



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL
EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA-
ECUADOR. DICIEMBRE 2022”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: PAULA VERÓNICA CAMPOVERDE PACURUCU
MARLON ANTHONY CEDILLO BAUTISTA**

DIRECTOR: DR. IVÁN ANDRÉS ROSERO VITERI

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL
EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA-
ECUADOR. DICIEMBRE 2022”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: PAULA VERÓNICA CAMPOVERDE PACURUCU

MARLON ANTHONY CEDILLO BAUTISTA

DIRECTOR: DR. IVÁN ANDRÉS ROSERO VITERI

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Paula Verónica Campoverde Pacurucu portadora de la cédula de ciudadanía N° **0105109607** y **Marlon Anthony Cedillo Bautista** portador de la cédula de ciudadanía N° **0106423098**. Declaramos ser los autores de la obra: “**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA-ECUADOR. DICIEMBRE 2022**”, sobre la cual nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 4 de abril de 2023



Paula Verónica Campoverde Pacurucu

C.I. 0105109607



Marlon Anthony Cedillo Bautista

C.I. 0106423098

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA-ECUADOR. DICIEMBRE 2022**" realizado por **CAMPOVERDE PACURUCU PAULA VERÓNICA** con documento de identidad No. **0105109607** y **CEDILLO BAUTISTA MARLON ATHONY** con documento de identidad No. **0106423098**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 4 de abril de 2023



Dr. Iván Andrés Rosero Viteri

C.I. 0104205323

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA: PAULA CAMPOVERDE

A Dios por ser mi más grande guía.

A mis padres por ser el motor que impulsa mis sueños.

A mis hermanos, mi mayor orgullo.

A quienes están en el cielo por cuidar de mis pasos.

DEDICATORIA: MARLON CEDILLO

Mi tesis la dedico con todo mi amor a ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa. Con mucho cariño en primer lugar a mis padres Blanca y Gonzalo, que me regalaron la vida y han estado conmigo en todo momento, gracias por creer siempre en mí, por no dejarme solo en los momentos más difíciles y por darme la oportunidad de seguir tan maravillosa carrera. Los amo con todo mi corazón.

A mi abuelita Eva por consentirme siempre y a mis hermanos Emily, David y Valentina que siempre confiaron en mí y nunca me dejaron solo durante todo este trayecto. Los amo mucho.

A todos mis amigos que durante toda la carrera me hicieron sentir que vale la pena ayudar a los demás, que alimentaron mi vocación con su noble corazón y que me enseñaron que los viernes de ir a comer y tomar algo pueden sanar semanas llenas de estrés y tristeza.

AGRADECIMIENTO: PAULA CAMPOVERDE

A Dios, mi gratitud por llenar mi vida de bendiciones.

A mis padres que me enseñaron que el mejor conocimiento que se puede tener es el que se aprende por sí mismo.

A mis hermanos por alentarme a ser mi mejor versión cada día.

Al doctor Iván Rosero por su confianza, apoyo constante, conocimientos y experiencia que guiaron este proyecto.

Al doctor Hermel Espinosa por su paciencia, tiempo y aliento para culminar este trabajo.

A mi compañero de tesis, Marlon, por no rendirnos en los momentos de adversidad.

A mis amigos por ayudarme a mejorar y hacer ameno el largo camino de esta carrera.

AGRADECIMIENTO: MARLON CEDILLO

En primer lugar, agradezco al Señor y a toda mi familia que me acompañaron durante todo este proceso. Al director y asesor metodológico de este trabajo de investigación, el Dr. Iván Rosero y el Dr. Hermel Espinosa, gracias por su apoyo y su disposición completa para la realización del mismo y por el respeto a mis sugerencias e ideas. Gracias por la confianza brindada desde el inicio de este proyecto.

Un trabajo de investigación siempre es el fruto de ideas y del esfuerzo de varias personas. Gracias a una de las mejores amigas que me regaló la vida, Paula Campoverde, que sin ella este proyecto no tendría la calidad que tiene ahora y lejano a todo el proyecto, gracias por siempre escucharme y no alejarse a pesar de todas nuestras diferencias abismales.

También, agradezco a todos mis amigos que me regalaron de su tiempo para la realización de este proyecto, gracias Milton Morocho, Bryan Jiménez, Doménica Arévalo y Alejandra León, gracias, también por enseñarme que las amistades verdaderas e incondicionales si existen. Agradezco a una de las personas más importantes de mi vida y que fue pilar fundamental dentro de este trabajo, Samantha García, gracias por no dejarme solo en este proyecto que demandaba gran cantidad de tiempo y ayuda de otras personas.

A todos mis amigos y futuros colegas que están dispersos en todos los paralelos, que nunca hicieron que faltara una sonrisa y lo más importante, apoyo moral y humano, tan necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y de esta profesión.

Gracias a todas las personas que hicieron parte de este proyecto y aportaron con su granito de arena para que tenga la mejor calidad investigativa.

A todos, de corazón, muchas gracias.

RESUMEN

Antecedentes: Aproximadamente 6.909 millones de personas en el mundo requiere una terapia de reemplazo renal y los pacientes sometidos a la misma tienen una percepción negativa de su calidad de vida.

Objetivo: Determinar el nivel de calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a terapia de reemplazo renal en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca- Ecuador en el mes de diciembre del 2022.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y correlacional. Relacionó la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis versus diálisis peritoneal. Muestra de 244 participantes. Se utilizó una encuesta sociodemográfica y el cuestionario validado KDQOL-36. Para la interpretación de datos se utilizó el programa SPSSv.15 y Excel 2016 (KDQOL-36 v.20). Las variables sociodemográficas se interpretaron con estadística descriptiva, y la relación se interpretó con estadísticos de asociación OR, IC 95% con significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados: Más de la mitad correspondieron a adultos mayores 53.3%, con predominio leve del sexo femenino 54.1%. Predominó la hemodiálisis 82% frente a la diálisis peritoneal 18%. Los pacientes en hemodiálisis tienen más riesgo de presentar una mala calidad de vida en todos los dominios; síntomas (OR:2.35 IC:95% 2.35-1.12 $p < 0.014$), carga (OR:2.31 IC:95% 1.18-4.52 $p < 0.012$), componente físico (OR:2.20 IC: 95% 1.07-4.51 $p < 0.026$) y componente mental (OR:5.54 IC:95% 2.75-11.15 $p < 0.000$) exceptuando el componente efecto, donde resultó ser un factor protector (OR:0,45 IC:95% 0.21-0.96 $p < 0.025$).

Conclusiones: La calidad de vida se ve afectada en aquellos pacientes que se realizan hemodiálisis y los componentes carga, físico y mental se relacionan con mala calidad de vida. Únicamente la subescala efecto resultó ser un factor protector en los pacientes que se realizan hemodiálisis.

