



Universidad Abierta Interamericana

Nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud según antigüedad de tratamiento en pacientes hemodializados

Carrera Licenciatura en Enfermería

Alumna: Carmen Centurión

Tutora: Daiana Foco

Trabajo final para acceder al título de la Licenciatura en Enfermería.

Rosario, octubre de 2024

Resumen

La nefropatía crónica se ha transformado en un problema social de salud por el aumento en la incidencia de casos y el impacto físico, mental, social y económico que generan en los pacientes tanto la enfermedad como el tratamiento sustitutivo renal de larga data. En una Unidad de Hemodiálisis se visibilizó esta situación y motivó a describir cuál es el nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes hemodializados en relación a la antigüedad del tratamiento que realizan. El abordaje fue cuantitativo sobre 15 pacientes mayores de edad que aceptaron participar del estudio. Se aplicó la técnica de encuesta utilizando como instrumento la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF que relevó la media general de CVRS y sus dominios físico-ambiental, psíquico y social, y se completó el cuestionario con información socio-demográfica de interés; el cuestionario tuvo una prueba piloto en 5 pacientes.

La percepción de CVRS general que tuvieron los pacientes no mostró diferencias entre un grupo de pacientes con más de tres años de tratamiento y otro con menos de tres años y los pacientes calificaron su calidad de vida como normal, pero expresaron sentirse un poco insatisfechos con su calidad de salud. Además, ambos grupos expresaron que raramente tienen sentimientos negativos. La condición físico-ambiental tuvo una perspectiva de normalidad donde ambos grupos reflejaron una mayor influencia del dolor, en tanto los más antiguos sintieron mayor necesidad del tratamiento y tuvieron una mejor perspectiva del sentido de la vida.

El dominio social reveló un déficit en el ocio y la actividad en ambos grupos; por su parte, pudo relevarse una mejor aceptación de la apariencia física en los pacientes con mayor antigüedad. En el dominio psicológico, los pacientes con menor antigüedad en el tratamiento mostraron insatisfacción en la mayoría de los indicadores, los más antiguos compartieron una valoración deficitaria en la satisfacción sexual, pero tuvieron una mejor percepción de las condiciones del lugar donde viven y del resto de los dominios psicológicos.

Palabras claves: enfermedad renal crónica - hemodiálisis - Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Índice

Resumen y palabras clave	3
Justificación	4
Planteo del problema	7
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Marco teórico	9
Capítulo I: El impacto social de la enfermedad renal	9
Capítulo II: Riñón y nefrona	11
Capítulo III: Clínica de la enfermedad renal	16
Capítulo IV: Hemodiálisis	19
Capítulo V: Calidad de Vida Relacionada con la Salud	22
Abordaje metodológico	28
Diseño	28
Área de estudio	28
Población	29
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
Consideraciones éticas	30
Presentación y análisis de resultados	31
Conclusiones	39
Referencias bibliográficas	41
Anexos	44
Anexo I. Consentimiento informado	44
Anexo II. Instrumento para la recolección de información	45

Justificación

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una enfermedad degenerativa que constituye un problema de salud a nivel mundial y que resulta del deterioro progresivo y sostenido de la anatomía y función renal, alterando el balance de metabolitos del medio interno hasta hacerlo incompatible con la vida. En la actualidad, la hemodiálisis (HD) es el tratamiento sustitutivo del riñón que consiste en la actividad de una máquina que emula la actividad renal depurando la sangre por medio de circulación extracorpórea. Este tratamiento consume un número importante de horas semanales de la vida del paciente con un impacto significativo en la salud, y la vida social y productiva, por lo que, a medida que transcurre el tiempo, el tratamiento que recibe afecta su calidad de vida.

El interés por esta problemática surge a partir de que la autora del presente trabajo se desempeña profesionalmente en una Unidad de Hemodiálisis (UHD) instalada en un centro privado de alta complejidad donde los enfermeros se han comenzado a preocupar por el deterioro físico de los pacientes y han tomado contacto con el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes que padecen Enfermedad Renal Crónica (ERC) que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis (HD). Por consiguiente, en la construcción de un problema de investigación, este primer interés decide ampliarse con un recorrido de antecedentes.

Un estudio de Pretto y otros (2020) realizado en Brasil con el objetivo de verificar la asociación entre la calidad de vida de los pacientes renales crónicos con las características socio-demográficas, clínicas, de depresión y de adhesión a la medicación. Diseñaron un estudio exploratorio, transversal y analítico con un enfoque cuantitativo, sobre 183 pacientes renales crónicos en HD. Se utilizaron un cuestionario sociodemográfico y clínico, el cuestionario Kidney Disease and Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF), el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de adhesión a la Medicación Morisky para estudiar las comorbilidades, complicaciones de la enfermedad renal y complicaciones durante y después de la HD.

Se encontró que el 55,2% tenían edad igual a 60 años o más, el 63,4% eran hombres, el 65,0% vivían con una pareja, y el 90,7% estaban jubilados. Además de la ERC, el 37,2% tenían Hipertensión Arterial Sistémica -HAS- y Diabetes Mellitus -DM- concomitantemente; los demás, presentaron una u otra. Por su parte, el 60,7% tenían síntomas de depresión. La media general de CVRS fue de 62,61. Los peores porcentajes estuvieron en las dimensiones situación laboral (19,40%), limitaciones por problemas

físicos (22,54%) y sobrecarga impuesta por enfermedad renal (42,66%). El componente físico promedio fue más bajo que el componente mental (48,10%). Se concluyó que la CVRS reducida en esta población está relacionada con síntomas depresivos, complicaciones y baja adhesión a la medicación, por lo que las acciones dirigidas a cambiar estos factores pueden promover el bienestar (Pretto y otros, 2020).

En el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba (España), Merino-Martínez y otros (2019) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la CVRS en pacientes en hemodiálisis crónica (HDC) y su relación con la ansiedad y la depresión. Para ello, se utilizaron el cuestionario KDQOL-SF para CVRS y el cuestionario Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg en 122 pacientes. Los resultados mostraron una mediana del tiempo en HD de 39,5 meses donde el sexo femenino mostro asociación entre el tiempo en hemodiálisis, la comorbilidad asociada y la peor calidad de vida. En el KDQOL, las dimensiones más afectadas fueron: Situación Laboral, Carga de la Enfermedad Renal, Función Sexual y Sueño, mientras que las dimensiones del cuestionario SF, mostraron mayores inconvenientes en Rol Físico, Salud General y Función Física. La ansiedad y la depresión se asociaron de forma significativa a peores puntuaciones en todas las dimensiones del cuestionario KDQOL-SF. Los autores concluyeron que esta disminución de la calidad de vida está relacionada con la probabilidad de padecer ansiedad y/o depresión.

Una investigación documental realizada en Ecuador por Cevallos-Tapia y otros (2019) tuvo el objetivo de discernir las situaciones físicas, psicoemocionales, sociales y económicas de los pacientes con tratamiento terapéutico de HD en relación a la calidad de vida de los mismos. Los resultados mostraron una compleja variedad de factores que afectan la CVRS tales como la edad, el sexo, el nivel educacional y socioeconómico, el estado civil, la comorbilidad asociada, la depresión, la ansiedad y la incertidumbre sobre el futuro. Un ejemplo paradójico en la historia contemporánea ha mostrado casos de pacientes con enfermedades terminales que se convierten en motivadores de vida. En cuanto al factor económico, se han encontrado algunas respuestas a partir de la solidaridad social y el aporte gubernamental. Se concluye la centralidad del entorno social en el apoyo psicoemocional, social, físico y económico en la percepción de calidad de vida del paciente.

En 2017, Rivera-Vázquez y Rojas investigaron la *“Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis”* en un Hospital General en Ciudad Victoria (México). Realizaron un estudio cuantitativo,

descriptivo y trasversal con el objetivo de evaluar dicha calidad de vida en 60 pacientes en tratamiento de HD que fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por disponibilidad. Se utilizó el instrumento Kidney Disease Quality of Life versión abreviada del KDQOLTM y los resultados revelaron que los pacientes percibieron una baja calidad de vida en un 40,79% mientras que un 31,11% la percibió como alta y un 28,10 como media. El dominio físico resultó como más afectado (48.3%) junto al dominio social (41.6%). Como contraparte, el dominio psicológico tuvo buenos resultados y los pacientes expresaron sentirse tranquilos por considerar al tratamiento un elemento que mejora sus vidas. Los autores concluyen que el análisis de la calidad de vida desde un abordaje holístico permite individualizar dimensiones de trabajo para las acciones de cuidado.

Capote Leyva y otros (2019) realizaron en La Habana (Cuba) un estudio con el objetivo de evaluar la influencia de la calidad de vida en la morbilidad de pacientes en HD periódica intermitente. Tuvo diseño descriptivo, prospectivo, analítico y de corte trasversal sobre 84 pacientes con más de tres meses de tratamiento con HD periódica intermitente en un período de seguimiento de 12 meses. Se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario para calidad de vida en pacientes con enfermedad renal para relevar las variables edad, sexo, tiempo de tratamiento sustitutivo de la función renal, índice de morbilidad, tipo de morbilidad en HD e índice de ingreso hospitalario. Los resultados mostraron el predominio de los pacientes menores de 60 años, masculinos, de nivel escolar alto, con hipertensión arterial como causa principal de la insuficiencia renal con morbilidades más frecuentes como escalofríos, hipotensión arterial, hipertensión arterial y complicaciones asociadas al acceso vascular. Se pudo concluir que el cuestionario KDQOL-SFTM versión 1.3 resultó útil para evaluar la CVRS existiendo concordancia con estudios internacionales referentes al tema donde los pacientes con peores puntuaciones se asocian a mayor morbilidad y hospitalización.

Partida Ponce y otros (2019) realizaron un estudio con diseño basado en etnografía institucional como parte de una evaluación cualitativa de la atención al enfermo renal en hemodiálisis y con el objetivo de identificar los desafíos, dilemas y satisfacciones que presentan los profesionales de enfermería de la Unidad de Hemodiálisis (UHD) durante el cuidado al enfermo renal. Se seleccionaron, mediante muestreo intencional, nueve enfermeros con más de un año de antigüedad que ofrecieron información durante entrevistas semiestructuradas. Los resultados mostraron que los enfermeros encuentran como desafío tres aspectos distintos del cuidado: la compleja condición física y

emocional de sus pacientes, la interacción con la tecnología para brindar el cuidado y la situación de afrontamiento del sufrimiento y de la muerte de los pacientes con quienes han establecido un vínculo profesional durante algún tiempo. En cuanto a los dilemas que se presentan, expresaron tener que dar tratamiento a pacientes que se niegan a recibirlo y ser testigos de los costos personales y familiares que conlleva dicho tratamiento en contraste con la calidad de vida de algunos pacientes. Como contraparte, las principales satisfacciones son encontradas en el trabajo colaborativo, la dotación de recursos suficientes en el dominio ambiental de la UHD y la confianza y reconocimiento que implica ser asignados a un desempeño con tanta autonomía. Los autores concluyeron que, ante una situación de salud irreversible, se vuelve importante lograr una mejor adherencia al tratamiento y a las acciones de autocuidado. Con un estudio de este tipo, el profesional enfermero se beneficiará al incorporar nuevos conocimientos o al actualizar los preexistentes para lograr mejorar el nivel de atención en el tratamiento de esta enfermedad, al tiempo que se profundizará en el conocimiento de las necesidades de los pacientes y sus entornos familiares.

Así, los antecedentes muestran que las acciones dirigidas a tratar los síntomas depresivos y de ansiedad, las complicaciones y la baja adhesión a la medicación en el paciente en HD (en el contexto de importancia que adquiere el apoyo psicoemocional y social) tiene un impacto beneficioso en la percepción de CVRS del paciente. Por lo tanto, un estudio que mejore el conocimiento sobre la problemática resulta relevante y de interés tanto para los profesionales enfermeros como para los pacientes y sus familias. Por otra parte, la experiencia profesional ha generado la inquietud de si la antigüedad en el tratamiento puede generar diferencias en la percepción de dicha CVRS y la relevancia teórica del presente estudio puede aportar información a esta brecha en el conocimiento.

