquellos que se encontraban entre 3-5 años tiene una CV MUY BUENA, mientras que el 55% de los pacientes con trasplante entre 1 a 2 años presenta un nivel EXCELENTE de calidad de vida. Aquellos que se les categorizó como CV REGULAR pertenecieron al grupo de trasplante mayor a 5 años. Para el adulto joven, correspondiente a la edad entre 20-39 años, el 46% tiene una EXCELENTE calidad de vida luego del trasplante. Para el adulto (40-64 años) y el adulto mayor (>65 años) el nivel baja a MUY BUENA en el 44% y 45% respectivamente. El 6% de los adultos evaluados y el 18% de los adultos mayores se clasifican dentro de CV REGULAR. El



nivel socioeconómico medio alto y medio típico se mantuvo entre EXCELENTE y MUY BUENO, mientras que el nivel medio bajo y bajo estuvo entre MUY BUENO y BUENO. Solo los niveles medio típico y medio bajo presentaron una CV REGULAR.

6.1 ESTUDIOS SIMILARES

La edad promedio de los pacientes en el estudio fue de $46,62 \pm 13,71$ años. Predominó el grupo de adultos de edades entre 40 a 64 años con 50 casos que corresponden al 56,2% como en otros estudios; por lo general son adultos maduros el principal grupo de sujetos sometidos a trasplante renal, resultado similar se obtuvo en su estudio (12) donde el grupo más representado fue el de 36 a 59 años, lo mismo reportan Belmonte y Valencia (45) con una media etaria de 55,8 años.

El sexo predominante en la población estudiada fue el masculino (68,5% de los pacientes) por encima del 31,5% femenino, lo mismo reportan la bibliografía consultada (45) (12). Una investigación en Perú (46) indica que la mayoría de sus pacientes tiene entre 31 a 40 años y son del sexo masculino, no así en otro estudio (35) donde hay un ligero predominio de las mujeres en la muestra.

En cuanto al estado civil predominaron los casados/as (64,0%), seguido de los solteros/as (20,2%), hecho que se reporta en la mayoría de los estudios (45), son personas maduras que generalmente tienen una vida hecha y en su condición necesitan del apoyo familiar y de los cónyuges.

El 57,3% de los pacientes trabaja, mientras el 30,3% son jubilados(as). En relación al nivel de instrucción el 48,3% tiene estudios secundarios, un 33,7% solo la primaria terminada, mientras que los universitarios/as son el 18,0%. En el estudio de Medellín (12) la ocupación principal fue el trabajo independiente, y tenían cursado el bachillerato completo. Otra investigación (46) refiere que sus pacientes generalmente tienen estudios primarios y secundarios terminados.

La Nefroesclerosis fue la principal causa de ERC, seguida de la Glomerulonefritis y la Diabetes mellitus, sobre esto se encontró (45) que la causa más frecuente de IRC con 37.4% es la hipertensión seguida por la diabetes con 36.9% y aunque según los datos del United States Renal Data Survey del 2003 la causa más frecuente es la diabetes en otro estudio se vio una relativa homogeneidad en las dos patologías (45).



En cuanto al nivel socioeconómico la mayoría mostraron un nivel MEDIO TÍPICO (48,3%), seguido del MEDIO BAJO (29,2%) y el MEDIO ALTO (19,1%), niveles extremos solo tienen 3 pacientes (2 BAJO y 1 ALTO). La población de Colombia estudiados (12) igualmente tienen un nivel socioeconómico medio bajo.

La **CALIDAD DE VIDA** promedió $66,42 \pm 6,79$, calificándose como **MUY BUENA**, siendo la Salud Mental, Dolor Corporal y la Función Física donde se sienten mejor y las más bajas el Rol Físico y la Salud General, únicas categorizadas como BUENA, el resto de las dimensiones fueron evaluadas como MUY BUENA. En relación a la pregunta “¿como diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?” los pacientes refirieron sentirse ALGO MEJOR.

El 40% de los pacientes presentaron una MUY BUENA Calidad de Vida, el 6% REGULAR y no existieron niveles de vida malos. Los que tuvieron mejores niveles de calidad de vida fueron los adultos jóvenes, con tiempo de trasplante entre 1 y 2 años y con un nivel socioeconómico medio alto y medio típico, mientras los que tuvieron peor CV fueron los adulto mayores con trasplante > 5 años. Los porcentajes fueron similares para ambo sexos en las diferentes categorías de calidad de vida.