Palabras clave: Hemodiálisis, calidad de vida, diálisis peritoneal.

ABSTRACT

Background: Approximately 6909 million people worldwide require renal replacement therapy, and patients undergoing this therapy negatively perceive their quality of life.

Objective: To determine the quality of life in patients with chronic kidney disease undergoing renal replacement therapy at the Vicente Corral Moscoso Hospital in Cuenca-Ecuador in December 2022.

Methodology: The descriptive, cross-sectional, and correlational study. Patients' quality of life was related to hemodialysis versus peritoneal dialysis. A sample of 244 participants. A sociodemographic survey and the validated KDQOL-36 questionnaire were used. SPSSv.15 and Excel 2016 (KDQOL-36 v.20) were used for data interpretation. Sociodemographic variables were interpreted with descriptive statistics, and the relationship was interpreted with association statistics OR, 95% CI with statistical significance $p < 0.05$.

Results: More than half corresponded to older adults (53.3%), with a slight predominance of the female sex (54.1%). Hemodialysis predominated at 82% versus peritoneal dialysis at 18%. Hemodialysis patients are more at risk of presenting a poor quality of life in all domains: symptoms (OR:2.35 CI:95% 2.35-1.12 p 0.014), burden (OR:2.31 CI:95% 1.18-4.52 p 0.012), physical component (OR:2.20 CI:95% 1.07-4.51 p 0.026) and mental component (OR:5.54 CI:95% 2.75-11.15 p 0.000) except for the effect component, where it proved to be a protective factor (OR:0.45 CI:95% 0.21-0.96 p 0.025).

Conclusions: Quality of life is affected in those patients undergoing hemodialysis, and the burden, physical and mental components are related to poor quality of life. Only the effect subscale proved to be a protective factor in hemodialysis patients.

Keywords: Hemodialysis, quality of life, peritoneal dialysis

ÍNDICE

CONTENTS

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	7
MÉTODOLÓGÍA.....	8
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES.....	21
ANEXOS	28

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se refiere al deterioro gradual que progresa hasta abolición de la facultad de los riñones donde la capacidad para la depuración de solutos, concentración de orina y retención de electrolitos resulta en el deterioro renal (1). La prevalencia a nivel mundial oscila en 697.5 millones que representan el 13.5 % de la población total, la cantidad de pacientes en fase terminal que requiere terapia de remplazo se aproxima a los 6.909 millones (2). Un tercio de los afectados pertenecen a dos países, China con 132.2 millones e India con 106.8 millones de casos. Otros países como Brasil, Japón, Rusia, Estados Unidos, Nigeria, Pakistán, Rusia, México, Vietnam en Indonesia contemplan 10 millones de eventos cada uno (3). Entre los individuos más afectados destacan mayores a 60 años con un filtrado glomerular $<60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$, con comorbilidades como diabetes en 36% e hipertensión en 31%(4) . En 2018, la patología predominó en el género femenino en una proporción de 1.29, la necesidad de un TRR fue mayor en el género masculino con una proporción 1.47. La tasa mortalidad resultó en 1.2 millones de individuos(5).

Estados Unidos, registra cerca de 125 000 casos nuevos cada año, un total 36 millones, 14% de la población adulta sufre esta enfermedad. En 2018, 785 993 estadounidenses tuvieron fallo renal, donde 553 039 requirieron diálisis y 229 897 vivieron con un trasplante, la progresión de la enfermedad altera la calidad de vida por la limitación de gestiones cotidianas (6). España estimó un aumento del 20% de padecer ERC entre los años 2006 y 2017 y la necesidad de diálisis o trasplante para sustituir la función renal en un 10% (7). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) valoró que, a finales del 2018, cerca del 10% de la población mundial padecía de ERC (8).

América Latina no es ajena al ascenso de casos de enfermedad renal crónica. México informa, una incidencia del 11%, donde los individuos con mayor afectación son adultos sometidos a hemodiálisis (HD) (9). Chile expone un aumento de pacientes hemodializados en 2,8%, mientras que en Colombia de 3,1% (10). Ecuador en el año 2018, estimó que cerca del 11% de la población adulta tenía una Enfermedad Renal Crónica(11). La OPS resalta que, en el año 2016, 742 pacientes por millón de habitantes ecuatorianos tienen acceso a la terapia de reemplazo renal (8) donde según al Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador el 14,8% es tratada con diálisis peritoneal (DP) (13). Las provincias de Pichincha y Guayas contemplan el mayor número de pacientes cubriendo cerca del 24 y 28% del total de tratados. En Azuay, la ciudad de Cuenca, dispone una prevalencia cercana al 10.7%(13).

Los pacientes que se encuentran en terapia de remplazo renal (TRR), tienen una percepción negativa de su propia calidad de vida y califican a la misma como regular, resaltan que los aspectos sociales, psicológicos y físicos tienen alteraciones desfavorables debido a cambios en el estilo de vida como producto del tratamiento que conlleva fatiga, cansancio, depresión donde existe limitación para ejercer actividades en el ámbito personal, laboral y social (14). Por todo lo anteriormente mencionado, el presente artículo tiene como objetivo determinar el nivel de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de

reemplazo renal en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca- Ecuador, en el mes de diciembre del 2022.

MÉTODOLÓGÍA

- Diseño de la investigación:

Estudio descriptivo de tipo transversal, correlacional. Donde se asoció factores de riesgo y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a terapia de reemplazo renal.

- Universo:

Fue universo finito, que correspondieron a 286 participantes sometidos a terapia de reemplazo renal y que acudieron a consulta del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, que asistieron a su valoración durante el mes de diciembre de 2022.

- Muestra

Fue todo el universo conformado por 286 pacientes en terapia de reemplazo renal (TTR), se excluyeron 42 participantes quienes por diversos motivos (no cumplir con los criterios de inclusión, no aceptación del estudio, enfermedad recurrente aguda, no asistir a consulta), quedaron un total de 244 participantes, de los cuales 200 pertenecieron a la modalidad de hemodiálisis y 44 a diálisis peritoneal.

- Establecimiento

La investigación se realizó en el “Hospital Vicente Corral Moscoso” situado en la parroquia Huayna Cápac, en la Avenida 12 de abril y Arupos de la ciudad Cuenca – Ecuador. Se incluyeron a pacientes con ERC sometidos a TRR en responsabilidad del MSP.

- Criterios de inclusión

- Pacientes mayores a 18 años que estén en terapia de reemplazo renal: hemodiálisis o diálisis peritoneal.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado aceptando participar en el estudio.

- Criterios de exclusión

- Pacientes con incapacidad mental o física que impidieron firmar el consentimiento informado.

- Variables:

Variable Dependiente

- Calidad de vida.