Finalmente, el estudio resulta viable por contar con el aval institucional y factible por el compromiso de realización de la autora.

Planteo del problema

¿Qué nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud según antigüedad de tratamiento tenían los pacientes hemodializados en una Unidad de Hemodiálisis de la ciudad de Rosario durante diciembre de 2022?

Objetivo general

Describir el nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud según antigüedad de tratamiento que tenían los pacientes hemodializados en una Unidad de Hemodiálisis de la ciudad de Rosario durante diciembre de 2022.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Determinar el nivel de CVRS según antigüedad de tratamiento que refieren los pacientes.
3. Definir el dominio ambiental y el dominio físico de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes según antigüedad de tratamiento.
4. Establecer el dominio psicológico y social de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes según antigüedad de tratamiento.
5. Comparar la CVRS y sus dimensiones según antigüedad de tratamiento que refieren los pacientes.

Capítulo I. El impacto social de la enfermedad renal

El riñón, según describen Restrepo y Parra Santacruz (2019), es un órgano par de situación retroperitoneal que se proyecta dorsalmente a nivel de la última vértebra torácica y las primeras tres vértebras lumbares, aunque la situación del par no es exactamente simétrica dado que el riñón derecho es desplazado por el hígado unos centímetros más abajo. Tiene forma de poroto y mide, en valores promedio, 12 cms. de largo, 6 cms. de grosor y 3 cms de espesor, con un peso entre 150 a 170 gramos.

La función principal de los riñones es la eliminación de los desechos metabólicos y la regulación del nivel de hidratación del organismo. Se conoce como enfermedad renal a todo proceso que afecta al riñón produciendo la pérdida funcional con el paso del tiempo. La Enfermedad Renal Crónica (ERC), también denominada Insuficiencia Renal Crónica (IRC), es un proceso de deterioro lento que se desarrolla durante meses o años y que se expresa clínicamente cuando el órgano comienza a perder funcionalidad. La etapa final de la ERC se conoce como Enfermedad Renal Terminal (ERT) cuando ya no existe capacidad de eliminar suficientes desechos y el exceso de líquido del cuerpo. La incidencia de ERT continúa en aumento suponiendo un problema sanitario, social y económico de especial relevancia. En ese momento, la única alternativa compatible con la vida es el trasplante de riñón, entre tanto, deberá recurrirse a un tratamiento renal sustitutivo de la función renal: la diálisis (Merino-Martínez, 2019). Sellarés y Luis Rodríguez (2022) confirman que la ERC es un problema de salud pública importante como conclusión final común de una constelación de patologías que afectan al riñón de forma crónica e irreversible. Clínicamente, la definen como la existencia de alteración estructural o funcional renal con evolución de más de 3 meses aún sin percepción del deterioro de la función renal; o con un filtrado glomerular (FG) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ como única expresión de la fisiopatología.

La hemodiálisis (HD), como tratamiento sustitutivo del riñón en la ERC, utiliza una máquina que emula la actividad renal depurando la sangre por medio de circulación extracorpórea. Rivera-Vázquez y Rojas (2017) afirman que este tratamiento consume un número importante de horas semanales de la vida del paciente con un impacto significativo en la vida social y productiva, por lo que, a medida que transcurre el tiempo, el tratamiento que reciben y cómo afectan su capacidad funcional y su calidad de vida se vuelven los aspectos más importantes para los pacientes en hemodiálisis. Por

ello, y como sucede con otras enfermedades crónicas no curables, Merino-Martínez (2019) afirma que la ERC debe tratarse incorporando a los objetivos clínicos las percepciones de los pacientes sobre su calidad de vida dado que la CVRS es una variable de necesaria incorporación cuando se pretende brindar cuidados integrales a este tipo de pacientes.

La ERC tiene un impacto tal que la Sociedad Argentina de Nefrología (SAN) informó, según Télam digital (2021), que más de 5 millones de argentinos, una de cada ocho personas, padece algún grado de ERC con una prevalencia que aumenta con la edad; de manera tal que el 20% de los varones y el 25% de las mujeres entre 65 y 75 años, y la mitad de los mayores de 75 padecen algún grado de deterioro de la función renal. La Argentina, según el Registro Argentino de Diálisis Crónica y Trasplante, tiene un aproximado de 10.000 personas trasplantadas y 30.000 en tratamiento de diálisis. Las principales causas de deterioro renal se atribuyen a la diabetes (DBT), la hipertensión arterial (HTA), la predisposición genética y el consumo inadecuado de antiinflamatorios esteroides.

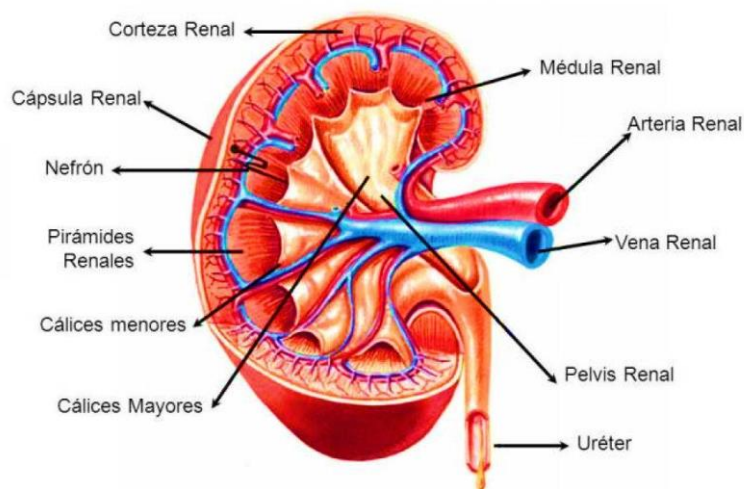
Para comprender mejor la clínica de las enfermedades renales y la lógica del tratamiento sustitutivo, resultó necesario abordar aspectos de la anatomía y fisiología del riñón.

Capítulo II. Riñón y nefrona

Según describen Restrepo y Parra Santacruz (2019), el riñón es un órgano par de situación retroperitoneal que presenta el hilio en el borde interno cóncavo donde llega una arteria y egresan una vena y la vía de excreción urinaria. El sistema vascular del órgano se inicia con la arteria renal y da lugar a una serie de arterias que transcurren en el interior del parénquima hasta que, una arteriola final (las arteriolas aferentes) forman 5 a 6 capilares agrupados en ovillo y constituyen el glomérulo o penacho glomerular. Los capilares de cada glomérulo se resuelven formando una nueva arteriola eferente que emerge del glomérulo originando una red de capilares que dan inicio al sistema venoso que drenará al órgano a través de la vena renal.

En un corte longitudinal, Marieb (2008) describe tres partes diferentes fácilmente distinguibles; una zona externa y de color menos intenso es la corteza renal que rodea una zona de color rojo oscuro que se conoce como médula renal.

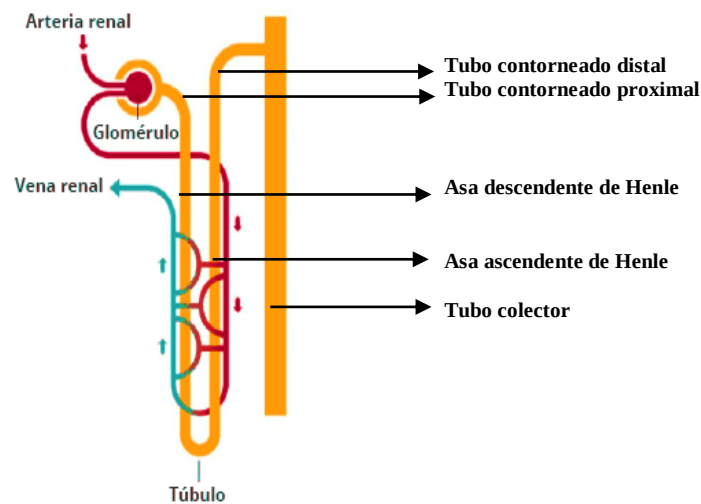
Figura 1. Corte longitudinal del riñón. *Fuente: Latarjet & Ruiz Lyard (2007).*



La médula presenta regiones triangulares denominadas pirámides medulares o renales que tienen la base sobre la corteza y el vértice en dirección al hilio. Una tercera zona son las columnas renales, proyecciones del tejido cortical que separan las pirámides medulares. Los vértices de la pirámide drenan continuamente el producto del trabajo renal sobre unas estructuras en forma de recipiente que se cierran sobre los vértices: los cálices. Los cálices se vacían en la pelvis renal que es una cavidad en forma de embudo presente en el hilio. La pelvis renal pierde diámetro para continuarse como uréter en el punto anatómico en el que abandona dicho hilio; entonces, la orina fluye por el uréter

desde la pelvis hasta la vejiga, donde será almacenada hasta su excreción al exterior a través de la uretra (Marieb, 2008). Restrepo y Parra Santacruz (2019) distinguen dos niveles de cálices, los cálices menores, uno por cada papila renal, y los cálices mayores como confluencia de cálices menores previo a la fusión de los mismos en la pelvis renal. Sobre esta base anatómica el riñón posee una unidad estructural y funcional denominada nefrona o nefrón. Se estima que hay un aproximado de un millón de nefronas por cada riñón. Es fundamental aclarar, en este ítem, que el número final de nefronas queda establecido en el desarrollo prenatal, no pudiendo generarse nuevas nefronas luego del nacimiento.

Figura 2. Esquema del nefrón. *Fuente:* National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease (2018).



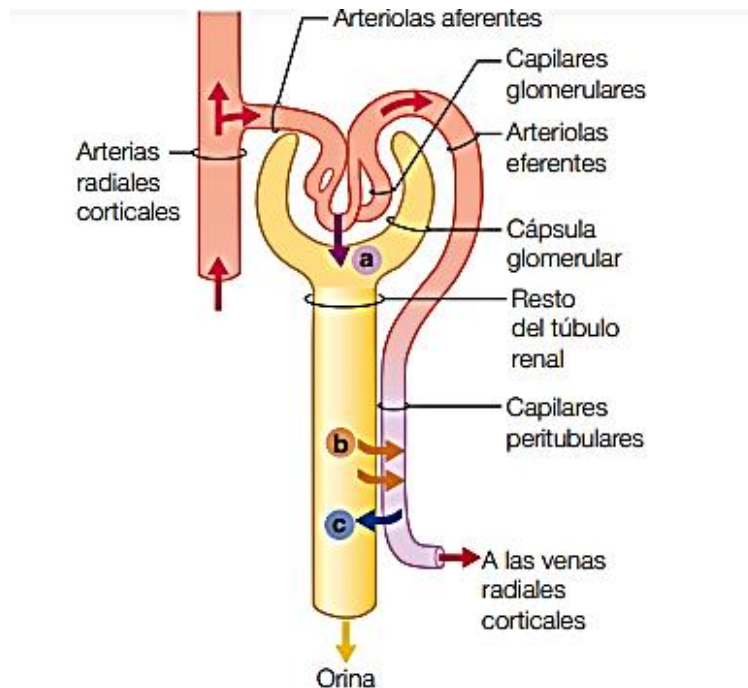
La nefrona está constituida por los glomérulos que es una estructura capilar que inicia como arteriola aferente y emerge como arteriola eferente con la función de filtrar la sangre en la corteza renal para que el producto del filtrado transite por un túbulo con distintas características y funciones en cada uno de sus tramos. Así, la fracción tubular de la nefrona permite reconocer un túbulo contorneado proximal; una rama descendente delgada y una rama ascendente gruesa en forma de asa que penetran en la médula renal; un túbulo contorneado distal y un túbulo conector que vuelca el producto final orina a un túbulo colector junto a otros 5 o 6 tubos conectores de otras tantas nefronas. Si la sangre es filtrada primariamente en los glomérulos, los túbulos permiten reabsorber iones y agua que requieren recuperarse o excretar iones selectivamente, cuando es necesario. Entonces, Las nefronas sitúa en la corteza renal los glomérulos y los túbulos

contorneados proximal y distal, mientras que las asas de Henle (descendente y ascendente) y los túbulos colectores ocupan la región medular (Restrepo & Parra Santacruz, 2019).