La dimensión de Función social tiene un nivel alto, lo cual indica que muy pocas veces se reportan problemas que interfieren en la interacción social de los pacientes, tampoco en el trabajo o las actividades cotidianas de los mismos, y con familiares, amigos o vecinos. De la misma forma, conforme a los pacientes avanzan en la edad, reducen su capacidad funcional y aumenta la prevalencia de otras enfermedades. Esto provocaría que se involucren en menos actividades físicas y sociales, afectándose sus interacciones con otras personas y su rol social (40).

El uso del cuestionario F-36 también fue tomado en una publicación comparativa del trasplante renal frente a la hemodiálisis realizado en Perú. Los puntajes SF-36 promedio obtenidos por los trasplantados renales y en hemodiálisis fueron 95 ± 13 y 87 ± 18 puntos para el año 2000 y 2001, respectivamente (43).

En un estudio en Beijing se relacionó la calidad de vida y sueño en pacientes que recibieron trasplante renal. Se concluyó que el índice PSQI, utilizado para medir la calidad de sueño, era significativamente menor en los trasplantados. En el



cuestionario SF-36 se obtuvo que valores menores al compararla con la población general. Basados en esto, se reforzó la importancia de un sueño reparador (37).

Un estudio investigativo realizado en Barcelona tuvo como objetivo conocer la calidad de vida de los pacientes mayores a 65 años con trasplante renal. De las 8 dimensiones que se estudiaron, todas superaron los 60 puntos. La puntuación más baja la obtuvo la función física por requerir de un esfuerzo físico intenso, conclusión igual a la de nuestro estudio. Por otro lado, la más alta fue la función social (86 puntos) pues se trata de actividades de menor intensidad. Algo más de la mitad de los pacientes refieren una mejoría importante en su CV (52%) con respecto al año anterior, el 42% afirman que se siente de igual manera, mientras que el 6% dice sentirse peor (35).

En el año 2014 en México, se empleó el cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida de pacientes con tratamiento sustitutivo renal y mostró que de 8 dimensiones analizadas, la puntuación promedio más alta correspondió a Dolor corporal (83, diálisis peritoneal) y Rol físico (68, hemodiálisis); mientras que los más bajos se presentaron en Vitalidad (60,1, diálisis peritoneal) y Rol emocional (50,0, hemodiálisis) (39). Otro estudio mexicano en el año 2015, evaluó la modificación de la calidad de vida de los pacientes trasplantados a los 6 y 12 meses post-trasplante comparada con la población sana (donadora), y la población general, indicando que existe una mejoría significativa a los 6 meses al comparar con la medición basal realizada antes del trasplante. A los 12 meses de trasplante no existe una mejoría adicional (38).

Recientemente en Colombia, se realizó un estudio observacional descriptivo en el cual participaron 52 pacientes con ERC en estado 5. Se observó una disminución significativa en los parámetros de salud general, vitalidad, función social y salud mental del cuestionario de calidad de vida SF36. De manera general la percepción de calidad de vida no mejoró en la mayoría de los pacientes después de la diálisis (41).

En un meta-análisis realizado igualmente en Colombia en el año 2015, se realizó una revisión bibliográfica sobre estudios relacionados con calidad de vida y se concluyó que la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica se ve afectada, lo que condiciona a cambios en estilo de vida de los pacientes. A su vez presentan deterioro de la función física, mental, emocional, laboral y espiritual (42).



En Perú por su parte se plantea que los pacientes trasplantados refieren tener una salud regular y que su salud actual es más o menos igual que hace un año (46).

Un estudio en Quito, en el año 2013, investigó acerca de la valoración del estado de salud de los pacientes con IRCT en diálisis frente a aquellos pacientes trasplantados renales. Mostró que el indicador más afectado en estos pacientes es la función física con 47.09%, mientras que la mejor mantenida fue la vitalidad con un 54.9%. En todas las dimensiones del cuestionario SF 36, el trasplante renal superó a la diálisis, demostrando de esta manera que la CV es mejor en este grupo (38).

6.2 IMPORTANCIA DE LOS HALLAZGOS

En el medio local no se dispone de información acerca de la calidad de vida en aquellos pacientes que han recibido un riñón trasplantado, motivo por el cual se fundamenta la importancia de saber cuales son los parámetros de la CV que se encuentran más afectados y de esta manera poder ser de utilidad para los profesionales de la salud en cuanto a establecer prioridades en la atención médica. Se pretende que el abordaje del paciente sea de manera integral de tal modo que durante su atención además de ser valorado por el especialista Nefrólogo lo sea también por Psicología, Nutrición y Rehabilitación para abarcar los ámbitos involucrados, sobretodo los más afectados.

