

Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica con terapia de sustitución

Qualidade de vida e fatores associados à doença renal crônica com terapia de reposição

Quality of Life and Factors Associated in Chronic Kidney Disease with Substitution Therapy

José Ramón Ramos-Alcocer,* Omar Israel Salas-Nolasco, **Josué Elí Villegas-Domínguez, ***
Cindy Wendoline Serrano-Vázquez, ****Edgar Dehesa-López, *****
Félix Guillermo Márquez-Celedonio. *****

*TTE. NAV. SSN. MCN. Médico residente de Medicina Familiar. Universidad Naval, Escuela de Posgrado de Sanidad Naval, Hospital Naval de Especialidades de Veracruz. **TTE. NAV. SSN. MC. Maestro en Ciencias Médicas, Médico nefrólogo. Hospital Naval de Especialidades de Veracruz. ***Maestro en investigación clínica.

Facultad de Medicina "Dr. Porfirio Sosa Zárate", Universidad Villa Rica / Universidad del Valle de México. ****Médico residente de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 66, Instituto Mexicano del Seguro Social. ***** Doctor en Ciencias Médicas, Médico nefrólogo. Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa. *****Médico Familiar, Maestro en investigación clínica. Facultad de Medicina "Dr. Porfirio Sosa Zárate", Universidad Villa Rica / Universidad del Valle de México

Correspondencia: Dr. José Ramón Ramos-Alcocer. **Correo electrónico:** dr_alcocer@outlook.com

Recibido: 22-07-2019

Aceptado: 20-08-2020

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida y su asociación con factores sociodemográficos y clínicos en pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de sustitución renal. **Métodos:** Encuesta transversal analítica en mayores de 18 años con terapia de sustitución de la función renal por enfermedad renal crónica. Se aplicó cuestionario para registrar factores sociodemográficos, antropométricos y clínicos; se midió calidad de vida con KDQOL-SF36 v1.3 adaptado a población mexicana. Análisis inferencial con χ^2 y U de Mann-Whitney; análisis de asociación con razón de momios e intervalos de confianza de 95%. **Resultados:** Se incluyeron 88 pacientes. La calidad de vida fue 55.6 puntos (50.79 a 66.93); tuvieron mala calidad de vida 44 (50.0%), 34 (77.3%) recibían hemodiálisis y 10 (22.7%) diálisis peritoneal. Condición de ama de casa se presentó en 16 (36.4%) pacientes con mala calidad de vida y en 7 (15.9%) del grupo con buena calidad de vida, OR 3.02, IC 95% (1.09-8.33), $p=0.028$. **Conclusiones:** En este estudio la enfermedad renal crónica provocó deterioro en la calidad de vida del 50% de los pacientes con terapia de sustitución de función renal, siendo mayor en quienes reciben hemodiálisis y en amas de casa.

Palabras clave. Enfermedad renal crónica, hemodiálisis, Diálisis peritoneal, Calidad de vida relacionada con la salud.

Abstract

Objective: To determine the quality of life and its association with socio-demographic factors and clinical in patients with chronic renal disease with renal replacement therapy. **Methods:** Survey cross-sectional analytical in over 18 years with replacement therapy of renal function by chronic kidney disease. Questionnaire was applied to register socio-demographic, anthropometric and clinical factors; measured quality of life with KDQOL-SF36 v1.3 adapted to the Mexican population. Inferential analysis with test χ^2 and Mann-Whitney U; analysis of association with odds ratio and 95% confidence intervals. **Results:** 88 patients were included. Quality of life was 55.6 points (50.79 to 66.93); they had bad quality of life 44 (50.0%), 34 (77.3%) receiving hemodialysis and 10 (22.7%) peritoneal dialysis. Housewife condition he showed up in 16 (36.4%) patients with poor quality of life and in 7 (15.9%) of the group with good quality of life, OR 3.02, 95% CI (1.09-8.33), $p = 0.028$. **Conclusions:** In this study, Chronic kidney disease causes 50% of impairment in the quality of life of patients with renal function replacement therapy, being greatest in those who received hemodialysis and in housewives.