El rol fundamental que cumplen los mecanismos ácido-base renales en la regulación del equilibrio hidroelectrolítico del organismo tiene como producto de desecho la formación de orina e implica tres procesos básicos: filtración glomerular, reabsorción tubular y secreción tubular. Los riñones reciben cerca del 25% del gasto cardíaco, un poco más de un litro de sangre por minuto para un gasto cardíaco de 5 litros por minuto en un individuo de 70 kgs. de peso. La tasa de filtración glomerular se estima aproximadamente en 125 ml/minuto, vale decir, 180 litros cada 24 horas. Se conoce como fracción de filtración o Tasa de Filtración Glomerular (TFG) a la fracción del flujo plasmático filtrable del total del flujo sanguíneo renal. La TFG es regulada por la tonicidad de las arteriolas glomerulares, la vasoconstricción de la arteriola aferente reduce la presión hidrostática del glomérulo reduciendo la tasa, mientras que la vasoconstricción de la arteriola eferente la aumenta por elevar la presión en el capilar (Restrepo & Parra Santacruz, 2019).

Entre los desechos del filtrado glomerular quedan sustancias que continúan siendo de utilidad (como agua, glucosa, aminoácidos e iones), y que son recuperadas del producto del filtrado para devolverse a la sangre. La reabsorción tubular comienza en el túbulo contorneado proximal donde las células que recubren el interior de los túbulos se comportan como activas y selectivas transportadoras de las sustancias hacia el espacio extracelular donde se encuentran capilares peritubulares que drenarán en la vena renal. Sustancias como la glucosa y los aminoácidos son reabsorbidas mientras que los productos desechados provienen del catabolismo de proteínas, ácidos nucleicos y tejido muscular como la urea, el ácido úrico y la creatina respectivamente, por lo que es habitual encontrarlas concentradas en la orina. La reabsorción de iones se realiza en el tubo contorneado distal y depende de las necesidades de regulación ácido-base del pH plasmático que realiza el riñón. La secreción tubular trabaja en sentido contrario al de la reabsorción y sustancias como los iones de hidrógeno y potasio, la creatinina, y los medicamentos pasan desde los capilares peritubulares o bien desde las propias células tubulares al filtrado para ser eliminadas en la orina (Marieb, 2008).

Figura 3. Procesos básicos en la formación de orina. *Fuente:* Marieb, E. (2008).



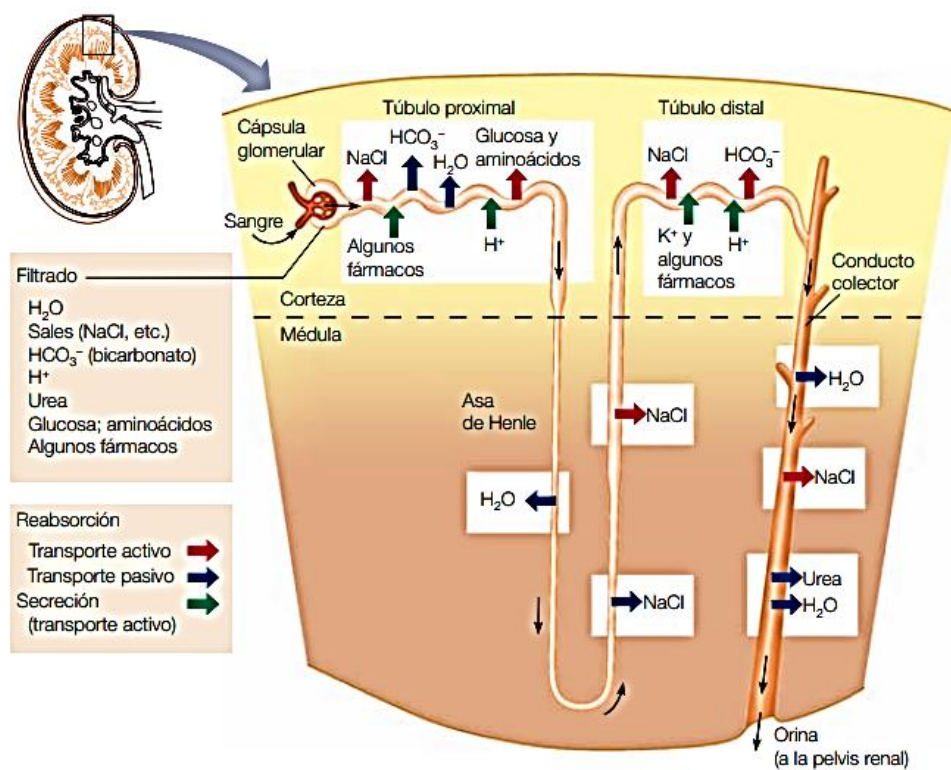
Leyenda:

- a** **Filtración glomerular:** el agua y los solutos más pequeños que las proteínas son dirigidos a través de las paredes capilares y los poros de la cápsula glomerular al túbulo renal.
- b** **Reabsorción tubular:** el agua, la glucosa, los aminoácidos, y los iones necesarios son transportados al exterior del filtrado por las células tubulares y entran en la sangre capilar.
- c** **Secreción tubular:** H^+ , K^+ , creatinina y tóxicos son eliminados de la sangre peritubular y secretados por las células tubulares al filtrado.

Finalmente, el riñón cumple funciones endócrinas a partir de tres hormonas: Renina, Vitamina D activa y Eritropoyetina. Según Restrepo y Parra Santacruz (2019), en la pared de la arteriola aferente hay un grupo de células musculares llamadas yuxtaglomerulares que contienen renina y es el único sitio demostrado de su síntesis. Estas células yuxtaglomerulares están en contacto estrecho con células epiteliales especializadas de la porción final de la rama ascendente del asa de Henle que son capaces de monitorear el contenido de cloruro de sodio en la luz tubular. Los descensos de cloruro de sodio detectados en los segmentos tubulares distales interpretan una posible hipotensión o un déficit del líquido intravascular originando liberación de renina en la circulación sistémica a partir del aporte de las arteriolas aferentes. El sustrato

renina permite sintetizar angiotensina que tiene acción vasoconstrictora, estimula la reabsorción de sodio y cloro y libera aldosterona de la glándula suprarrenal, que posibilita recuperar sodio y agua en el túbulo colector con el fin de recuperar la volemia y estabilizar la presión arterial sistémica. Además de la función endócrina por el sistema renina-angiotensina-aldosterona, el riñón participa en la síntesis de vitamina D por estimulación de su absorción intestinal, por reabsorción renal de calcio y fosforo y por inhibir la secreción de la parathormona que regula la remoción de calcio óseo. Otra hormona que produce el riñón, casi en exclusividad, es la eritropoyetina (EPO) que tiene la capacidad de fijarse a receptores de membrana de las células progenitoras de eritrocitos para favorecer su maduración.

Figura 4. Movimiento de las sustancias en la nefrona según filtrado, excreción y secreción. *Fuente: Marieb, E. (2008).*



Capítulo III. Clínica de la enfermedad renal

Las causas de enfermedad renal, según afirma Malkina (2022), pueden originarse en muchas enfermedades con capacidad de lesionar los riñones, produciendo un evento agudo conocido como Insuficiencia Renal Aguda (IRA) que evolucionará a ERC de no resolverse satisfactoriamente en los siguientes tres meses. Entonces, ha de considerarse que cualquier causa capaz de originar IRA puede causar nefropatía crónica. En occidente, las causas más frecuentes de ERC son la Diabetes mellitus y la Hipertensión arterial que producen lesión en los pequeños vasos sanguíneos del parénquima renal. Otras causas de nefropatía crónica son las obstrucciones de las vías urinarias; la enfermedad renal poliquística; la glomerulonefritis y los trastornos autoinmunitarios donde los anticuerpos agreden la vasculatura renal y los conductos renales como ocurre en el lupus eritematoso sistémico y la esclerodermia; los procesos infecciosos y litiásicos; el flujo retrógrado de orina hacia los riñones (nefropatía por reflujo), y sustancias químicas y medicamentosas como con algunas drogas analgésicas y oncológicas. Por un lado, la clínica de nefropatía se expresa con sintomatología relacionada con la retención y manejo funcional inadecuado de líquidos, con presencia de hinchazón corporal y edemas manifiestos en miembros inferiores, dificultad para respirar y micción nocturna. Por otro lado, a este manejo insuficiente del nivel hídrico se suma el déficit de balance hidroelectrolítico y de retención de desechos metabólicos que ocasionan confusión, prurito, fatiga, espasmos y calambres musculares, pérdida de apetito y náuseas.

La gravedad de la ERC puede clasificarse en función del FG o de la albuminuria, señalan Sellarés y Luis Rodríguez (2022), porque la proteinuria -presencia de proteínas en orina- es un factor de pronóstico de evolución de la ERC. La clasificación muestra 5 categorías o grados en función del FG y 3 categorías de albuminuria. El déficit de FG es característico de los grados 3, 4 y 5 no necesitando la presencia de otro síntoma para determinar ERC, hecho contrario a los que ocurre en los grados 1 y 2 donde es necesaria la presencia de la manifestación del daño renal como la visualización de una imagen radiológica, la presencia de sedimentos no habituales en orina o la visualización histológica en un estudio de biopsia. El grado 5 es la nefropatía de gravedad compatible con la terapia de diálisis. En cuanto a la proteinuria, es un factor modificable utilizado para inferir el pronóstico y tomar decisiones clínicas. La presencia de proteinuria actúa como tóxico renal produciendo procesos inflamatorios y fibróticos que producen pérdida de nefronas. Su

cuantificación se realiza con un estudio de recolección de orina de 24 horas que se considera un patrón excelente, y la determinación se realiza utilizando el cociente albumina (o proteínas totales) sobre la medición de creatinina realizada en la misma muestra que revela una correlación bastante aproximada de la eliminación de proteínas en 24 horas.

Figura 5. Estadios o grados de ERC según FG. *Fuente:* Sellarés & Luis Rodríguez (2022).

Estadios	Descripción	FG ml / min / 1,73 m ²
1	Daño renal con FG normal o hiperfiltración	≥ 90
2	Daño renal con leve ↓FG	60-89
3	Moderado ↓FG	30-59
4	Avanzado ↓FG	15-29
5	Fallo renal	< 15 o D

Figura 6. Estadios o grados de ERC según albuminuria. *Fuente:* Sellarés & Luis Rodríguez (2022).

	Orina 24 h mg/24 h	Muestra aislada Alb/Cr mg/g	Muestra aislada Prot/Cr mg/mg
Normal	<30	<30	<0,15 ≅ <150 mg/24h
Microalbuminuria	30-300	30-300	<0,15 ^a
Macroalbuminuria	>300	>300	> 0,3

En la afirmación de Sellarés y Luis Rodríguez (2022) las clasificaciones en función del FG y albuminuria reciben actualizaciones periódicas que permiten unificar la definición y magnitud del problema renal con especificación previa de ERC, reafirmando que son herramientas centrales en este diagnóstico y posterior manejo de la enfermedad.