En cuanto a las políticas de salud del trasplante renal y, luego de reconocer las ventajas del trasplante renal y la CV de muy buena categoría posterior al trasplante, el presente estudio apoya con sus resultados los reglamentos establecidos por el INDOT a favor a este procedimiento.

6.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En la ciudad de Cuenca solo existe dos hospitales que realizan trasplantes entre ellos el renal: el HJCA y el Hospital Monte Sinaí, por lo que la población a estudiarse era restringida.

La muestra se apegó a la mínima necesitada, esto debido a la difícil localización de los pacientes trasplantados, muchos de ellos residentes de otras provincias y con datos de filiación incorrectos o historias clínicas desactualizadas.



El llenado de los cuestionarios para aquellos pacientes a los que se les envió por correo, a pesar de ser resueltos por los mismos pacientes, se hizo con una pequeña capacitación debido a la poca disponibilidad de tiempo y apertura para hacerlo por parte de los pacientes.

Ya que las respuestas de las encuestas son subjetivas, depende de la percepción individual sobre su estado de salud, pudiendo de esta manera variar las respuestas antes una misma situación.

Varios datos de los cuestionarios desarrollados no concordaban con los registros hospitalarios por lo que se priorizó los detallados en las historias clínicas del HJCA.

6.4 FUTURAS INVESTIGACIONES

El estudio permite la comparación de la CV entre los pacientes de las distintas TRR y con la población sana en general al utilizarse un instrumento genérico como lo es el SF-36 por lo que se ha dejado los cimientos para la realización de futuras comparaciones y estudios en este mismo sentido sobretodo en cuanto a análisis de costo-beneficio de las TRR y con respecto a la CV de otros tipos de trasplante realizados en el HJCA.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA

7.1 CONCLUSIONES.

- La edad promedio de los 89 pacientes en el estudio fue de $46,62 \pm 13,71$ años. El sexo predominante en la población estudiada fue el masculino, residen en zonas urbanas, los pacientes son principalmente casados(as), con nivel de instrucción vencido de secundaria en casi la mitad de los pacientes. El 57,3% de los pacientes trabaja, mientras el 30,3% son jubilados(as). Más de la mitad de los casos llevan más de 5 años trasplantados y la principal causa de la ERC es la nefroesclerosis.
- En cuanto al nivel socioeconómico casi el 50% mostraron un nivel MEDIO TÍPICO, cerca del 30% el MEDIO BAJO y poco menos del 20% el MEDIO ALTO, niveles extremos solo tienen 3 pacientes (2 BAJO y 1 ALTO).
- La **CALIDAD DE VIDA** promedió $66,42 \pm 6,79$, calificándose como **MUY BUENA**, siendo la Salud Mental, Dolor Corporal y la Función Física donde se sienten mejor y las más bajas el Rol Físico y la Salud General, únicas categorizadas como BUENA, el resto de las dimensiones fueron evaluadas como MUY BUENA. En relación a la pregunta “¿como diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?” los pacientes refirieron sentirse ALGO MEJOR.
- El 40% de los pacientes presentaron una MUY BUENA Calidad de Vida, el 6% REGULAR y no existieron niveles de vida malos. Los que tuvieron mejores niveles de calidad de vida fueron los adultos jóvenes, con tiempo de trasplante entre 1 y 2 años y con un nivel socioeconómico medio alto y medio típico, mientras los que tuvieron peor CV fueron los adulto mayores con trasplante > 5 años. Los porcentajes fueron similares para ambo sexos en las diferentes categorías de calidad de vida.



7.2 RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones se aconseja estudiar como variable el tiempo que estuvo padeciendo la ERC, lo que lo provocó un deterioro de la salud física y mental muchas veces irreversible, afectando la calidad de vida del paciente, así como realizar un estudio similar en nuestra comunidad en pacientes sometidos a otro tipo de trasplante.

La importancia que toda institución de salud deba contar con asistencia psicológica para la atención integral del paciente trasplantado, sobre todo en aquellos que presentan síntomas depresivos.

Desarrollar un grupo de atención integral al paciente nefrológico que incluyan no solo la asistencia, sino también la docencia e investigación que inciden directamente en la calidad de la asistencia de salud a los pacientes renales y sus familias.