Variables Independientes:

- Síntomas
- Efecto

- Carga
- Componente físico
- Componente mental

VARIABLES INTERVINIENTES:

- Edad
- Nivel socioeconómico
- Sexo
- Residencia
- Estado civil
- Modalidad de diálisis
- Diabetes
- Hipertensión

- **Operacionalización de Variables.** Ver Anexo 1.

- **Método, técnica instrumento**

- **Método:** Una vez identificados a los pacientes que se realizan terapia de reemplazo renal se procedió a la recolección de datos previo a la aceptación del consentimiento informado. Se les realizó encuestas que valoraron variables sociodemográficas y calidad de vida.

- **Técnica:** Encuesta KDQOL- 36 validada por el Kidney Disease Quality of Life Working Group en el año 2006, mismo que presenta una Alpha de Cronbach en valores entre 0,80 y 0,87 lo que brinda consistencia y confiabilidad para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con tratamiento sustitutivo renal.

- **Instrumento:**

- **Características sociodemográficas:** Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, residencia, estado civil, nivel socioeconómico.

- **Características del paciente y terapia:** Modalidad de diálisis (hemodiálisis, diálisis peritoneal), tiempo de terapia de reemplazo renal y principales comorbilidades (diabetes, hipertensión).

- **Calidad de vida:** Se aplicó el cuestionario KDQOL-36. Consta de 36 preguntas. El componente genérico permite la obtención de los puntajes del componente físico y mental incluye las preguntas 1 a la 12 (15). El componente específico comprende los ítems del 13 al 36, facilita las puntuaciones de las subescalas: carga, síntomas y efectos de la enfermedad renal (15).

- **Fuente de datos**

Se convocó a cada uno de los pacientes mediante el contacto con trabajadores sociales de cada unidad de diálisis agendando con fecha y hora durante el mes de diciembre de 2022. Se citó a control de terapia de reemplazo renal para

valoración por consulta externa a cargo del nefrólogo a cargo en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Los datos fueron recolectados a partir de una encuesta que incluye datos sociodemográficos, características del paciente y el cuestionario KDQOL-36 para la evaluación de calidad de vida, con previa aceptación mediante el consentimiento informado, el tiempo de aplicación fue de 10 minutos.

- **Métodos estadísticos**

La tabulación y el análisis de los datos se realizó por medio del programa SPSSv.15 y Excel 2016 (programa de calificación KDQOL-36 v.20). Para las variables sociodemográficas (Edad, sexo, residencia, estado civil y nivel socioeconómico) se realizó estadística descriptiva en base a frecuencias y porcentajes. Así mismo para las características del paciente y modalidades de terapia de reemplazo renal.

La calidad de vida se valoró con estadísticos no paramétricos (Kruskal Wallis) para corroborar si existen diferencias relevantes a nivel estadístico entre dos o más grupos de una variable independiente (síntomas, efecto, carga, componente físico y mental) en una variable dependiente ordinal (calidad de vida) con su respectivo promedio y desviación estándar.

La asociación entre calidad de vida y sus factores de riesgo, se midió con el Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% y la significancia estadística con el valor P.

Aspectos éticos:

Se recolectó la información solamente en aquellos pacientes que aceptaron previamente el consentimiento informado del estudio. Con el fin de proteger la identidad de los involucrados, los datos se recogieron de forma anónima, es decir ningún dato fue de carácter personal. Se garantizó que no se tomaron datos tales como: nombres, apellidos, día de nacimiento, cédula de ciudadanía, ni número de historia clínica. El acceso a la información obtenida en las encuestas únicamente fue para los investigadores, se respetó así la confidencialidad del paciente y de los datos obtenidos en dichos instrumentos.

No se presentaron condiciones de género, socioeconómicos, etnia, religión o filiación política que impidan la participación en este proyecto de investigación. Los pacientes ni familiares fueron expuestos a ningún riesgo. No se obtuvo ningún beneficio, la colaboración de los participantes contribuyó para aumentar el conocimiento científico. El entrevistado podía retirar el consentimiento en cualquier instancia sin dar explicación alguna, sin embargo, una vez que el estudio de campo sea aceptado para su publicación no se podrá cambiar de parecer. Siempre se buscó respetar los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, del paciente. El presente estudio se basó únicamente en la aplicación de encuestas en pacientes que acudieron a su control por las diferentes TRR que manejan en el Hospital Vicente Corral

Moscoso en el mes de diciembre del 2022. Se obtuvo aprobación por parte del CEISH- UCACUE, con el código UCACUE-UASB-M-CEISH-2022-061 el 12 de diciembre del 2022. Posterior a esta fecha se inició la recolección de datos. Los resultados del presente proyecto permitieron obtener información sobre la calidad de vida en pacientes con TRR crónica en la ciudad de Cuenca, lo que en un futuro permitirá brindar ayuda multidisciplinaria para mejorar el nivel de vida de estos pacientes.

RESULTADOS

Tabla N 1. Características sociodemográficas de la población de estudio (n=244).

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adulto mayor	130	53.3
Adulto maduro	98	40.2
Adulto joven	16	6.6
SEX		
Masculino	112	45.9
Femenino	132	54.1
RESIDENCIA		
Urbana	130	53.3
Rural	114	46.7
ESTADO CIVIL		
Soltero/a	47	19.3
Casado/a	124	50.8
Viudo/a	37	15.2
Divorciado/a	24	9.8
Unión de hecho	12	4.9
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Bajo (< 425 \$)	189	77.5
Medio (426-799 \$)	54	22.1
Alto (>800 \$)	1	0.4
TOTAL	244	100

Según las características sociodemográficas, más de la mitad de los pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal (hemodiálisis/ diálisis peritoneal) corresponden a adultos mayores, seguidos por un 40.2% de adultos maduros y únicamente un 6.6 % corresponde a adultos jóvenes. Existe un leve predominio del género femenino frente al masculino. Con respecto a la residencia, la mayor parte de los participantes provienen del área urbana. En lo que respecta al estado civil la mitad de los pacientes son casados, cerca de la quinta parte son solteros, seguidos de viudos y divorciados y un mínimo porcentaje de unión libre. Finalmente, según el nivel socioeconómico, las tres cuartas de la muestra estudiada, se encuentra en un estrato socioeconómico bajo, le sigue el estrato medio y solamente el 0.4% corresponde a un estado socioeconómico alto.

Tabla N 2. Modalidades y tiempo de terapia de reemplazo renal, principales comorbilidades de la población de estudio (n=244).

MODALIDAD DE DIÁLISIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HD ¹	200	82
DP ²	44	18
DIABETES MELLITUS		
Si	135	55.3
No	109	44.7
HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
Si	199	81.6
No	45	18.4
TIEMPO DE DIÁLISIS		
< 2 años	64	26.2
2 – 5 años	90	36.9
> 5 años	90	36.9
TOTAL	244	100

HD= Hemodiálisis. **DP=** Diálisis Peritoneal.