En cuanto al aporte de estudios complementarios para el diagnóstico de nefropatías, Malkina (2022) sostiene que el análisis de sangre también es fundamental porque revela valores alterados que pueden confirmar la disminución de la actividad renal

como el aumento de la concentración de urea y creatinina que, normalmente, son filtradas por los riñones, la acidificación del pH plasmático o el aumento del potasio hasta niveles peligrosos. Por otra parte, las ecografías pueden revelar alteraciones del tejido renal o descartar procesos litiásicos. La extracción de una muestra de tejido (biopsia renal) es la prueba más precisa, solamente recomendable cuando los hallazgos ecográficos revelan riñones son pequeños y esclerosados. La necesidad de orinar varias veces durante la noche (nicturia) puede ser un síntoma de pérdida de función renal ligera o moderada y revelarían que el riñón encuentra dificultad para concentrar la orina y reducir su volumen, como ocurre habitualmente durante la noche. La evolución de la enfermedad se vincula al aumento de desechos metabólicos circulantes en sangre que producirán disminución de la agilidad mental, debilidad general y fatiga, inapetencia, dificultad respiratoria, náuseas, vómitos y un sabor desagradable en la boca. Los pacientes pierden peso y se vuelven más vulnerables a las infecciones. En la pérdida grave de función renal el daño alcanza a músculos y nervios con hormigueo en las extremidades, pérdida de sensibilidad, debilidad muscular, calambres y dolor. Algunos casos evolucionan con encefalopatía mostrando confusión, letargo y convulsiones. La insuficiencia cardíaca produce dificultad respiratoria y ahogo mientras que los edemas y la retención de líquido acompaña todo el proceso. La piel se vuelve amarillenta por depósito biliar y puede presentarse sedimentos de urea con la formación de un polvo blanco sobre la piel (escarcha urémica). Como ya se ha expresado, la función renal tiende a empeorar con el tiempo y la velocidad de evolución depende de factores asociados al paciente y su enfermedad de base. El tratamiento busca controlar los procesos que empeoran la función renal apoyado en medidas dietéticas y medicamentosas con el objetivo de detener o desacelerar el deterioro de la función renal mientras se establecen tratamientos independientes para las comorbilidades y complicaciones. La insuficiencia renal terminal o enfermedad renal en etapa terminal puede compatibilizarse con la vida con diálisis a largo plazo o trasplante renal donde ambas opciones disminuyen los síntomas y prolongan la expectativa de vida.

Capítulo IV. Hemodiálisis

El tratamiento renal sustitutivo (TRS) de la ERC avanzada, según publican Alcalde-Bezhold y otros (2021), incluye las modalidades de diálisis peritoneal (DP), HD, trasplante renal (donante cadáver y vivo) y tratamiento conservador. La hemodiálisis (HD) es definida por Rivera-Vázquez y Rojas (2017) como tratamiento sustitutivo donde una máquina emula la actividad renal depurando la sangre por medio de circulación extracorpórea. Durante la hemodiálisis, la sangre es conducida a un riñón artificial o filtro llamado dializador que está dividido en 2 partes separadas por una membrana que permite el intercambio entre la sangre del paciente (a un lado de la membrana) y una solución que permite extraer los residuos. La máquina de diálisis conduce la sangre a través del filtro para devolverla, posteriormente, al organismo.

Un centro o unidad de diálisis es un efector asistencial, hospitalario o extrahospitalario que proporciona tratamiento dialítico al paciente. La UHD es una unidad que brinda atención multidisciplinar en un espacio específico con unos requisitos estructurales y organizativos que le permiten funcionar en condiciones de seguridad, calidad y eficiencia. Aquellos pacientes cuya nefropatía es crónica y avanzada necesitan diálisis de forma continuada y se incluyen en programa de HDC (Alcalde-Bezhold y otros, 2021).

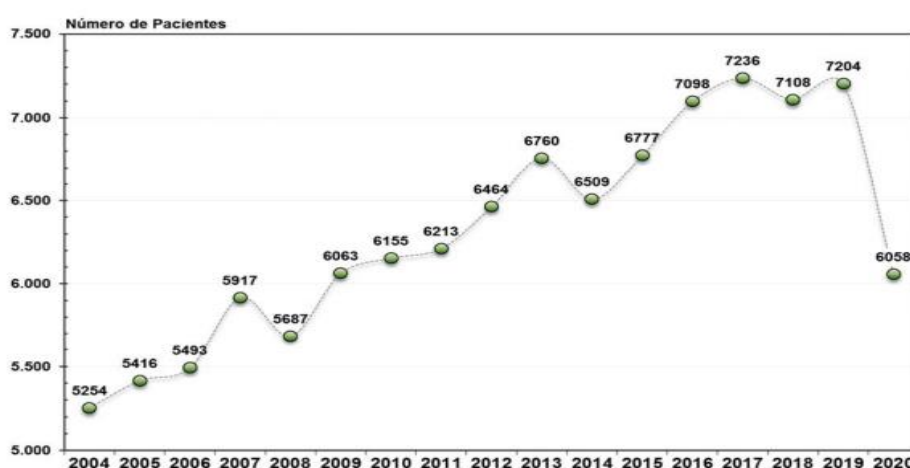
El 14º Informe del Registro Argentino de Diálisis Crónica (Marinovich y otros, 2020) condensa la información de Argentina de los últimos 17 años, y coloca al país en una posición de privilegio respecto de construir un documento actualizado con el seguimiento de las variables de mayor interés. De esta construcción participa el 99% de los Centros de Diálisis Crónica de Argentina que reportan los datos informatizados al Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA) dependiente del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). El registro de pacientes en HDC comprende a la población prevalente como cantidad total de pacientes en HDC durante un año calendario o parte de él incluyendo aquellos que reingresaron en dicho año; y, separadamente, a la población incidente que recibió HDC por primera vez en su vida. Las tasas de Incidencia o Prevalencia están expresadas por millón de habitantes. Es necesario aclarar que en el año 2020 se redujeron sensiblemente las tasas de incidencia en HDC y trasplante renal por el aumento significativo de la mortalidad de pacientes con ERC como consecuencia de la Pandemia SARS Cov-2.

La información recabada incluye variables relacionadas con el paciente y variables en relación al tratamiento efectuado en la primera y última UHD. Se codifica la identidad de los pacientes y se recopila una gran cantidad de información como nacionalidad, fecha de nacimiento, fecha de primera HDC en la vida, etiología de ERC, etiología confirmada o no por biopsia, supervivencia a fin del año en HDC, fecha de deceso, cantidad de UHD utilizados por el paciente en el año, comorbilidad al ingreso, variables antropométricas y bioquímicas al ingreso, variables sociales y económicas al ingreso, parámetros clínicos-bioquímicos en tratamiento dialítico y accesos vasculares. También las UHD, dominio ambiental que influirá en la CVRS del paciente, son codificadas y se recopila información como la provincia de residencia del centro, tipo de financiador de la HDC del paciente, modalidad dialítica del paciente en ese centro, fecha de primera HDC y de egreso en ese centro, causa primaria y secundaria de egreso y días de tratamiento en ese centro.

Al 31 de diciembre de 2020 había una tasa bruta de pacientes en HDC de 648 ppm (pacientes por millón de habitantes) que equivale a 29.423 pacientes y constituye el primer descenso histórico de pacientes desde 2004.

Figura 7: Incidencia de HDC en Argentina al 31 de diciembre de cada año.

Fuente: Marinovich y otros (2021).



En el transcurso de 2020, ingresaron a HDC 6.058 nuevos pacientes que representan una tasa bruta de 134 ppm y que implica 1.626 pacientes menos de los esperados. En efecto, entre 2019 y 2020 se pudo calcular una disminución del 2.9% en el número de pacientes y los autores del informe citado infieren que la disminución está vinculada con las muertes de COVID y vaticinan que puede continuar la tendencia en 2021. Las regiones Noroeste, Cuyo y Patagonia Norte presentan tasas más altas en relación a las

provincias de las regiones Centro, Noreste y Patagonia Sur. La provincia de Santa Fe, junto a sus pares del litoral y del noroeste argentino se encuentra en la zona de baja prevalencia de HDC de la Argentina, y es una de las 7 provincias con decrecimiento interanual consecutivo de la tasa entre 2013 y 2020. La HD es la práctica mayoritaria con un 92.39 % de la población prevalente en DC en Argentina.

La edad promedio de los incidentes 2020 fue de 59 años, el valor más bajo de los últimos 13 años como resultado de la disminución del porcentaje de pacientes mayores de 65 años. Las tasas de incidencia de varones y mujeres siguen mostrando disparidad (151 versus 95 ppm respectivamente). En cuanto a las etiologías, la Nefropatía Diabética es la primera causa de ingreso y la Nefroangioesclerosis la segunda. Casi todas las etiologías mostraron descenso de ingreso a excepción de la Nefropatía Lúpica. La primera modalidad dialítica es la HD en el 93.2 % de los pacientes; mientras que la diálisis peritoneal creció del 2.7 al 6.8 % del total en los últimos 13.

En cuanto a la correlación entre algunas variables al ingreso con la mortalidad/supervivencia, es probado que el ingreso bien programado a HDC disminuye el riesgo de muerte. Un ingreso programado define mejores condiciones clínicas y bioquímicas y los datos de referencia indican un mejor nivel de hematocrito, mayor TFG, albuminemia menor a 3.5 gr/dL. e inmunización anti Hepatitis B.

Independientemente de la condición de ingreso, estas variables van cambiando en la medida que avanza el tratamiento y van perdiendo sus características de déficit para volverse adecuadas o aceptables sobre todo en los primeros 3 a 6 meses. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA, Capital Federal) presenta los mejores valores de variables, cualesquiera de ellas que se trate.

El tiempo promedio de tratamiento sustitutivo en pacientes prevalentes aumentó significativamente entre 2004 (50.3 meses) y 2020 (59.2 meses) y alcanzó un nivel histórico máximo. Marinovich y otros (2021) especulan que sea consecuencia del aumento de trasplantes renales que aumenta la posibilidad de salida de HDC y prolonga el tiempo de tratamiento sustitutivo, aunque fuera necesario retornar al mismo por fallo de trasplante.

En resumen, los pacientes en HDC de Argentina aumentaron un 37 % entre 2005 (26.976 pacientes) y 2020 (36.949) con 9.973 pacientes dializados más que hace 16 años. El aumento en edad y la Nefropatía Diabética son factores con significativa mayor mortalidad; el género masculino siempre presentó mayor mortalidad bruta que el femenino y sigue aumentando la brecha. Sobre este total puede expresarse que la

sobrevida al año de tratamiento es de 78.7 %, a los 5 años de 40.2 % y a los 16 años de 4.4 %, configurando una mediana de sobrevida de 45.3 meses. Los primeros 90 días de tratamiento representa la mayor vulnerabilidad y mayor mortalidad con el 8.1% (8.464 pacientes) de la población que comienza DC fallecida en ese lapso.

Capítulo V. Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La inclusión del concepto de calidad de vida de los pacientes es una innovación en la visión tradicional centrada, exclusivamente, en la curación de la enfermedad y en el alivio del dolor en el contexto de búsqueda de bienestar físico, espiritual, emocional, mental y social de las personas. La definición de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es citada por Rivera-Vázquez y Rojas (2017) como el modo en el que las personas auto perciben su vida en relación a sus metas, expectativas y preocupaciones, y que lo sitúan en una posición en la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de normas y valores con los cuales interactúa. Esta autopercepción se encuentra permeada por la salud física, el estado psicológico, el grado de autonomía e independencia y las relaciones sociales. En relación a este abordaje de la calidad de vida, Merino-Martínez y otros (2019) expresan que esta visión ampliada ha promovido la incorporación de conceptos como el de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Entonces, la CVRS puede definirse como la evaluación subjetiva que realiza una persona del impacto de la enfermedad y el tratamiento sobre su funcionalidad y bienestar en los dominios ambiental, físico, psicológico y social.