7.3 BIBLIOGRAFIA

7.3.1 BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Canché-Arenas A, Reza-Orozco M, Rodríguez-Weber F. Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Hospital Ángeles del Pedregal. Med Int Mex 2011; 27(5): 446-454.
Disponible: http://www.cmim.org/boletin/pdf2011/MedIntContenido05_07.pdf
2. Durán M, Lope T, Pino M, Chicharro M, Matilla E. Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. Enferm Nefrol 2014; 17(1): 45-50.
DOI: [10.4321/S2254-28842014000100008](https://doi.org/10.4321/S2254-28842014000100008)
3. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica 2012; 30 (1): 61-71.
DOI: [10.4067/S0718-48082012000100006](https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006)
4. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. méd. Chile 2010; 138(3): 358-365.
DOI: [10.4067/S0034-98872010000300017](https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017)
5. Rodríguez E, Campillo M, Avilés M. Calidad De Vida En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Y Su Familia. Revista electrónica Procesos Psicológicos y Sociales. México 2013; 2: Sn1-22. ISSN 1870-5618.
Disponible en: <http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>
6. Venado A, Moreno J, Rodríguez M, López M. Insuficiencia Renal Crónica. Publicación oficial de la Unidad de Proyectos Especiales del Universidad Nacional Autónoma de México 2009: sn1-31.
Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Centros Especializados: Programa Nacional de Salud Renal 2015, Ecuador; Archivos digitales 2015.
Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobit/o/tareas_seguimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Críticos%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf
8. Secretaria nacional de Planificación y Desarrollo. Ministerio de Salud Pública. Informe de Rendición de Cuentas 2014. Ecuador: INDOT; 2015.



Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/01/Informe-rendici%C3%B3n-de-cuentas-Zona-6-1.pdf>

9. García G, Harden P, Chapman J. The global role of kidney transplantation. *Nefrología* 2012; 32(1): 1-6.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000100001&lng=es.

10. Canche A, Bogetti M, Rodríguez F. Calidad de vida en pacientes con trasplante renal y hepático. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2012; 10(3):117.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am123a.pdf>

11. Mendes M, Walker D, Sesso R, Ferraz M. Health-Related Quality of Life of Patients Receiving Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in São Paulo, Brazil: A Longitudinal Study. 2011 Agosto; 14(5): 119-121.

DOI: [10.1016/j.jval.2011.05.016](https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.05.016)

12. Medellín J, Carrillo G. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Avances en Enfermería* 2014; 32(2): 206-216.

Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8932/1/Judithmedellinolaya.2012.pdf>

13. Arrieta J. Evaluación económica del tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) en España. *Nefrología* 2010; 1(1): 37-47. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-suplementosextra-articulo-evaluacin-econmica-del-tratamiento-sustitutivo-renal-hemodilisis-dilisis-peritoneal-y-X2013757510002348>

<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-suplementosextra-articulo-evaluacin-econmica-del-tratamiento-sustitutivo-renal-hemodilisis-dilisis-peritoneal-y-X2013757510002348>

14. Rebollo A, Morales J, Pons M, Mansilla F, Juan J. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología* 2015; 35(1): 92-109.

DOI: [10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12133](https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12133)

15. Vega J, Videla C, Borja H, Goecke H, Martínez F, Betancourt P. Causas de muerte en pacientes con un injerto renal funcionante: ¿Han ocurrido cambios



- en las últimas décadas?. Revista médica de Chile 2012; 140 (3): 295-304.
DOI: [10.4067/S0034-98872012000300003](https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000300003)
16. Cardona JA, Álvarez MI, Pastrana S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia. Rev. Cienc. Salud. 2012 Enero; 12(2): 139-155.
DOI: 10.12804/revsalud12.2.2014.01
17. Vinaccia S, Japcy Q. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. Psychologia: Avances de la disciplina 2012; 6(1): 123-136.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>
18. Seguí A, Amador P, Ramos A. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2010; 13(3): 155-160.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752010000300002&lng=es.
19. Oliveira M, Soares A. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. Enferm. glob. 2012 Octubre; 11(28):257-275.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400014&lng=es
20. Solano L, Moncada J, Araya G, Jiménez J. Validez factorial del Cuestionario de Salud SF - 36 en jubilados universitarios costarricenses. Rev. Costarricense de Salud Pública. 2015; 14(144-153): 144-153. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v24n2/1409-1429-rcsp-24-02-00143.pdf>
21. Charúa L, Benavides C, Villanueva J, Jiménez B, Abdo J, Hernández E. Calidad de vida del paciente ostomizado. Cir Cir. 2011 Marzo-Abril; 79(2): 149-155. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/circir/cc-2011/cc112h.pdf>
22. Ramírez R, Agredo R, Jerez A. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. Rev. salud pública. 2010 Octubre; 12(5): 807-819. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a11.pdf>