Según las modalidades de terapia de reemplazo renal, en la Tabla 2, se observa que existe predominio de la hemodiálisis, 82% frente a la diálisis peritoneal 18%. Las comorbilidades asociadas a daño renal son principalmente la hipertensión arterial en un 81,6% y la diabetes mellitus tipo 2 en un 55.3 %. Finalmente, según el tiempo de realización de diálisis, más de la cuarta parte de la población tiene un periodo de terapia de reemplazo renal inferior a dos años. Hubo similitud de resultados de aquellos pacientes que se encuentran entre 2 a 5 y más de 5 años de tratamiento con un 36.9% respectivamente.

Tabla N 3. Puntaje promedio de calidad de vida en pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal según el cuestionario Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36).

DOMINIO	X ± DS	Puntaje < 50	KW
Síntomas (S)	54.98 ± 22.87	41%	0.004
Efecto (E)	43 ± 23.26	64%	0.123
Carga (C)	31.60 ± 30.16	80%	0.000
Componente Físico (PCS)	40.23 ± 10.14	78%	0.001
Componente Mental (MCS)	41.25 ± 11.35	74%	0.000

X= Media. **DS=** Desviación Standard. **KW=** Kruskal-Wallis. **PCS=** SF-12 Physical Compose. **MCS=** SF-12 Mental Compose.

La calidad de vida de los pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal crónica según el cuestionario KDQOL-36 presenta 5 dominios, los mismos que oscilan en una escala de 1 a 100, donde el punto de corte es 50. Entonces, puntuaciones inferiores a 50 corresponden a una mala calidad de vida y mayores a 50 a una buena calidad de vida. En la tabla 3, se exponen las puntuaciones y promedios de las subescalas o dominios, mismas que constan de un componente físico (PCS) y mental (MCS); tratan temas sobre la salud general, límites de actividad, la capacidad y energía para efectuar las tareas propuestas, ansiedad,

depresión e interacciones sociales. Síntomas; frecuencia de dolores, calambres, picazón, mareos, falta de apetito, agotamiento, problemas con el acceso de diálisis. Efectos; narra cuán molesto está el paciente por límites y restricciones en la dieta, capacidad de trabajar en casa, dependencia a los médicos, estrés, vida sexual y apariencia personal. Carga de la enfermedad renal; los ítems incluyen cuánto interfiere la ERC con su vida diaria, el tiempo consumido en terapia, la frustración o la acción de sentirse una carga familiar.

Se utilizó estadísticos no paramétricos ya que no existió una normalidad bajo la curva de los datos, por lo que se utilizó Kruskal-Wallis para el análisis de consistencia interna y asociación. De los cinco dominios que valora KDQOL-36, el único que se relaciona con buena calidad de vida corresponde al dominio síntomas. Si bien es cierto, el componente efecto de la enfermedad en la vida diaria presenta una mala calidad de vida, no existe una asociación estadísticamente significativa según el valor p 0.123. Finalmente, los dominios restantes, carga, componente mental y físico se ven afectados con una mala calidad de vida de manera significativa.

Tabla N 4. Análisis de asociación entre calidad de vida y modalidades de terapia de reemplazo renal (n=244).

DOMINIO		MCV	BCV	OR	LI	LS	P
SÍNTOMAS (S)	HD	88	112	2.35	1.12	4.92	0.014
	DP	11	33				
EFECTO (E)	HD	121	79	0.45	0.21	0.96	0.025
	DP	34	10				
CARGA (C)	HD	147	53	2.31	1.18	4.52	0.012
	DP	24	20				
COMPONENTE FÍSICO (PCS)	HD	162	38	2.20	1.07	4.51	0.026
	DP	29	15				
COMPONENTE MENTAL (MCS)	HD	167	33	5.54	2.75	11.15	0.000
	DP	21	23				

MCV= Mala calidad de vida. **BCV**= Buena calidad de vida. **OR**= Odds ratio. **LI**= Límite superior. **LS**= Límite inferior. **P**= Valor de p. **HD**= Hemodiálisis. **DP**= Diálisis peritoneal. **S**=Síntomas/Lista de problemas. **E**= Efectos. **C**= Carga. **PCS**= SF-12 Physical Compose. **MCS**= SF-12 Mental Compose.

Se realizó un análisis de asociación entre calidad de vida y modalidades de terapia de reemplazo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal) en sus cinco componentes o dominios, encontrándose lo siguiente. Los pacientes que se realizan hemodiálisis versus diálisis peritoneal tienen 2,35 veces más probabilidades de tener una mala calidad de vida con relación a los síntomas con una asociación estadísticamente significativa según el valor p 0,014. En lo que respecta al dominio efecto, la hemodiálisis resultó ser un factor protector en relación con diálisis peritoneal (OR: 0,45 IC: 95% 0.21-0.96 valor p 0.025).

En lo referente al componente carga, entendido como, frustración, carga familiar, interferencia en las actividades cotidianas, los pacientes que se realizan hemodiálisis son los más afectados en su calidad de vida con relación a los pacientes sometidos a diálisis peritoneal (OR: 2,31 IC: 95% 1,18- 4,52 valor p 0.012).

El componente físico se ve afectado más en los pacientes que se realizan hemodiálisis como un factor de riesgo estadísticamente significativo para tener una mala calidad de vida

(OR: 2,20 IC: 95% 1,07 - 4,51 valor p 0.026). Finalmente, llama la atención que aquellos pacientes que se realizan hemodiálisis tienen 5,54 veces más probabilidad de tener mala calidad de vida en el componente mental y emocional con respecto a los que se realizan diálisis peritoneal.

DISCUSIÓN

En la presente investigación realizada en pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal tanto en hemodiálisis como diálisis peritoneal que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso, llama la atención que la mayoría fueron adultos mayores, de género femenino, provenientes del área urbana, la mitad de ellos eran casados y contaban con un nivel socioeconómico bajo. Más de las tres cuartas partes de la población acudían a terapia de hemodiálisis por más de dos años y eran generalmente secundarios a diabetes e hipertensión. La calidad de vida de los pacientes fue mala en cuatro de los cinco dominios valorados por el cuestionario KDQOL-36 con excepción de la subescala síntomas. La hemodiálisis estuvo relacionada primordialmente con una mala calidad de vida, excepto el dominio carga donde fue un factor protector estadísticamente significativo.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas, en el presente estudio más de la mitad de la población correspondía a adultos mayores. Información que corrobora Peters et al. (16) en su estudio que recopila datos específicos del 2005 a 2014 de 11 países de Europa donde asocia la longevidad a mayor necesidad de terapia de sustitución renal, es más el aumento de un año en la esperanza de vida se asocia con incremento de la prevalencia del 20% de TRR (16).