En relación a los criterios para definir la CVRS existe dificultad para unificar criterios dado que se dispone de varias definiciones que responden a la multidimensionalidad del concepto y de los distintos factores intervinientes. Al respecto, Cevallos-Tapia y otros (2019) citan distintos autores con aportes al respecto: por ejemplo, Cabedo (2003) establece la complejidad conceptual en el carácter subjetivo e íntimo de la percepción y lo compara con el sentimiento que se describe como bienestar o como felicidad. Refiere que tener una buena calidad de vida, en términos sencillos y sociales, pueden interpretarse como sentirse bien y llevar una vida a gusto. Por su parte, Campolina y Ciconelli (2006) amplían la conceptualización incorporando la caracterización de dinámico, amplio y polisémico del concepto y de sus variaciones acorde, no solamente a la percepción individual, sino a las diferencias semánticas, culturales y de ámbitos de aplicación; en tanto que Robles y otros (2016), refieren que dicha subjetividad, no solamente dificulta encuadrar variables de CVRS sino que ha producido discrepancias en su evaluación. Un aporte necesario de Li, y otros (2004) indica que las mediciones pueden discrepar mucho entre una cultura y otra. Las mediciones de CVR, indiscutiblemente necesarias en la práctica sanitaria, incluyen los índices terapéuticos (que revelan la presencia y severidad de la enfermedad), las

medidas del estado de salud (que establecen diferencias clínicas entre pacientes con la misma patología) y la percepción subjetiva del paciente del estado clínico y su situación de salud. Como puede observarse, se incorporan componentes que no dependen directamente de la patología y que afectan el grado de satisfacción-insatisfacción de los pacientes tales como: la manera en que se presta el servicio, la accesibilidad y costo del mismo, la actitud del equipo profesional, y el dominio ambiental en relación de la UCH. De esta manera, lo expresado por el paciente y las conclusiones médicas encuentran diferencias y es necesario considerar ambas para una valoración integral de la situación, aunque cierto es que la palabra final es médica, no queda excluida la opinión de los pacientes (Cevallos-Tapia y otros 2019).

El ingreso al tratamiento de HDC, afirman Rivera-Vázquez y Rojas (2017), desencadena una situación de crisis en la que el paciente debe hacer un esfuerzo por adaptarse y rediseñar su vida en función de las limitaciones de su enfermedad. Desde los conceptos expresados en la Triple Teoría de Autocuidado de Dorotea Orem, las personas presentan aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales de salud interactuantes entre sí y con condiciones ambientales que influyen directamente en el estado de vida. Situaciones de enfermedad pueden limitar en distinto grado la autonomía de autocuidado de los pacientes generando un déficit en el cumplimiento de dichos requisitos de autocuidado que deben ser valorados y medidos para que la actividad de Enfermería incluya las acciones de complemento de los déficits encontrados.

Entonces, Merino-Martínez y otros (2019) indican que el empleo de medidores de CVRS se vuelve fundamental en los procesos crónicos porque, si bien los avances científicos y técnicos ofrecen herramientas para mejorar la CVRS, aún se manifiestan diferencias en la calidad de vida de los pacientes crónicos respecto de la población en general. Existe acuerdo en realzar la importancia de los dominios psicosociales como variables fundamentales y determinativas de la CVRS donde la depresión es factor predictor de deterioro de la CVRS afectando los dominios de la función física, social y de salud mental. Los pacientes en HD sufren cambios bruscos en su modo de vida en un plazo breve de tiempo ligados a la enfermedad y al propio tratamiento pudiendo presentar trastornos ansioso-depresivos que aumentan el riesgo de morbilidad.

Para avanzar sobre las áreas más afectadas en la CVRS del paciente en HD, Rivera-Vázquez y Rojas (2017) proponen tres dominios centrales como el físico-ambiental, el psicológico y el social. En el primero, se evalúa la sintomatología, el funcionamiento

físico y la discapacidad; en el psicológico se incluyen el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; mientras que en el social se valoran las relaciones interpersonales, la vida cotidiana y la rehabilitación laboral. Específicamente, el paciente con ERC y HDC, ve afectado el dominio físico por la sensación de debilidad general y la variada sintomatología asociada a la enfermedad, en tanto que el dominio psicológico depende de aquellos pensamientos y sentimientos que maneja el paciente, mientras que el dominio social se enfoca en la nueva percepción de sí mismo y de su entorno.

Una ampliación de estas áreas afectadas se aporta en Merino-Martínez y otros (2019) quienes, basados en las Escalas Específicas para Enfermedades Renales (KDQOL), observan como dimensiones más afectadas: la situación laboral, la carga de la enfermedad renal, la función sexual y el sueño. Además, habría mejor calidad de vida en relación a las herramientas cognitivas y la calidad de las relaciones sociales del paciente, la actitud del personal de la UHD, y la satisfacción del paciente respecto al desarrollo de su tratamiento. Estos niveles de satisfacción coinciden con evaluaciones del equipo de salud referidas al grado de amabilidad, interés y apoyo que brindan. Cuando Rivera-Vázquez y Rojas (2017) observan resultados obtenidos con el test WHOQOL-BREF para evaluar los puntajes promedio y la calidad de vida de los pacientes, relevan que el dominio más afectado en los pacientes renales crónicos es el físico y el mejor conservado es el dominio social, además de confirmar que las herramientas cognitivas y sociales de los pacientes producen resultados muy dispares, aún en situaciones clínicas y de tratamiento muy semejantes.

Considerando las afirmaciones de Merino-Martínez y otros (2019) a partir de una revisión de resultados específicos para la enfermedad renal que brinda el KDQOL y de sus similares expresadas en la revisión de Rivera-Vázquez y Rojas (2017) aplicando WHOQOL-BREF, puede expresarse que la CVRS está condicionada por limitaciones físicas que, aunque permitan realizar actividades de la vida diaria, condicionarán la actividad productiva o laboral en una primera instancia y limitarán el autocuidado y las actividades domésticas de manera progresiva. Así, la CVRS queda muy relacionada con la edad y antigüedad del tratamiento de HD aumentando el grado de dependencia del paciente y la comorbilidad a medida que transcurre el tiempo.

El tratamiento sustitutivo con HD tiene como propósito asistir al enfermo renal en la mejor calidad de vida posible durante la transición hacia el trasplante o la muerte. Esta actividad, según afirman Partida Ponce y otros (2019), involucra a un equipo

profesional, al paciente y a su familia, y tiene en Enfermería un rol que articula el conjunto de las acciones para alcanzar un abordaje integral e interdisciplinario de la problemática. Enfermería en la UHD tiene competencia para identificar necesidades del enfermo y organizar el cuidado durante el tratamiento sustitutivo con calidad, calidez y efectividad.

Figura 8: Actividades sugeridas del rol Enfermería en la UHD. *Fuente:* Partida Ponce y otros (2019).

Actividades de cuidado durante el procedimiento de hemodiálisis	Pre	Se incluyen en cada fase actividades dependientes, independientes e interdependientes. 13 actividades en el Pre, 15 actividades en el Trans, y nueve actividades en el Post. El total de 37 actividades diferentes que debe realizar la enfermera durante la hemodiálisis se concentran en las funciones de valoración física y emocional del paciente, cuidados físicos y emocionales al enfermo, preparación, monitoreo y cuidados de la máquina de hemodiálisis.
	Trans	
	Post	
Actividades administrativas	• Elaboración diaria de la bitácora de máquinas y planta de tratamiento de agua. Reporte del funcionamiento y/o fallas en los monitores y realizar respectivo reporte en caso necesario. • Revisión de los expedientes, resultados actualizados de serología de panel viral, indicaciones médicas. • Registros en hojas de enfermería • Realizar los reportes a trabajo social si así se requiere. • Programación semanal de pacientes. • Registro de la productividad diaria. • Elaborar solicitar de medicamentos para el servicio. • Elaborar el cronograma de actividades. • Elaborar semanalmente las actividades. • Elaborar solicitud, registro, e inventario de material de hemodiálisis (insumos kits, dializador, líneas sanguíneas, bicarbonato entre otros). • Elaborar reporte mensual productividad. • Registro de complicaciones y seguimiento a estudios de laboratorio solicitados.	
Actividades educativas	• Programación del curso inicial de hemodiálisis teórico – práctico a las enfermeras de nuevo ingreso así como a las enfermeras de servicio social. • Brindar orientación y capacitación a los/las estudiantes de enfermería. • Brindar orientación específica a los pacientes y/o familiares en situaciones que así lo ameriten. • Programar sesiones académicas en servicio para el personal de enfermería sobre un tema: como Anticoagulación en hemodiálisis, Manejo de accesos vasculares etc.	

Rivera-Vázquez y Rojas (2017) afirman que el rol de Enfermería permite planificar intervenciones individualizadas a partir de la valoración frecuente de los parámetros de capacidad funcional y de conocimientos frente a la enfermedad que padece el enfermo, de modo que el paciente disponga de alternativas para satisfacer sus necesidades y buscar mejorar su CVRS frente a una enfermedad crónica y progresiva de tratamiento invasivo y continuado que impacta en el estilo y hábito de vida. De esta manera, Partida Ponce y otros (2019) revelan que el papel de los profesionales de Enfermería en la UHD presenta la complejidad de asumir diferentes roles que incluyen la especialidad disciplinar, la experticia en el manejo tecnológico de los dispositivos, la capacidad para educar al paciente y la de ser un orientador y facilitador emocional del paciente y su entorno familiar.

En resumen, resulta evidente que la HDC impacta en la CVRS de los pacientes por exponerlo a distintas fuentes de ansiedad como la dependencia a una máquina; a un espacio físico particular y a un equipo médico; las prescripciones dietarias, la adhesión a un tratamiento multifarmacológico y la dificultad para reordenar el presente y vislumbrar un futuro. Los cambios bioquímicos que se producen en la medida que avanza la enfermedad y el tiempo de permanencia en HD producen manifiesta debilidad y fragilidad que se refleja en el dominio físico con una apariencia de envejecimiento aún en personas jóvenes, situación que ha provocado que la ERC se asocie a la edad avanzada y al proceso de envejecer. El dominio psicoemocional es uno de los indicadores más significativos para la medición de CVRS por la influencia que ejerce y, a su desequilibrio, se le atribuye la aparición de estrés, trastornos de ansiedad y de depresión. Además, el dominio es fundamental para mantener la adaptación al proceso de HD, muchos pacientes que logran mantener este equilibrio se adaptan a sus nuevas condiciones de vida manteniendo una CVRS en niveles aceptables. En el dominio social el deterioro es evidente e inevitable y tienen relación directa con el tiempo de demanda de la HD y el desgaste consecuente que ocasiona; se irá circunscribiendo, progresivamente, al apoyo del círculo cercano de familiares y amigos. Este dominio impacta sobre la situación económica del paciente por la limitación de realizar trabajo remunerado estable y el problema puede canalizarse a través de acciones solidarias del estado o de las organizaciones (Cevallos-Tapia y otros, 2019).

Abordaje metodológico

Diseño

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo para medir un fenómeno y representar las cantidades de esa medición con herramientas estadísticas. Se ejecutó un estudio de tipo descriptivo para exponer el nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en hemodiálisis y los dominios de la CVRS en relación a la antigüedad del tratamiento.

Además, tuvo un corte transversal porque se aborda lo que está sucediendo en dicho grupo de pacientes en un momento determinado en diciembre de 2022.

Área de estudio

El centro de alta complejidad donde se realizó el estudio se encuentra incorporado a un hospital fundado hace más de 100 años debido a la demanda de atención de la salud por parte de inmigrantes, para sí mismos y sus descendientes. Su construcción fue erigida sobre terrenos donados por el Dr. Rafael Calzada. Bajo su misión de alcanzar los más altos estándares de calidad y eficiencia, se estableció como un referente de la actividad tanto asistencial como de formación de nuevos profesionales (Dolce, 2021).