23. Mitch W. Insuficiencia renal crónica. In Goldman L, Schafer AI, editors. Tratado de Medicina Interna. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 833-841.
24. Obrador GT. Enfermedad Renal Crónica. In Rozman C. Medicina Interna. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 829-826.
25. Narva A. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en USA. En: Daugirdas JT. Manual de tratamiento de la enfermedad renal crónica. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2012. p. 27-31.
26. Gámez A, Montell O, Ruano V, León J, Hay de la Puente M. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. 2013 Julio-Agosto; 35(4): 305-318.
- Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400001
27. Tonelli M, Riella M. Enfermedad Renal Crónica y el envejecimiento de la población adulta mayor. nefrología, diálisis y trasplante. 2014; 34(1): 1-7
Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/nefro/v34n1/v34n1a01.pdf>
28. Organización Mundial de la Salud. Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión. [Internet].; 2014 (citado 2017 Mayo 15).
- Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379%3A2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=es
29. Furaz K. El trasplante de riñón: una alternativa de tratamiento para la Enfermedad Renal Crónica. [Internet]. Fundación Renal. España 2014.
- Disponible en: <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal-cronica/el-trasplante-renal/el-trasplante-de-rinon-una-alternativa-de-tratamiento-para-la-enfermedad-renal-cronica/>
30. Cediél, William Ricardo Fajardo Fajardo, et al. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación Clínica Shaio, Bogotá. Urología colombiana 2011; 20(1): 45-50.
- Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149122332006>



31. Kälble, T., et al. "Guía clínica sobre el trasplante renal." European Association of Urology. 2010; 1074-1176. Disponible en: http://www.fau.org.ar/pdf/GUIA-CLINICA-SOBRE-TRANSPLANTE-RENAL_espanol.pdf?x26499
32. Renjel Claros Fernando. Trasplante Renal: una mejor alternativa para los nefrópatas crónicos. Rev Cient Cienc Méd. 2010; 13(1): 25-30. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332010000100009&lng=es.
33. Hernández, J., Marrero, D. Evaluación del receptor de trasplante renal. Nefrología, 2012, 7(1): sp 1-13.
Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-articulo-evaluacion-del-receptor-trasplante-renal-XX342164212000113>
34. Monsalve D., Espinoza C., Flores C. Sobrevida y complicaciones del paciente con injerto renal de donante cadavérico vs. Donante vivo, Controlados en el Hospital "José Carrasco Arteaga" (IESS). Cuenca. 2007 – marzo 2012. Tesis previa la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas.
Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3433/1/m ed111.pdf>
35. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo R, Permanyer P, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005 Marzo-Abril; 19(2): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
36. Hossain M, Iqbal M, Alam R, Islam F, Faroque O, Selim I. Quality of life in renal transplant recipient and donor. Transplant Proc. 2015 Mayo; 47(4): 1128- 1130. DOI: [10.1016/j.transproceed.2014.10.068](https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.10.068).
37. Liu H, Lin j, Lin X, Wallace L, Teng S, Zhang S, et al. Quality of sleep and health-related quality of life in renal transplant recipients. Int J Clin Exp Med. 2015; 8(9): 16191-16198.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4659022/pdf/ijcem0008-16191.pdf>



38. Alvarez L, Cruz J, Meza G, Bernáldez G, Ledesma VM, Camacho F, et al. Modification of health-related quality of life in kidney transplant recipients. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53(1):66-73.

Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/59/160

39. Hernández J, Castañeda A, Burciaga C, Garvalena M. Calidad de vida en pacientes con tratamiento sustitutivo renal: diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis. Rev Iber de Educ e invest en Enferm. 2014 Enero; 4(1): 67-74.

Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/108>

40. Sánchez J. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014. Tesis para optar por el título de Médico Cirujano. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2014.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211146067006>

41. Calderón C, Urrego J. Diálisis en el adulto mayor: Mortalidad, calidad de vida y complicaciones. Acta Med Colomb. 2014 Octubre-Diciembre; 39(4): 359-367.

Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n4/v39n4a09.pdf>

42. Pabón Y, Páez K, Rodríguez K, Medina C, López M, Salcedo L, et al. Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2015 Julio-Diciembre; 12(2): 157-163.

Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1473/861>

43. Loza RE, Quispe AM. Costo-Utilidad Del Trasplante Renal Frente A La Hemodiálisis En El Tratamiento De La Insuficiencia Renal Crónica Terminal En Un Hospital Peruano. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2011; 28(3): 432-439.

Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n3/a05v28n3>



44. Gabela MC. Valoración del perfil del estado de salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica en fase terminal de las unidades de diálisis satélites del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social respecto a los pacientes que recibieron un trasplante renal en el Hospital Metropolitano de Quito desde abril 2010 hasta octubre del 2012 valorado con el cuestionario de salud forma corta 36 segunda versión (sf-36v2). Disertación previa a la obtención del título de médico cirujano. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7300/11.27.001085.pdf?sequence=4>
45. Belmonte M, Valencia SA. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en servicio de hemodiálisis. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología. Obregón, México: Instituto Técnico de Sonora, Facultad de Psicología; 2013. Disponible en: http://biblioteca.itson.mx/dac_new/tesis/679_belmonte_maria.pdf
46. Chávez JI. Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza 2013. Tesis para optar por el título de Especialista en Enfermería en Nefrología. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2014. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4320/1/Chavez_De_xtre_Jessica_Isabel_2014.pdf
47. Ministerio de Salud Públicas. Trasplantes de enero a diciembre del 2016. [Internet]. Ecuador; 2017. Disponible en: <http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/2017/01/TRASPLANTES-DE-ENERO-A-DICIEMBRE-DELA-C3%91O-2016.pdf>

7.3.2 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Kasper, D; Hauser, S; Jameson, J.L; Fauci, A; Longo, D L; Loscalzo, J. Harrison Principios de Medicina Interna. McGrawHill. 19va ed. Mexico D.F., 2016.

Rozman, C. Medicina Interna. Elsevier. 18va ed. Barcelona, 2016.



ANEXOS

ANEXO N° 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD DE MEDICINA**

Formulario: “CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2007-2016, CUENCA, ECUADOR”

Los datos obtenidos en este cuestionario serán absolutamente confidenciales y utilizados únicamente con fines investigativos.

FORMULARIO #__ __ HCL #_____ FECHA: __/__/_____

DIRECCIÓN: _____ TELF: _____

¿Cuántos años cumplidos tiene?: __ __ años

¿Cuánto tiempo tiene viviendo con un riñón trasplantado?: __ __ años

SEXO:	1. Masculino: <input type="checkbox"/>	2. Femenino: <input type="checkbox"/>	
RESIDENCIA	1. Urbano: <input type="checkbox"/>	2. Rural: <input type="checkbox"/>	
¿Cuál es su estado civil?	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre	¿Cuál es su situación laboral?	<input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros. _____
¿Cuál es el nivel de instrucción educacional alcanzado por usted?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Universitaria completa	¿Cuál fue la causa que le llevo a la ERC?	<input type="checkbox"/> Nefroesclerosis <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Glomerulonefritis <input type="checkbox"/> Nefritis Intersticial <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Poliquística <input type="checkbox"/> Otros. _____

Observaciones: _____

Agradecemos su participación.



ANEXO N° 2 ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL INEC



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de las siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35



6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34

7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18



Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17



Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos





ANEXO Nº 3 CUESTIONARIO SF-36

UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD DE MEDICINA
CUESTIONARIO SF-36

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

Mala (1) *Regular* (2) *Buena* (3) *Muy Buena* (4) *Excelente* (5)

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

Mucho peor (1) *Algo peor* (2) *Más o menos* (3) *Algo mejor* (4) *Mucho mejor* (5)

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

Su salud actual.....	<i>Sí, me limita mucho</i>	<i>Sí, me limita un poco</i>	<i>No, me limita nada</i>
3. ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4.- ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5.- ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6.- ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7.-, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8.- ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9.-, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10.- ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>



11.-, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12.-, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

Durante la última semana.....	Sí	No
13.- ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
14.- ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
15.-, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
16.- ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
17.-, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
18.-, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
19.- ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

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

Mucho (1) *Bastante* (2) *Regular* (3) *Un poco* (4) *Nada* (5)

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

Muchísimo (1) *Mucho* (2) *Moderado* (3) *Leve* (4) *Muy poco* (5)

No, ninguno (6)



22.- Durante la última semana, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Mucho (1) Bastante (2) Regular (3) Un poco (4) Nada (5)