El género femenino superó al masculino en asistencia a TRR en la presente investigación, sin embargo, Hödlmoser et al. (17) señala lo contrario, resalta que existe un predominio del género masculino, ya que la mayor parte de hombres no asiste adecuadamente a un control prematuro de sus comorbilidades y cuando lo hacen, generalmente ya están en un grado 5 de ERC, la tasa muy disminuida de filtración glomerular explica una progresión más acelerada de la enfermedad en este género (17).

En este estudio, más de la mitad de la población residía en el área urbana con relación al área rural, circunstancia dada por las barreras a las que se ven expuestas la ruralidad en donde se lucha por tener una atención equitativa. Esto lo corrobora un estudio realizado en Australia, quien resalta que la atención médica en zonas rurales es reducida, los pacientes y cuidadores deben viajar largas distancias, lo que genera negatividad en la calidad de vida por costos adicionales en transporte y en ocasiones hospedaje, además la cantidad de tiempo que conlleva asistir a la terapia (18). Así mismo, Scholes et al. (19) explica que los habitantes de esta área presentan incertidumbre ante el servicio de salud donde la mayor parte de atendidos expone que al iniciar su terapia de reemplazo renal, la información proporcionada es muy amplia y poco captada, por lo que dificultaba la toma de decisiones.

Con relación al estado civil la mayoría de los participantes presentan un estado conyugal de casado, dato que podría ser beneficioso para el paciente en TRR. Bello et al. (20), narra que el apoyo social se asocia con menos hospitalizaciones y mayor adherencia, sin embargo, los cuidadores disminuyen su calidad de vida, reportan angustia emocional, cansancio cuando su pareja lleva varios años en terapia de diálisis severa y restrictiva, (21).

Más de dos tercios de la población estudiada tiene un nivel socio económico bajo, lo que conlleva a tener menos oportunidades de cumplir con ciertos requisitos instaurados para este tipo de paciente como son dieta, medicación, transporte, etc. Por lo que llevaría a los pacientes a tener una mala calidad de vida. Un estudio realizado en Portugal, expone que la falta de accesibilidad al sistema de salud, origina un riesgo elevado a la derivación tardía al servicio de nefrología, por lo que el paciente será privado de una evaluación oportuna, tendrá menos tiempo de preparación hacia la terapia de reemplazo renal lo que origina una disminución de la calidad general de la salud (22).

En lo que respecta a la modalidad de terapia de reemplazo renal, el presente estudio muestra que la hemodiálisis es la terapia de elección 82% versus la diálisis peritoneal. Bello et al. (20) resalta que la hemodiálisis es la TRR más común en el mundo representada en un 89% dado al avance de la tecnología, disponibilidad y acceso inmediato. En un estudio realizado en Estados Unidos destaca que la hemodiálisis resulta ser beneficiosa pues requiere la asistencia del paciente tres veces por semana al centro dializador, además permite una evaluación más personalizada del paciente (23).

Las dos principales comorbilidades asociadas con la ERC y por ende TRR fueron la diabetes en más de la mitad de los pacientes e hipertensión en más de las tres cuartas partes. Ghaderian (24), resalta a la nefropatía diabética y la nefrosclerosis hipertensiva como las causas más comunes de ERC donde la progresión de la patología en el riñón, la derivación tardía a especialistas, predisponen a la elección del tratamiento de sustitución.

En lo que respecta a la calidad de vida, valorada por el cuestionario KDQOL-36, la subescala o dominio síntomas presentó paradójicamente una buena calidad de vida, ya que los ítems valorados y evaluados en los pacientes son en la mayoría de los casos subjetivos, mismos que en la valoración general aparentemente no afectan su calidad de vida. Así mismo Cohen et al. (25), en su estudio la variable síntomas presentaron puntuaciones medias más altas en comparación de otros dominios. Sugiere, que estos valores, transmiten mensajes diferentes a la salud del paciente, al evaluar cuánto le molestó la sintomatología con respuestas como “nada en absoluto” o “algo” manifiesta que esos síntomas no fueron relevantes para la mayoría de los pacientes, lo que plantea que debe existir una actualización de las manifestaciones clínicas consultadas en este dominio (25).

El dominio que corresponde a efecto de la enfermedad del riñón representa una puntuación inferior a 43, lo que significa tener una mala calidad de vida, aunque no presentó consistencia interna. El estudio realizado en Chile (26) expone que padecer de ERC y la terapia de sustitución comprometen el estado de salud del paciente. Las personas con esta patología se ven obligados a cambiar su estilo de vida, se llevan a cabo modificaciones tanto en la dieta, restricción de líquidos y actividades cotidianas. Las diferentes modalidades de tratamiento; hemodiálisis y diálisis peritoneal afectan la calidad de vida, son factores limitadores en conjunto con el estrés, pues generan incapacidad para realizar ejercicio físico, movilización y dependencia del tratamiento médico, lo que crea frustración e inseguridad (26). Shah et al. (27) menciona que esta variable tiene un enfoque limitado

para detectar todos los aspectos críticos que disminuyen la calidad de vida del paciente, sugiere la utilización de medidas más amplias para capturar más facetas de la vida diaria (27).

En la presente investigación el dominio carga presenta una evaluación de mala calidad de vida en más de un 80% presentaron una puntuación media de 33.27 con una asociación estadísticamente significativa $p < 0.000$. Chen et al. (28), en China, concuerda con estos datos, el puntaje del dominio carga mostró un puntaje aproximado de 33.08 con $p < 0.047$. En el estudio de Scholes et al. (19) los pacientes refieren que existe pobreza de tiempo, el tener que viajar todas las semanas al centro de diálisis y realizarse un procedimiento prolongado contribuye a la sensación de agotamiento y enfermedad, actitud que interfiere con las relaciones interpersonales, provoca sentimientos de frustración e incapacidad de cumplir el rol familiar(29).

En cuanto al componente físico más de la tercera parte de los pacientes presentaron una puntuación media de 40.23 lo que denota mala calidad de vida. El estudio de Hall et al. (30) mostró que cerca del 64% de pacientes presentaron una mala calidad de vida según el cuestionario KDQOL-36. La evidencia muestra que la relación entre salud, actividad física es insatisfactoria, las personas en terapia de reemplazo renal experimentan complicaciones como la disminución de la función física y capacidad de ejecución donde el paciente se ve limitado en actividades cotidianas como caminar varias cuadras, subir las escaleras e incluso en ocasiones son incapaces de bañarse o vestirse por sí solos (31).