En 1998, la Asociación Médica de Rosario (AMR) asume su dirección pasa a formar parte de la Red AMR, red Prestacional y Social fundada en 1932 con el objetivo de defender el trabajo médico legítimo. Desde su cambio de gestión, el hospital ha iniciado un proceso de modernización y adecuación funcional, logrando incorporar nuevas tecnologías y cuadruplicando el número de camas disponibles para internación (AMR, 2022).

Dentro del hospital existen un gran número de servicios especializados en la atención médica de salud; entre ellos está el Servicio de Nefrología y Hemodiálisis a cargo de una empresa de procedencia alemana considerada líder mundial y es el mayor prestador asistencial de servicios de diálisis nacional, a la vez que fabrica, distribuye y exporta dichos productos. Esta UDH donde se propone realizar esta investigación tiene una capacidad real de 23 sillones por cada turno para el tratamiento y cuidados que requiera la enfermedad durante las horas realizadas. Además, es reconocido como centro de alta complejidad, ya que el tratamiento trata de una mejor calidad de vida de cada paciente, tiene capacitación continua para todo el personal activo a través de cursos online. La atención está dirigida a los pacientes renales crónicos en sus diversos estadios y vincula

las áreas de prevención, acción clínica temprana, terapias sustitutivas y trasplante; a la vez que desarrolla acciones en el campo del cuidado de pacientes en riesgo de enfermedad renal avanzada.

Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes en HDC del sitio de investigación descrito y que concurren durante el turno de la mañana, resultando un total de 15. Debido a que la población de estudio no fue numerosa, pudo accederse al total de los pacientes que se dializaron durante diciembre de 2022.

Para llevar a cabo el estudio de campo fueron criterios de inclusión ser mayor de 18 años y encontrarse en HDC durante el turno mañana. Fue criterio de exclusión que los pacientes que no estuvieran en condiciones de responder el cuestionario o que no completaran el consentimiento informado.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se aplicó la técnica de encuesta utilizando como instrumento la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF en su versión española de la adaptación del Servicio Andaluz de Salud (2010) y que fuera validada para el idioma por Espinoza y otros (2011). La escala constó de 26 preguntas (ver anexo II) que relevaban la CVRS que refieren los pacientes en sus dominios físico, ambiental, psíquico y social. Se completó el cuestionario con información sociodemográfica de interés como sexo, edad, fecha que inició su tratamiento en hemodiálisis, nivel de formación, situación laboral, tipo de ayuda económica que recibe, familiares convivientes y referente que lo asiste. El instrumento fue validado en 5 pacientes durante el mes de noviembre, previo al estudio y pudo verificarse que los planteos se comprendían y que el completado no presentaba dificultad y podía completarse en unos minutos.

Consideraciones éticas

Se solicitó y obtuvo por escrito el consentimiento informado de todas las personas que autocompletaron el instrumento (ver anexo I). Al invitarlas a participar en la investigación, se les comunicó la información acerca de la finalidad, duración, metodología y los criterios de finalización de su participación, enfatizando el derecho a retirarse en cualquier momento de la misma, si así lo deseaban. Con el propósito de preservar la confidencialidad de la información proporcionada, se codificaron todos los

datos que permitieran identificar al participante con el fin de proteger los datos personales, resguardar su identidad y asegurar su anonimato. Se expresaron claramente el compromiso de guardar la debida confidencialidad sobre los datos personales de los participantes en el proyecto, tanto en los procesos de su obtención, tratamiento y conservación, como en la posterior publicación de los resultados.

Presentación y análisis de resultados

Para comenzar la descripción de las características sociodemográficas de los pacientes, resultaron un total de 15 encuestados con una mayoría de hombres y un promedio de edad de 58,9 años en un rango entre 40 y 79. Un poco más de la mitad de los encuestados tenían 59 años o menos.

Tabla 1. Características socio-demográficas género, edad y estudio de los pacientes encuestados. Frecuencias absolutas y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Masculino	10	66,66
Femenino	5	33,33
Edad		
59 años o menos	8	53,33
60 a 69 años	5	30,00
70 años o más	2	13,33
Estudios		
Primarios	4	26,66
Secundarios	7	46,66
Terciarios	3	20,00
Universitario	1	6,66
Fuente: datos de la encuesta.		

El promedio de edad (58,9 años) y el predominio de grupo etario (59 años o menos) resultaron similares a los hallados por Capote Leyva y otros (2019) pero resultaron menores a los de Pretto y otros (2020), donde los 60 años fue una edad predominio para el inicio de HD en pacientes. Sin embargo, se coincide con los autores citados en el predominio del género masculino y del nivel de escolaridad medio y alto. Más de la mitad de los pacientes encuestados tenían escolaridad secundaria o terciaria completa, Merino-Martínez y otros (2019) afirman que las herramientas cognitivas permiten alcanzar una mejor calidad de vida.

Por su parte, la Sociedad Argentina de Nefrología (SAN) ha publicado que la prevalencia de ERC aumenta con la edad donde un estimado del 25% de las personas

entre 65 y 75 años, y la mitad de los mayores de 75 padecen algún grado de deterioro de la función renal, siempre con predominio masculino (151 versus 95 ppm respectivamente). La edad promedio de los incidentes de ingreso a HD fue de 59 años hacia 2020, y significó una disminución importante respecto a los años precedentes, según opinan varios autores, producto de la mortalidad de los pacientes más añosos durante la pandemia (Marinovich y otros, 2021).

Tabla 2. Características socio-demográficas situación laboral, ayuda económica y convivientes de los pacientes encuestados. Frecuencias absolutas y porcentajes.		
	Frecuencia	Porcentaje
Situación laboral		
Jubilado/a	8	53,33
Pensionado/a	4	26,66
Ama de casa	3	20,00
Activo/a	2	13,33
Recibe ayuda		
No	11	73,33
Sí	4	26,66
Convivientes		
Cónyuge	8	53,33
Familia	3	20,00
Madre o hermano	2	13,33
Solo	2	13,33
Fuente: datos de la encuesta.		

En continuidad con la descripción de las características sociodemográficas de los pacientes, un poco más de la mitad son jubilados. Cuatro pacientes (27%) reciben ayuda gubernamental extra con asignación de pensiones, tres de tipo graciable y una por discapacidad. La mayoría de los pacientes tiene contención afectiva de tipo familiar y los dos pacientes que viven solos procuran asistencia en terceros.

Estos resultados confirman las estimaciones generales de predominio de pacientes en HD convivientes con cónyuge o familia y en situación de jubilación o pensión (Pretto y otros, 2020).

Las fechas de inicio de tratamiento se distribuyeron entre noviembre de 2015 y diciembre de 2022 comprendiendo un lapso de 7 años y 2 meses (86 meses). De esta manera, hubo 8 pacientes en HD entre 2015 y 2019 con una antigüedad de tratamiento entre 40 y 86 meses (mayor de tres años) y 7 pacientes desde 2020 a la fecha (diciembre 2022) con una antigüedad entre 1 y 32 meses (menor de tres años). Para comparar ambos grupos se los referirá como pacientes de mayor antigüedad y pacientes de menor antigüedad, respectivamente.

Tabla 3. Fecha de inicio de HD y antigüedad del tratamiento en los pacientes encuestados.

	Fecha de inicio HD	Meses de antigüedad en HD
Paciente 1	nov-15	86
Paciente 2	sep-16	76
Paciente 3	may-18	56
Paciente 4	jul-18	54
Paciente 5	nov-18	50
Paciente 6	dic-18	49
Paciente 7	jul-19	42
Paciente 8	sep-19	40
Paciente 9	may-20	32
Paciente 10	jul-20	30
Paciente 11	jun-21	19
Paciente 12	oct-22	3
Paciente 13	dic-22	1
Paciente 14	dic-22	1
Paciente 15	dic-22	1

Fuente: datos de la encuesta.

Para determinar el nivel de la CVRS y sus dominios, se asignó puntaje a las respuestas en una escala tipo Likert, se sumaron y se promediaron por el total de encuestas, de manera que pudo obtenerse la categoría de respuesta promedio resultante por cada indicador.

Tabla 4. Nivel de CVRS percibida por los pacientes según antigüedad del tratamiento.		
	Más antiguos	Menos antiguos
Califique su calidad de vida	normal	normal
Satisfacción con su salud	un poco insatisfecho/a	un poco insatisfecho/a
Fuente: datos de la encuesta.		

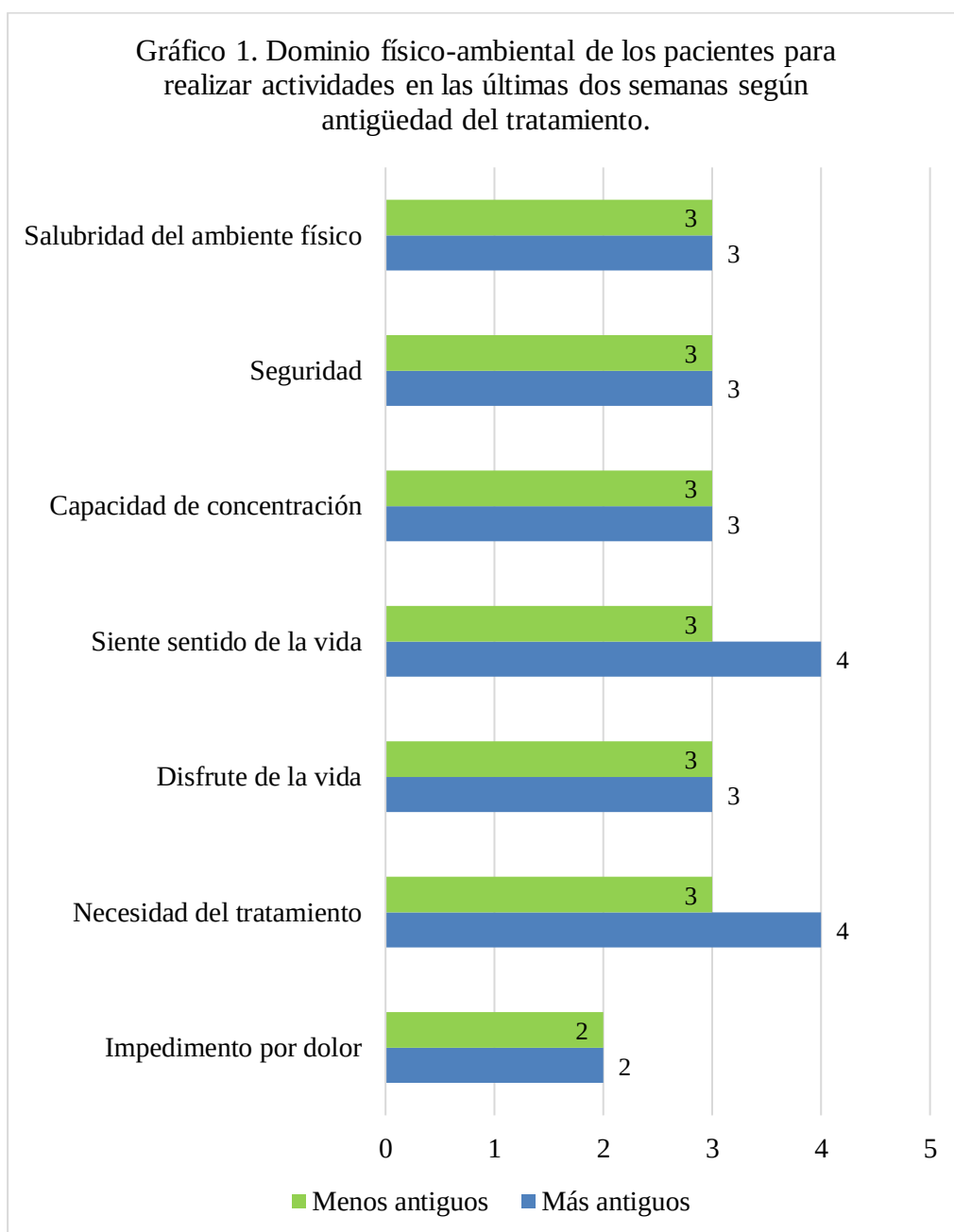
En cuanto el nivel de la CVRS, la calificación de calidad de vida percibida por los pacientes no mostró diferencia entre los grupos y alcanzó el valor intermedio de la escala (normal). Estos resultados son mejores que los publicados en Rivera-Vázquez y Rojas (2017) donde se describen resultados de baja calidad de vida en un 41% de sus casos estudiados, o en Pretto y otros (2020) que alcanzaron una media general de nivel de CVRS del 63% de los casos.