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante la última semana en cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante la última semana...	Nunca	Solo algun a vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
23.- ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
24.- ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
25.- ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
26.- ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
27.-, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
28.-, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
29.-, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
30.- ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
31.-, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
32.- ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>



sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						
--	--	--	--	--	--	--

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

Frases	Totalmente falsa	Bastante falsa	No lo sé	Bastante cierta	Totalmente cierta
33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
34.- Estoy tan sano como cualquiera.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
35.- Creo que mi salud va a empeorar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
36.- Mi salud es excelente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Puntuación:

- Pregunta con dos respuestas: 1=0, 2=100.
- Preguntas con tres respuestas: 1=0, 2=50, 3=100.
- Pregunta con cinco respuestas: 1=0, 2=25, 3=50, 4=75, 5=100.
- Pregunta con seis respuestas: 1=0, 1=20, 3=40, 4=60, 5=80, 6=100

Categorías:

- Mala: 0-20
- Regular: 21-40
- Buena: 41-60
- Muy buena: 61-80
- Excelente: 81-100

Observaciones: _____



ANEXO N° 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN
PROYECTOS DE INVESTIGACION

UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD DE MEDICINA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROYECTOS
DE INVESTIGACION**

TEMA: “CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2007-2016,
CUENCA, ECUADOR”

Nosotros, Jimmy Preciado Vásquez con C.I. 0705016921 y Paola Portilla Merino con C.I. 0105711907, estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos estudiando la de calidad de vida de los pacientes con trasplante renal atendidos en el HJCA, estudio que lo hacemos antes de la obtención del título de Médico General. Le daremos información acerca del tema y los procedimientos que se harán para invitarle a usted a participar de nuestra investigación.

Se sabe que la insuficiencia renal crónica puede afectar a la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Existen muchos tratamientos que ayudan a mejorarla. El trasplante renal es el mejor de éstos con importantes mejoras en la salud física, mental y emocional. En nuestro país, se han realizado pocos estudios que traten estos temas, es por eso que hacemos esta investigación que consiste en el llenado de tres cuestionarios.

El primero en donde se preguntarán datos como edad, sexo, estado civil, nivel de educación, etc.; el segundo, la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), para establecer el nivel socioeconómico del paciente y tercero, el Cuestionario SF-36, que estudia el estado de la salud física y mental, clasificándola en buena o mala.

Pedimos la autorización para la participación de los pacientes trasplantados renales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante los años 2007-2016.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La participación se realiza de manera voluntaria, usted elige si desea participar o no. No involucra ningún riesgo físico o psicológico para su persona. Tiene derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento; además no tiene costo alguno ni obtendrá el pago de dinero por su participación. Se garantizará la privacidad de la información que se recoja, la cual será utilizada únicamente para fines de investigación. En el caso de tener dudas sobre la información que se le ha dado podrá eliminarlas con el grupo de trabajo en cualquier momento.

Una vez que he leído y comprendido toda la información que me ha sido dada, yo.....(nombre y apellido del paciente) con HCL #.....acepto libre y voluntariamente participar en dicha investigación.

..... FIRMA

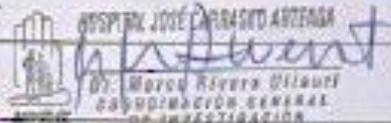


ANEXO Nº 5 AUTORIZACIÓN

 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA
COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

**ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN
PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

En la ciudad de Cuenca, con fecha 5 de mayo del presente año, recibo Documento.

FECHA DE RECEPCIÓN	5/05/2017
FECHA DE ACEPTACIÓN	17/05/2017
REVISADO POR:	 Dr. Marco Rivera Olaverri COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
TÍTULO	CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.
CONTENIDO	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	JUNIO 2017
AUTORES	PAOLA PATRICIA PORTILLA MERINO 0105711907 JIMMY VINICIO PRECIADO VASQUEZ 0705018921
CORREO ELECTRONICO	Jimmy_vip@live.cl
DIRECCIÓN	Pacchacamec y Huayna Capac
TELEFONO	072816823
CELULAR	0996241760
REVISORES	

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia

 SECRETARÍA


Paola Patricia Portilla
ESTUDIANTE

Ax. José Carrasco Arteaga entre Popayan y Pacto Andino Contrahor: 07 2881500 Ext. 2053 P.O. Box 0101045 Cuenca - Ecuador, Investigación telef. 07 2884886 E-mail: idcoarcdarjcs@hotmail.com