Con respecto al componente mental más del 70% de la población de estudio tuvieron una percepción negativa en su calidad de vida con una puntuación de 41.25. Lo que concuerda con un estudio efectuado en Estados Unidos (32) donde se destaca a la depresión como la condición psicopatológica más común entre los pacientes que padecen ERC. Chilcot et al. (33) reconocen que tiene un impacto significativo, las múltiples pérdidas, incluyendo la función renal, el rol familiar, laboral, la función sexual, el tiempo, movilidad, en conjunto con factores estresantes como los efectos de la medicación, restricciones en alimentos, dependencia del tratamiento y miedo a la muerte, exacerbaban los sentimientos de falta de control. En una investigación en Jordania, menciona que la depresión tiene efecto sobre los resultados médicos en pacientes con ERC, al alterar las respuestas inmunológicas, al estado nutricional y reducen la adherencia a la diálisis. Sin embargo, pacientes que asistían a la terapia sustitutiva un mayor tiempo presentaban mejor calidad de vida al asimilar su condición por lo que se recomienda un enfoque de atención más integrador para ayudar a la transición y aumentar el soporte social (34).

Al comparar la calidad de vida de las dos modalidades de terapia de reemplazo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal), se pudo observar que la que la hemodiálisis es un factor de riesgo de mala calidad de vida en cuatro de los cinco dominios: síntomas, carga de la enfermedad, componente físico y mental con excepción de la subescala efecto.

En lo que respecta al dominio efecto se presentó la hemodiálisis como factor protector con un OR de 0.45 con valor p 0.025. Chen et al (28) corrobora esta información, la variable HD mostró puntuaciones inferiores a la DP con un OR de 0.68 y un valor p 0.001 estadísticamente significativo. La diálisis peritoneal proporciona preocupación del autocuidado sobre todo en aquellos que se realizan sin ayuda, debido a la posibilidad de infección (23), además carecen de un contacto regular con el personal del hospital para calmar sus inquietudes, las limitadas consultas generan al paciente molestias al depender del personal médico(35).

El dominio más significativo para mala calidad de vida fue el componente mental quienes presentan 5.54 veces más probabilidad de tener un deterioro en su calidad de vida cuando se realizan hemodiálisis en relación diálisis peritoneal p 0.000 estadísticamente significativo. En un estudio realizado en Grecia corrobora nuestro resultado, ya que se observó que el componente de salud mental se vio disminuido en pacientes con hemodiálisis con p 0.001 (36). Shdaifat et al. (37), en su artículo propone que la diálisis peritoneal al ser una modalidad de diálisis apta para realizar en casa, ofrece mayores oportunidades de autonomía, control y adaptación de la terapia al hogar. Los pacientes de hemodiálisis experimentan mayor sintomatología ansiosa y depresiva por lo que requieren mayor hospitalización por trastornos afectivos (35) .

Con respecto al dominio carga, los pacientes que se realizan su TRR en casa tienen una tienen un nivel más alto de satisfacción con el cuidado que se realizan independientemente en el hogar que aquellos que tienen que movilizarse hacia un centro dializador con un valor de p. 0.012. En el estudio desarrollado por Griva et al. (38) concuerda con este dato, la terapia de hemodiálisis presentó puntajes inferiores en la subescala carga con valor p 0.007. La necesidad de viajar al centro de diálisis, problemas de movilización y considerable tiempo de terapia predispone a desencadenar angustia al no pasar tiempo en familia, no cumplir el rol en casa y depender del cuidador aumenta el riesgo de considerarse una carga, razón por la cual se negativiza la percepción de calidad de vida(39).

En cuanto al dominio síntomas, el presente estudio expone a la HD como factor de riesgo al manifestar peor sintomatología con un OR 2,35 y valor p 0.014. Esta información es corroborada por una investigación realizada en Estados Unidos, donde pacientes sometidos a HD poseían mayor clínica que impedía realizar actividades con facilidad, se demostró una calidad de vida negativa con un valor p 0.001 (40). El dolor es el principal síntoma que afecta la calidad de vida en los pacientes sometidos a HD, es menos frecuente en aquellos que son tratados con DP, el dolor de origen músculo-esquelético reduce actividades básicas cotidianas que resultan en una menor calidad de vida (41).

Finalmente, con respecto al componente físico, la presente investigación, expone que los pacientes sometidos a HD tienen un mayor riesgo de tener una peor calidad de vida con un valor p 0.000. Este dato es corroborado por una investigación de Arabia Saudita quien expone la asociación de HD con percepción negativa en este dominio con p 0.001. El metaanálisis realizado por Bonenkamp et al. (42), resalta puntuaciones más altas en el

componente físico en pacientes de DP domiciliaria ante aquellos que se realizan HD en centro, sin embargo, se cree que en estos datos pueden estar sujetos a un sesgo dado a que entre los criterios de elegibilidad para DP suelen descartar pacientes en edades avanzadas razón por la cual esta modalidad de diálisis puede tener individuos con mejores condiciones físicas(42).

CONCLUSIONES

La hemodiálisis es la terapia de reemplazo renal predominante dentro de los pacientes con enfermedad renal crónica y la principal comorbilidad asociada a daño renal fue la hipertensión arterial. La mayoría de los pacientes presentó un periodo de terapia de reemplazo renal entre 2 y más de 5 años.

Las características sociodemográficas de los pacientes en terapia de reemplazo renal no son diferentes a las encontradas en otras investigaciones, en donde los adultos mayores son el grupo social más afectado, predominando el género femenino. Otro punto muy importante a tomar en cuenta es que la mayoría de los pacientes pertenecen a un estrato socioeconómico bajo.

La calidad de vida de los pacientes se ve afectada principalmente en aquellos que se realizan hemodiálisis en comparación a diálisis peritoneal. Dentro de los cinco componentes o dominios de la escala KDQOL-36 los que se relacionaron con mala calidad de vida fueron los componentes síntomas, carga, físico y mental. Únicamente la subescala efecto resultó ser un factor protector en los pacientes que se realizan hemodiálisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verhelst D. Caractéristiques et épidémiologie de la maladie rénale chronique. *Soins*. 2018;63(826):14–6.
2. Lv JC, Zhang LX. Prevalence and Disease Burden of Chronic Kidney Disease. En: Liu BC, Lan HY, Lv LL, editores. *Renal Fibrosis: Mechanisms and Therapies* [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2019 [citado 26 de junio de 2022]. 3–15. (*Advances in Experimental Medicine and Biology*; vol. 1165). Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-981-13-8871-2_1
3. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2020;395(10225):709–33.
4. Romagnani P, Remuzzi G, Glassock R, Levin A, Jager KJ, Tonelli M, et al. Chronic kidney disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3(1):17088.
5. Charles C, Ferris AH. Chronic Kidney Disease. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2020;47(4):585–95.
6. Saran R, Robinson B, Abbott KC, Bragg-Gresham J, Chen X, Gipson D, et al. US Renal Data System 2019 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*. enero de 2020;75(1):6–7.
7. García-Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea Diezhandino M, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2022;42(3):233–64.
8. Díaz Armas MT, Gómez Leyva B, Robalino Valdivieso MP, Lucero Proaño SA. Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador. *Correo Científico Médico*. 2018;22(2):312–24.
9. Guzmán-Guillén KA, Fernández de Córdova-Aguirre JC, Mora-Bravo F, Vintimilla-Maldonado J. Prevalencia y factores asociados a enfermedad renal crónica. *Revista Médica Del Hospital General De México*. 2014;77(3):108–13.
10. Díaz Mederos E, Trujillo Alemán R, Santos Treto Y, Fariñas Peláez RA, Martínez López Y, Mederos Luis II, et al. Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis. *Medicentro Electrónica*. septiembre 2021;25(3):399–422.
11. Pillajo Sánchez BL, Guacho Guacho JS, Moya Guerrero IR. La enfermedad renal crónica. Revisión de la literatura y experiencia local en una ciudad de Ecuador: Chronic kidney disease. Literature review The local experience in an Ecuador city. *Rev colomb nefrol* [Internet]. 2021 [citado el 12 de octubre de 2022];8(3):396. Disponible en: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/39612>.
12. OPS/OMS - Seminario virtual: Lanzamiento Curso Dialisis Peritoneal: 18