En cuanto a la satisfacción con su salud, tampoco hubo diferencia entre los dos grupos de pacientes y alcanzaron un estadio inferior respecto de la calidad de vida (un poco insatisfecho/a). Parece importante contrastar estos resultados con la advertencia de Merino-Martínez y otros (2019) quienes aceptan la importancia del empleo de medidores de CVRS, pero proponen que las mediciones deberían compararse con los mismos indicadores aplicados a la población no HD, de manera de evaluar comparativamente de manera más precisa la percepción de calidad de vida y calidad de salud.

Tabla 5. Emociones negativas percibidas en las últimas dos semanas según antigüedad del tratamiento de los pacientes.			
	Valor total respuestas	Media	Valor Likert
Grupo más antiguo	19	2,37	raramente
Grupo menos antiguo	20	2,85	raramente
Fuente: datos de la encuesta.			

Sobre las emociones percibidas en las últimas dos semanas, el promedio de valoración de respuestas para ambos grupos reveló que, raramente, tuvieron sentimientos negativos. No obstante, los de menor antigüedad mostraron una tendencia a alcanzar la categoría superior de percepción (moderadamente).

Respecto de esta tendencia, Pretto y otros (2020) advierten la importancia de monitorear este tipo de emociones porque son predictores de síntomas depresivos, complicaciones y baja adhesión a la medicación; Merino-Martínez y otros (2019) acuerdan que los dominios psicosociales son variables fundamentales y determinativas donde la depresión es factor predictor de deterioro de la CVRS.

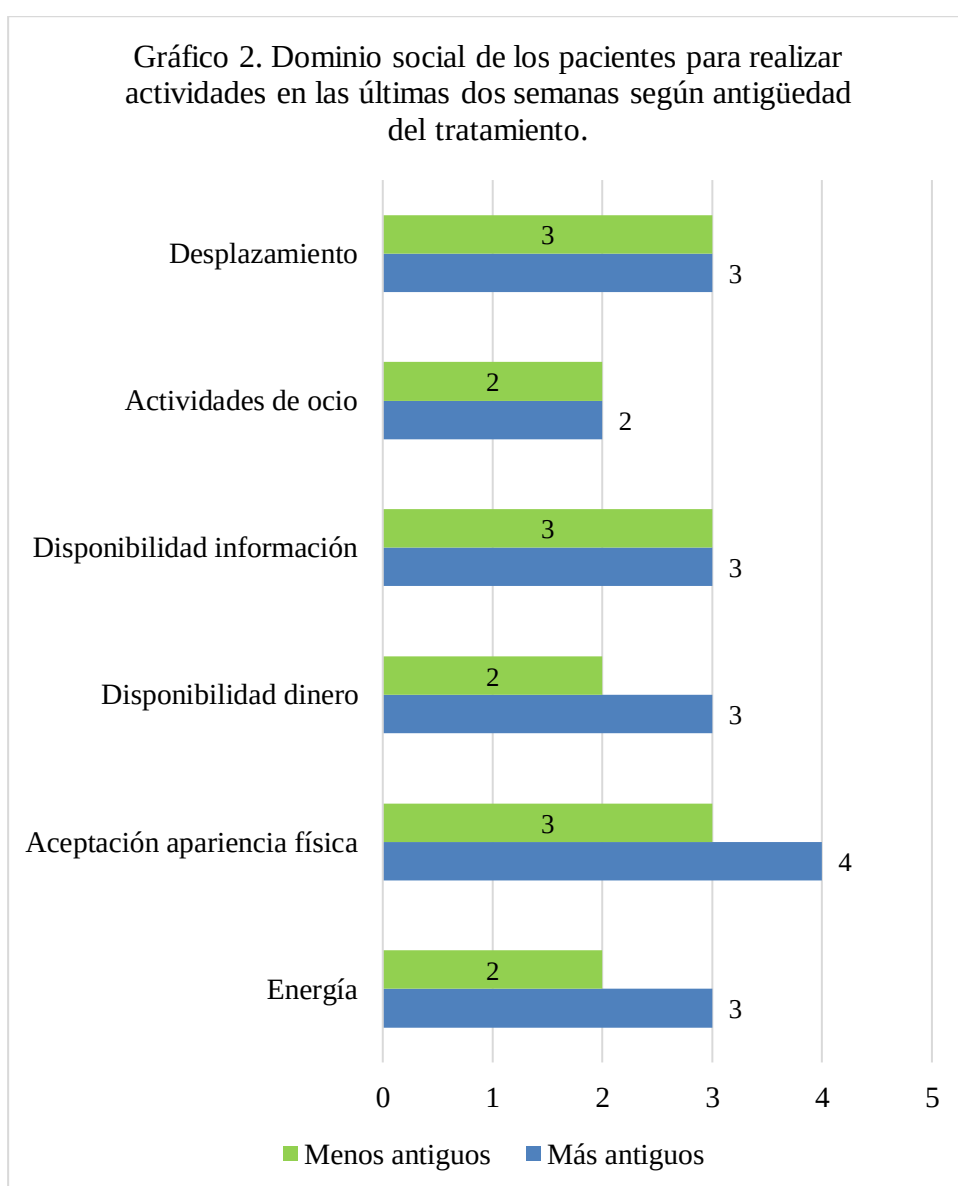


Fuente: datos de la encuesta.

Sobre la condición físico-ambiental en las últimas dos semanas, los pacientes expresaron que predominó una perspectiva de normalidad (valor 3) para realizar

actividades como mantener la salubridad del ambiente, las condiciones de seguridad, la capacidad de concentración y el disfrute de la vida. El dolor solamente representó un poco (valor 2) de impedimento para hacer actividades. Los más antiguos sintieron mayor necesidad del tratamiento, pero tuvieron una mejor perspectiva del sentido de la vida (valor 4 en ambos casos).

Estos resultados contrastan con los hallazgos de Pretto y otros (2020) y Merino-Martínez y otros (2019) donde las limitaciones por problemas físicos hicieron que el componente físico promedio fuera más bajo que los demás componentes; o el de Rivera-Vázquez y Rojas (2017) donde el dominio físico-ambiental resultó afectando a casi a mitad de su población de estudio.



Fuente: datos de la encuesta.

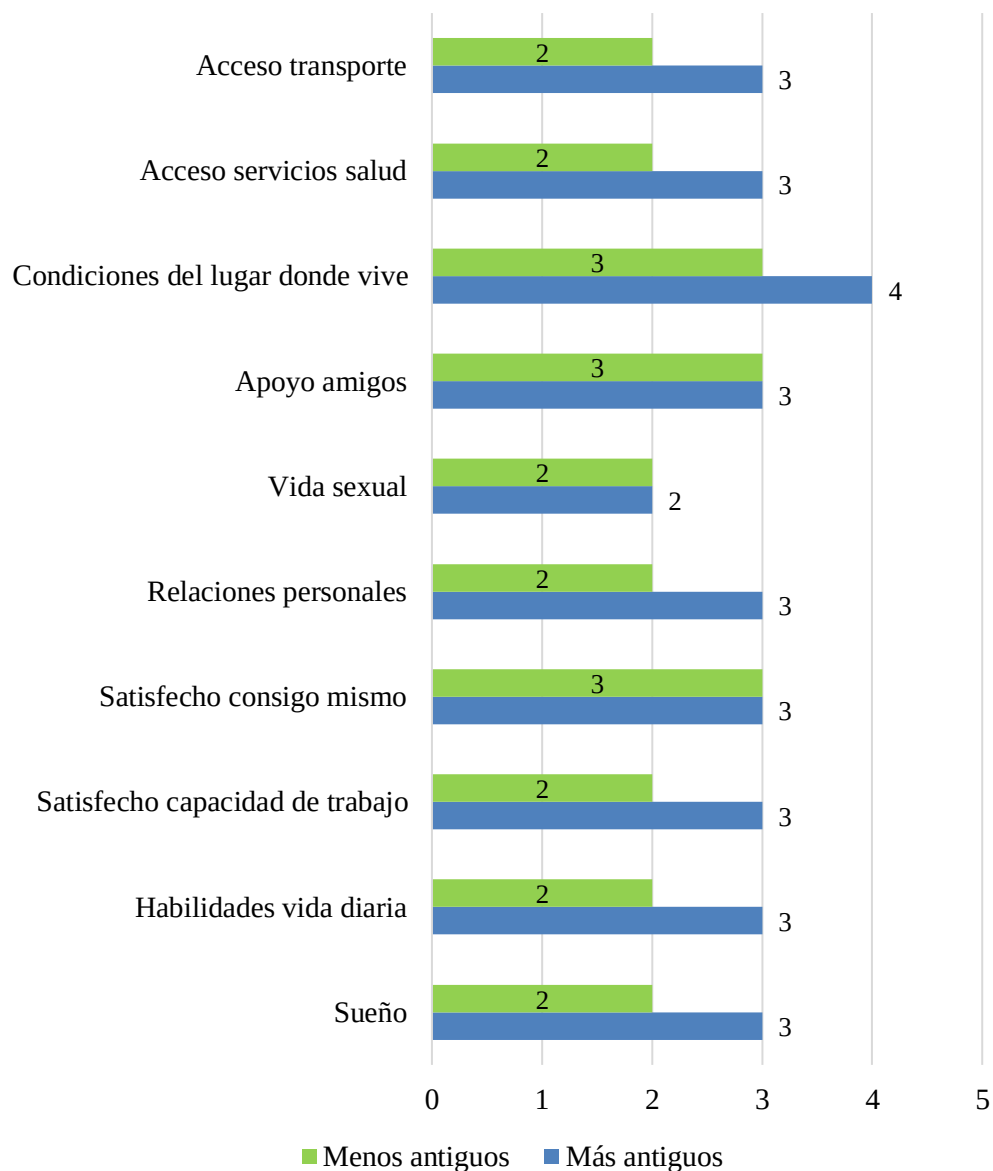
En cuanto al dominio social, ambos grupos de pacientes pudieron realizar solamente un poco de actividades de ocio (valor 2), pero las actividades de desplazamiento y de acceso a la información tuvieron un nivel normal (valor 3). Los pacientes menos antiguos tuvieron una menor disponibilidad de dinero y de energía (un poco, valor 2) en relación a los pacientes más antiguos que revelaron una disponibilidad normal (valor 3). Los pacientes con mayor antigüedad tuvieron bastante aceptación de la apariencia física (valor 4).

Así como se señaló que las herramientas cognitivas permitían mejor la CVRS, Merino-Martínez y otros (2019) sostienen que la calidad de las relaciones sociales del paciente es central en el mismo sentido. Estas herramientas cognitivas y sociales de los pacientes podrían explicar resultados dispares, aún en situaciones clínicas y de tratamiento muy semejantes. Rivera-Vázquez y Rojas (2017) observan resultados donde el deterioro físico tiene mejor tolerancia cuando el dominio social está desarrollado. Merino-Martínez y otros (2019) concluyen que la centralidad del entorno social en el apoyo psicoemocional, físico y económico del paciente en HD son fundamentales en la percepción de calidad de vida y de salud.