ANEXO N° 6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de existencia de una persona desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Biológica	Ciclos de vida elaborado por el MAIS, Ministerio de Salud Pública.	1.- Niñez 2.- Adolescencia 3.- Adulto joven 4.- Adulto 5.- Adulto Mayor
Sexo	Características físicas externas que distingue al hombre y la mujer.	Biológico	Características sexuales secundarios (cédula)	1-Hombre 2 -Mujer
Estado civil	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto de acuerdo al registro civil.	Social	Tipo de estado civil (cédula)	1-Soltero 2-Casado 3-Divorciado 4-Viudo 5-Unión libre
Situación laboral	Aquella en la que las personas cumplen con un trabajo, actividad, o ninguna.	Social	Actividad o Trabajo y desempleo (Historia Clínica)	1-Trabaja 2-Cesante 3-Jubilado 4-Otros.
Nivel de instrucción	Grado más alto de estudios realizados y aprobados por la persona.	Social	Niveles aprobados dentro del régimen de educación (cédula).	1-Ninguno 2-Primaria completa 3-Secundaria completa 4-Universitaria completa



Residencia	Lugar en donde una persona ha vivido en los últimos 6 meses.	Social	Urbanos: asentamiento de más de 2000 habitantes. Rural: menor a 2000 habitantes. (Historia Clínica, encuesta)	1-Urbano 2-Rural
Tiempo de trasplante	Tiempo que ha vivido luego de realizarse un trasplante renal.	Tiempo transcurrido del trasplante	Años luego del trasplante (Historia Clínica)	- < 1 año - 1 a 2 años - 3 a 5 años - > 5 años
Causa de la Enfermedad Renal crónica	Condiciones mórbidas que producen deterioro progresivo de la función renal.	Biológico	Condición Mórbida (Historia Clínica)	1- Nefroesclerosis 2- Diabetes Mellitus 3- Glomerulonefritis 4- Nefritis Intersticial 5- Enfermedad Renal Poliquística 6- Otros.
Nivel socioeconómico	Patrimonio económico del hogar.	Social	Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del INEC	1-Alto 2-Medio alto 3-Medio típico 4-Medio bajo 5-Bajo
Calidad de Vida	Evaluar la calidad de vida mediante la exploración física y mental en diferentes contextos.	Biológico	Cuestionario SF-36	1- Mala: 2- Regular 3- Buena 4- Muy buena 5- Excelente
Función Física	Valora el grado de limitación las actividades físicas.	Biológica	Cuestionario SF-36 Preguntas:	1- Mala: 2- Regular 3- Buena 4- Muy buena



			3-4-5-6-7-8-9- 10- 11-12	5- Excelente
Rol físico	Grado de interferencia de las restricciones físicas en el campo laboral y social, relacionado con un rendimiento menor.	Social	Cuestionario SF- 36 Preguntas: 13-14-15-16	1- Mala: 2- Regular 3- Buena 4- Muy buena 5- Excelente
Dolor Corporal	Referente a su intensidad e influencia en el trabajo y en otras actividades diarias.	Biológico	Cuestionario SF- 36 Preguntas: 21-22	1- Mala: 2- Regular 3- Buena 4- Muy buena 5- Excelente
Salud General	El estado de salud personal	Biológico	Cuestionario SF- 36 Preguntas: 1-33-34-35-36	1- Mala: 2- Regular 3- Buena 4- Muy buena 5- Excelente
Vitalidad	Sentimiento de energía en contrariedad con la sensación de cansancio y agotamiento.	Biológico	Cuestionario SF- 36 Preguntas: 23-27-29-31	1- Mala: 2- Regular 3- Buena 4- Muy buena 5- Excelente
Función Social	Cuando los problemas en salud intervienen en como el paciente se desenvuelve en el aspecto social.	Social	Cuestionario SF- 36 Preguntas: 20-32	1- Mala: 2- Regular 3- Buena 4- Muy buena 5- Excelente



Rol Emocional	Como los problemas emocionales se involucran en el ámbito laboral u otras actividades de su vida diarias con reducción de la atención prestada a lo que se realiza.	Social	Cuestionario SF-36 Preguntas: 17-18-19	1- Mala: 2- Regular 3- Buena 4- Muy buena 5- Excelente
Salud Mental	Incluye tanto la depresión, la ansiedad y el control emocional.	Biológico	Cuestionario SF-36 Preguntas: 24-25-26-28-30	1- Mala: 2- Regular 3- Buena 4- Muy buena 5- Excelente