Octubre: 2018 [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=seminario-virtual-lanzamiento-curso-dialisis-peritoneal-18-octubre-del-2018&Itemid=270&lang=en

13. Ministerio de Salud Pública. Presentación Diálisis Criterios de Priorización y Planificación.pdf [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en:
https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Presementaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf
14. Prada-Pérez C, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M, Prada-Pérez C, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores de personas en hemodiálisis y diálisis peritoneal. *Index de Enfermería*. septiembre de 2021;30(3):169–73.
15. Bustamante-Rojas L, D'Peña-Ardaillon F, Durán-Agüero S, Tiscornia-González C, Aicardi-Spalloni V, Bustamante-Rojas L, et al. Evaluación de la calidad de vida de pacientes chilenos en diálisis peritoneal mediante el cuestionario KDQOL-36. *Revista médica de Chile*. diciembre de 2021;149(12):1744–50.
16. Peters F, Westphal C, Kramer A, Westerman R. Is the Rise in the Prevalence of Renal Replacement Therapy at Older Ages the Price for Living Longer? *Front Public Health*. 2018 4(6):138
17. Hödlmoser S, Carrero JJ, Kurnikowski A, Fu EL, Swartling O, Winkelmayr WC, et al. Kidney Function, Kidney Replacement Therapy, and Mortality in Men and Women. *Kidney International Reports*. 2022;7(3):444–54.
18. Gray NA, Dent H, McDonald SP. Renal replacement therapy in rural and urban Australia. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2012;27(5):2069–76.
19. Scholes-Robertson N, Gutman T, Howell M, Craig JC, Chalmers R, Tong A. Patients' Perspectives on Access to Dialysis and Kidney Transplantation in Rural Communities in Australia. *Kidney International Reports*. 2022;7(3):591–600.
20. Bello AK, Okpechi IG, Osman MA, Cho Y, Htay H, Jha V, et al. Epidemiology of haemodialysis outcomes. *Nat Rev Nephrol*. 2022;18(6):378–95.
21. Riazuelo H. Couples Coping With the Serious Illness of One of the Partners. *Front Psychol*. 2021 30(12): 638938
22. Duarte R, Trigo A, Luz I, Santos P, Lopes K, Gonçalves H, et al. MO491: Low Income is associated with late nephrology referral in Portugal: A Retrospective study. *Nephrol Dial Transplant*. 2022;35(1):46–9.
23. Sinnakirouchenan R, Holley JL. Peritoneal Dialysis Versus Hemodialysis: Risks, Benefits, and Access Issues. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2011;18(6):428–32.

24. Ghaderian SB, Beladi-Mousavi SS. The role of diabetes mellitus and hypertension in chronic kidney disease. *J Renal Inj Prev*. 2014;3(4):109.
25. Cohen DE, Lee A, Sibbel S, Benner D, Brunelli SM, Tentori F. Use of the KDQOL-36™ for assessment of health-related quality of life among dialysis patients in the United States. *BMC Nephrol*. 2019;20(1):112.
26. Ojeda IM, Garcí C, Molina KN, Vásquez FO, Millar YP, Henríquez S. Calidad de vida en pacientes hemodializados de la Comuna de Chillán Viejo. *Rev nefrol dial transpl*. 2019;39(04):242–8.
27. Shah KK, Murtagh FEM, McGeechan K, Crail S, Burns A, Tran AD, et al. Health-related quality of life and well-being in people over 75 years of age with end-stage kidney disease managed with dialysis or comprehensive conservative care: a cross-sectional study in the UK and Australia. *BMJ Open*. 2019;9(5): 27776.
28. Chen JY, Choi EPH, Wan EYF, Chan AKC, Tsang JPY, Chan KHY, et al. Validation of the Disease-Specific Components of the Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36) in Chinese Patients Undergoing Maintenance Dialysis. *PLoS ONE* [Internet]. 2016 [citado 19 de enero de 2023];11(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4858254/>
29. Scholes-Robertson NJ, Howell M, Gutman T, Baumgart A, SInka V, Tunnicliffe DJ, et al. Patients' and caregivers' perspectives on access to kidney replacement therapy in rural communities: systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*. 2020;10(9):37529.
30. Hall RK, Luciano A, Pieper C, Colón-Emeric CS. Association of Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36) with mortality and hospitalization in older adults receiving hemodialysis. *BMC Nephrol*. 2018; 19(1) 11-21
31. Ghafourifard M, Mehrizade B, Hassankhani H, Heidari M. Hemodialysis patients perceived exercise benefits and barriers: the association with health-related quality of life. *BMC Nephrol*. 2021;22(1):1–9.
32. Rubio AR, Asencio JMM, Raventos MEP. Depression, anxiety and health-related quality of life amongst patients who are starting dialysis treatment. *J Ren Care*. 2017;43(2):73–82.
33. Chilcot J, Wellsted D, Silva-Gane MD, Farrington K. Depression on Dialysis. *NEC*. 2008;108(4):256–64.
34. Muflih S, Alzoubi KH, Al-Azzam S, Al-Husein B. Depression symptoms and quality of life in patients receiving renal replacement therapy in Jordan: A cross-sectional study. *Ann Med Surg*. 2021; 66(102384): 64-84
35. Goh ZS, Griva K. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges & ndash; a narrative review. *IJNRD*. 2018;11:93–102.
36. Küçük O, Kaynar K, Arslan FC, Ulusoy Ş, Gül HK, Çelik A, et al. Comparison of mental health, quality of sleep and life among patients with different stages of chronic