Para finalizar, respecto del dominio psicológico, nuevamente los menos antiguos mostraron niveles inferiores. Ambos grupos se sintieron un poco insatisfechos en su vida sexual (valor 2) y definieron como *lo normal* (valor 3) el apoyo de los amigos y la satisfacción consigo mismos. Los pacientes con mayor antigüedad definieron como *lo normal* (valor 3) el acceso a transportes y servicios de salud, las relaciones personales, las capacidades para el trabajo y la vida diaria, y para el descanso. Por su parte, los pacientes con menor antigüedad en tratamiento se percibieron un poco insatisfechos respecto de estos mismos dominios psicológicos. Los pacientes con mayor antigüedad también valoraron mejor el lugar donde viven y manifestaron sentirse bastante satisfechos (valor 4).

Partida Ponce y otros (2019) creen que el mayor desafío en este tipo de pacientes se encuentra cuando es compleja tanto la condición física como emocional; la función sexual y el sueño suelen estar más afectados (Merino-Martínez y otros, 2019).

Gráfico 3. Dominio psicológico de los pacientes para realizar actividades en las últimas dos semanas según antigüedad del tratamiento.



Fuente: datos de la encuesta.

Conclusiones:

La población en estudio estuvo conformada por 15 pacientes en HD encuestados que confirmaron tendencias nacionales sociodemográficas respecto del predominio de hombres, con 59 años o menos, nivel educativo secundario o superior, en convivencia con cónyuge o núcleo familiar, y jubilado o pensionado.

La percepción de CVRS general que tuvieron los pacientes de una Unidad de Hemodiálisis de la ciudad de Rosario durante diciembre de 2022 no mostró diferencias entre un grupo de pacientes con más de tres años de tratamiento y otro con menos de tres años. Los pacientes calificaron su calidad de vida como normal, pero expresaron sentirse un poco insatisfechos con su calidad de salud. Además, ambos grupos expresaron que raramente tienen sentimientos negativos.

La condición físico-ambiental tuvo una perspectiva de normalidad donde ambos grupos reflejaron cierta influencia del dolor en las actividades diarias, en tanto los más antiguos sintieron mayor necesidad del tratamiento y tuvieron una mejor perspectiva del sentido de la vida.

El dominio social reveló un déficit en el ocio y la actividad en ambos grupos, y un déficit de energía y de dinero para la vida diaria en los pacientes menos antiguos. Por su parte, pudo relevarse una mejor aceptación de la apariencia física en los pacientes con mayor antigüedad.

En el dominio psicológico, los pacientes con menor antigüedad en el tratamiento mostraron insatisfacción en la mayoría de los indicadores, los más antiguos compartieron una valoración deficitaria en la satisfacción sexual, pero tuvieron una mejor percepción de las condiciones del lugar donde viven.

Los datos muestran algunas percepciones en común entre dos grupos con distinta antigüedad en el tratamiento hemodialítico; con un mejor estado psicológico y emocional, de aceptación física, del hábitat y del sentido de la vida por parte de quienes superan los tres años de tratamiento. Según referencias teóricas, estas fortalezas psicosociales serían la explicación de los mejores resultados de dominio físicoambiental. Es posible que el transcurso del tiempo de tratamiento sea necesario para construir y ordenar ambos dominios.

Por otra parte, el déficit en el dominio psicológico de los hemodializados con menor antigüedad debe generar una intervención pronta dada la importancia que tiene como predictor de deterioro general y de presentación de fenómenos depresivos. Según los

aportes de otros autores, es posible que los pacientes con un tratamiento más antiguo hayan tenido

Se concluye que la técnica de recolección de datos y el instrumento utilizado permitieron obtener la información suficiente y amplia para cumplir los objetivos propuestos y tener una mayor aproximación a la perspectiva de los pacientes.

Como recomendaciones, debe considerarse que la calidad de las relaciones sociales del paciente incluye el espacio social de HD, por lo que la actitud del equipo de la unidad es un recurso que debe estar disponible para los pacientes. El rol de Enfermería dispone de la valoración frecuente de los parámetros de capacidad funcional que le permiten, junto al paciente, explorar alternativas para satisfacer sus necesidades y buscar mejorar su CVRS.

Referencias bibliográficas

- Alcalde-Bezhold, G. y otros (2021). Guía de unidades de hemodiálisis 2020. *Revista Nefrología*, Vol. 41. Núm. S1. Diciembre 2021, páginas 1-78
DOI: 10.1016/j.nefro.2021.07.011. <https://revistanefrologia.com/es-guia-unidades-hemodialisis-2020-articulo-S0211699521001685>
- Asociación Médica de Rosario (2022). *Institucional*. <https://red.amr.org.ar/institucional/>
- Capote Leyva, E., Ortiz González, M., Argudín Selier, R., Viada González, C., Capote Pereira, L., & Rupalé, I. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en la morbilidad del paciente en hemodiálisis periódica. *MediSur*, 17(1), 62-73.
<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v17n1/1727-897X-ms-17-01-62.pdf>
- Cevallos-Tapia A.delR., Anchundia-López, A., Vélez-Franco, M., Cedeño-Álava, C., Santana-Salvatierra, Z. & Aguilar-Aguilar, M.A. (2019). Calidad de vida en pacientes con tratamiento terapéutico de hemodiálisis. *Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818 Vol. 5, núm.1., ene, 2019, pp. 3-31.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6869946.pdf>
- Costa, G., Pinheiro, M.B., Medeiros, S., Costa, R. & Cossi, M. (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global*, 15(43), 59-73.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003&lng=es&tlng=es
- Dolce, K. (2021). *El Hospital Español cumple 109 años*. Rosario por conocer.
<https://www.rosarioporconocer.com/el-hospital-espanol-cumple-109-anos/>
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M.J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- Fresenius Medical Care (2022). *Fresenius Medical Care en Argentina*.
<https://www.freseniusmedicalcare.com.ar/es-ar/quienes-somos/fresenius-medical-care-en-argentina>
- Hospital Español (2022). *Servicio de Nefrología y Hemodiálisis*.
<https://he.amr.org.ar/servicios/dialisis/>

Latarjet, M. & Ruiz Lyard, A. (2007). *Anatomía humana*. 4ta ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.

Malkina, A. (2022). *Enfermedad renal crónica o nefropatía crónica*.
Modificación/revisión completa.

<https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/insuficiencia-renal/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica-o-nefropat%C3%ADa-cr%C3%B3nica>

Marieb, E. (2008). *Anatomía y fisiología humana*. Cap. XV El aparato urinario. PEARSON EDUCACIÓN, S. A. Madrid.

[https://ifssa.edu.ar/ifssavirtual/cms/files/LIBRO%20IFSSA%20Anatomia.y.Fisiologia.Humana.Marieb%209aed.%20\(1\).pdf](https://ifssa.edu.ar/ifssavirtual/cms/files/LIBRO%20IFSSA%20Anatomia.y.Fisiologia.Humana.Marieb%209aed.%20(1).pdf)

Marinovich, S., Bisigniano, L., Rosa Diez, G., Hansen Krogh, D., Celia, E., Tagliafichi, V., Fayad, A. & Haber Shaalo, V. (2021). *Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2020*. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2021. [https://www.san.org.ar/wp-content/uploads/docs/Registro%20Argentino%20de%20Di%C3%A1lisis%20Cr%C3%B3nica%202020%20\(SAN%20-%20INCUCAI\).pdf](https://www.san.org.ar/wp-content/uploads/docs/Registro%20Argentino%20de%20Di%C3%A1lisis%20Cr%C3%B3nica%202020%20(SAN%20-%20INCUCAI).pdf)

Merino-Martínez, R.M., Morillo-Gallego, N., Sánchez-Cabezas, A.M., Gómez-López, V.E. & Crespo-Montero, R. (2019). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enferm Nefrol*. 2019 Jul-Sep;22(3):274-83.
<https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n3/2255-3517-enefro-22-03-274.pdf>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease (2018). *Los riñones y su funcionamiento*. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/rinones-funcionamiento>

Partida Ponce, K., Tejada-Tayabas L.M., Chávez González, Y., Hernández Haro, O, Lozano Zúñiga, M. & Anguiano Morán, A.C. (2019). El cuidado de enfermería a los enfermos renales en hemodiálisis: desafíos, dilemas y satisfacciones. *Rev. esc. enferm. USP*
53 <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/yX3zxJHLnpR9XLXgvwzVH3d/?lang=es>

- Pretto, C., Winkelmann, E., Hildebrandt, L., Barbosa, D., Christiane de Fátima Colet, C.deF. & Fernandes Stumm, E. (2020). Calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y factores relacionados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2020;28:e3327.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/9JDNyTBwTMqt4br7svXJT4v/?format=pdf&lang=es>
- Restrepo, C. & Parra Santacruz, C. (2019). *Anatomía y fisiología renal*. Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial. <http://asocolnef.com/wp-content/uploads/2018/12/ANATOMIA-Y-FISIOLOGIA-RENAL.pdf>
- Rivera-Vázquez, P. & Rojas, W. (2017). Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Revistas.upch Vol. 10 Núm. 2* (2017): Junio - Diciembre
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3362/3501>
- Sellarés, V. & Luis Rodríguez, D. (2022). *Enfermedad Renal Crónica*. Nefrología al día, Sociedad Española de Nefrología. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
- Servicio Andaluz de Salud (2010). *Instrumento de evaluación nº 18 de la publicación “Detección e intervención temprana en las psicosis”*
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf
- Télam digital (2021). *Más de 5 millones de personas padecen en Argentina algún grado de enfermedad renal crónica*. SALUD TELAM 15-02-2021.
<https://www.telam.com.ar/notas/202102/544693>

Anexos:

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Rosario, de diciembre de 2022.

Estimada/o participante:

Este es un trabajo final para que la estudiante Carmen Centurión pueda optar por el título de Licenciada en Enfermería de la Carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Abierta Interamericana. La investigación se denomina “Nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con hemodiálisis en una institución de la ciudad de Rosario durante diciembre de 2022” y tiene como objetivo describir la calidad de vida de los pacientes según la antigüedad de dicho tratamiento.

Su colaboración en el estudio consistirá en completar un cuestionario que, gustosamente le leeré y que le tomará alrededor de 20 minutos completar. Usted tiene total libertad de participar o no en esta recolección de datos, así como también de abandonar su colaboración en cualquier momento del proceso. La información recopilada mediante su participación será estricta y exclusivamente para nuestro trabajo, y sólo nosotros tendremos acceso a la misma. Asimismo, la información que proporcione no estará identificada con su nombre, para resguardar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. Su participación en esta investigación no implica ningún beneficio monetario o de otra clase. No obstante, su colaboración es muy importante para el éxito de este estudio y de futuros estudios relacionados con el tema de investigación.

Expreso voluntaria y conscientemente mi consentimiento de participar en el estudio. ☐

No deseo participar del estudio. ☐

.....

Firma y aclaración

Información de contacto: Carmen Centurión, carmententurion48@gmail.com, 3413 80-9500
--

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimada/o paciente:

Este cuestionario pertenece a la investigación “Nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con hemodiálisis en una institución de la ciudad de Rosario durante diciembre de 2022”. La información que brinde es confidencial y permitirá conocer mejor las necesidades de los pacientes.

Por favor, complete la información que sigue:

Sexo:	☐	Varón	Edad:	Fecha que inició su tto HD:
	☐	Mujer		
	☐	Otro		

¿Qué estudios ha tenido la oportunidad de finalizar?	☐	Ninguno	¿Cuál es su situación laboral?	☐	Activo/a
	☐	Primarios		☐	Desempleado/a
	☐	Secundarios		☐	Jubilado/a
	☐	Terciarios		☐	Pensionado/a
	☐	Universitarios		☐	Ama de casa

¿Recibe algún tipo de ayuda económica del gobierno o de asociaciones?

☐	Sí
☐	No

¿Si recibe ayuda, puede especificar cuál es?

.....

¿Puede decirnos con quién o quiénes convive? En el caso de vivir solo/a ¿hay alguna persona o personas que lo/a asiste?

.....

.....

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¡Muchas gracias por su participación!