- kidney disease and undergoing different renal replacement therapies. *Hippokratia*. 2020;24(2):51.
37. Shdaifat EA. Quality of life, depression, and anxiety in patients undergoing renal replacement therapies in Saudi Arabia. *ScientificWorldJournal*. 2022: 77(6) 52-8
 38. Griva K, Kang AW, Yu ZL, Mooppil NK, Foo M, Chan CM, et al. Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. *Qual Life Res*. 2014;23(1):57–66.
 39. Jung HY, Jeon Y, Park Y, Kim YS, Kang SW, Yang CW, et al. Better Quality of Life of Peritoneal Dialysis compared to Hemodialysis over a Two-year Period after Dialysis Initiation. *Sci Rep*. 2019;9(1):1–10.
 40. Thaweethamcharoen T, Srimongkol W, Noparatayaporn P, Jariyayothin P, Sukthinthai N, Aiyasanon N, et al. Validity and reliability of KDQOL-36 in Thai Kidney Disease patient. *Value Health Reg*. 2013; 2(1):98-102
 41. Sánchez Cabezas AM, Morillo Gallego N, Merino Martínez RM, Crespo Montero R. Calidad de vida de los pacientes en diálisis. Revisión sistemática. *Enferm Nefrol*. 2019;22(3):239–55.
 42. Bonenkamp AA, van Eck van der Sluijs A, Hoekstra T, Verhaar MC, van Ittersum FJ, Abrahams AC, et al. Health-related quality of life in home dialysis patients compared to in-center hemodialysis patients: A systematic review and meta-analysis. *Kidney Med*. 2020;2(2):139–54.

GLOSARIO

1. **ERC: Enfermedad renal crónica:** Daño progresivo y pérdida de la función de los riñones.
2. **HD: Hemodiálisis:** Terapia de sustitución renal que tiene como fin suplir la función de los riñones.
3. **DP: Diálisis peritoneal:** Terapia de sustitución renal que tiene como fin suplir la función de los riñones.
4. **TRR: Terapia de reemplazo renal:** Modalidad de diálisis del paciente.
5. **KDQOL-36:** Cuestionario que permite calificar la calidad de vida de los pacientes en terapia de reemplazo renal
6. **HTA: Hipertensión arterial:** Fuerza del choque de la sangre con las paredes arteriales que se encuentra por encima de 130/80.
7. **DM: Diabetes Mellitus:** Enfermedad crónica metabólica que se caracteriza por niveles aumentados de glucosa.
8. **X= Media:** Medida de tendencia central
9. **DS= Desviación Standard:** Dispersión media de una variable
10. **KW= Kruskal-Wallis:** Prueba no paramétrica basada en el rango que puede utilizarse para corroborar si existen diferencias relevantes entre variables.
11. **S=Síntomas/Lista de problemas:** Subescala del cuestionario KDQOL-36 que mide las alteraciones en cuanto a síntomas de la enfermedad del riñón
12. **E= Efectos.** Subescala del cuestionario KDQOL-36 que mide las alteraciones en cuanto a los efectos de la enfermedad del riñón
13. **C= Carga:** Subescala del cuestionario KDQOL-36 que mide las alteraciones en cuanto a carga de la enfermedad del riñón
14. **PCS= SF-12 Physical Compose:** Subescala del cuestionario KDQOL-36 que mide las alteraciones físicas de la enfermedad del riñón

15. **MCS= SF-12 Mental Compose:** Subescala del cuestionario KDQOL-36 que mide las alteraciones psicológicas de la enfermedad del riñón
16. **MCV=** Mala calidad de vida.
17. **BCV=** Buena calidad de vida.
18. **OR= Odds ratio:** Probabilidad de ocurrencia de un efecto o una enfermedad
19. **LI= Límite superior:** Valor menos de cada intervalo
20. **LS= Límite inferior:** Valor mayor de cada intervalo
21. **P= Valor de p:** Significancia estadística

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN</i>	<i>DIMENSIÓN</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA</i>	<i>TIPO</i>
<i>Edad</i>	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años	Cédula de ciudadanía.	1. Adulto joven < 30 años 2. Adulto maduro 30- 60 años- 3. Adulto mayor > 60 años	<i>Nominal</i>
<i>Sexo</i>	Conjunto de características biológicas caracterizan los individuos de una especie.	Características fenotípicas	Cédula de ciudadanía.	1. Masculino. 2. Femenino	<i>Nominal</i>
<i>Residencia</i>	Lugar donde la persona habita.	Lugar	Ubicación geográfica	1. Urbano. 2. Rural	<i>Nominal</i>
<i>Estado civil</i>	Concepto legal que determina la condición jurídica de una persona.	Social	Situación actual	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión de hecho	<i>Nominal</i>
<i>Nivel Socioeconómico</i>	Medida de situación social que refiere a los ingresos, trabajo y educación.	Social	Ingresos familiares	1. Bajo: < \$425 2. Medio \$426--\$799 3. Alto > 800	<i>Ordinal</i>
<i>Modalidad de diálisis</i>	Tipo de terapia de reemplazo renal que maneja el paciente	Terapia de reemplazo renal	Terapia de reemplazo renal	1. Hemodiálisis 2. Diálisis peritoneal	<i>Nominal</i>
<i>Diabetes</i>	Enfermedad crónica metabólica en la que los niveles de glucosa están muy altos.	Enfermedad existente.	Enfermedad existente.	1. Sí 2. No	<i>Nominal</i>
<i>Hipertensión Arterial</i>	Trastorno en el cual los vasos sanguíneos tienen una persistente tensión elevada.	Enfermedad existente.	Enfermedad existente.	1. Sí 2. No	<i>Nominal</i>
<i>Tiempo de diálisis</i>	Tiempo transcurrido desde la terapia de Reemplazo hasta la actualidad.	Tiempo en años.	Años desde el inicio de la hemodiálisis.	1. < 2 años 2. 2-5 años 3. > 5 años	<i>Ordinal</i>

<i>Calidad de vida</i>	Bienestar biológico, psicológico y social	Escala 1. Componente físico. 2. Componente mental. 3. Síntomas. 4. Carga 5. Efecto	Cuestionario KDQOL-36	1. Buena calidad de vida >50 puntos. 2. Mala calidad de vida < 50 puntos	<i>Ordinal</i>
------------------------	---	---	-----------------------	---	----------------

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Paula Verónica Campoverde Pacurucu portadora de la cédula de ciudadanía N° **0105109607** y **Marlon Anthony Cedillo Bautista** portador de la cédula de ciudadanía N° **0106423098**. En calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA-ECUADOR. DICIEMBRE 2022**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 4 de abril de 2023



Paula Verónica Campoverde Pacurucu

C.I. 0105109607



Marlon Anthony Cedillo Bautista

C.I. 0106423098