Keywords. Chronic Kidney Diseases, Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, Health-Related Quality of Life

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es la presencia de indicadores de lesión renal igual o mayor a tres meses de duración, acompañados de alteraciones estructurales o funcionales del riñón y manifestados por anormalidades histopatológicas, estudios de imagen o estudios de laboratorio (sangre u orina) con presencia o ausencia de disminución de la filtración glomerular (FG), pero que pueden resultar en una reducción progresiva de la tasa de filtración glomerular (TFG); específicamente se considera diagnósticos la presencia de $\text{TFG} < 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ de superficie corporal de 3 meses o más de duración, se acompañe o no de otros indicadores de daño renal y presencia de lesión renal.¹⁻⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) y documentos de consenso estiman en 10% la prevalencia de ERC⁴; estudios realizados en México han mostrado 14% de casos nuevos de ERC en población de alto riesgo y el *US Renal Data System* en su reporte 2017 refiere prevalencia de etapas tempranas del 14.8%.⁶ Deterioro de la función renal en el que intervienen factores de riesgo como sexo masculino, proteinuria importante y diabetes⁷ pueden afectar la calidad de vida (CV) del paciente y tener múltiples impacto en la sociedad, la persona y su familia.⁸

La CV es un término utilizado para describir varios aspectos de la salud, por lo que involucra la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.^{1,9} La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) comprende resultados subjetivos reportados por el paciente tales como funcionamiento físico, emocional, social o síntomas como dolor, fatiga y otros.¹⁰ Todo esto implica que el concepto de CV no puede ser independiente de la salud y de su contexto, las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada individuo, las cuales pueden variar de una persona a otra y relativa de grupo a grupo o ubicación geográfica.

Medir la CV del paciente con ERC permite identificar el impacto de la enfermedad en sus actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento que no cura. El cuestionario KDQOL-SF36 (*Kidney Disease Quality of Life Instrument Short Form*) es un instrumento específico desarrollado para medir la CVRS de los pacientes con ERC en Hemodiálisis (HD) y Diálisis Peritoneal (DP), una herramienta validada en muchos países y con múltiples adaptaciones transculturales, en nuestro país realizada recientemente.^{1,11}

La CV de pacientes con ERC se puede afectar por múltiples características de la enfermedad, tales como la ansiedad provocada por el diagnóstico o los síntomas, comorbilidades y complicaciones.¹²⁻¹⁵ Diversos estudios han evaluado CVRS en pacientes con ERC en diferentes condiciones.¹⁶ El estudio DOPPS (*The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study*) mostró que valores bajos de CVRS estaban asociados a mayor muerte y hospitalizaciones, independientemente de otros factores como los demográficos y comorbilidades.⁹ Por su parte, Brennan M. R. et al, en una revisión sistemática de 47 estudios que evaluaron CVRS concluyeron que los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en hemodiálisis y diálisis peritoneal (DP) presentaron deterioro significativo de su calidad de vida, especialmente en las dimensiones físicas y de vitalidad.¹ Mini AM, Deepa AR, Aboobacker S encontraron que los pacientes con trasplante renal presentaban CVRS significativamente mejor que los pacientes que recibían hemodiálisis.¹⁷

En ERCT, Esquivel-Molina et al determinaron que las dimensiones física y mental de CVRS tenían un valor inferior al 50% de la población normal y que una proporción del 53.7% de los pacientes presentaba depresión al mismo tiempo (12).¹⁸

El objetivo del estudio que realizamos fue determinar la CVRS y sus factores asociados mediante la aplicación de la versión mexicana del cuestionario KDQOL-SF36, en pacientes con ERC en terapia de sustitución de la función renal (TSFR) atendidos en el Hospital Naval de Especialidades de Veracruz. (México)

Métodos

Se realizó una encuesta transversal analítica en pacientes mayores de 18 años con ERC con al menos seis meses en tratamiento de sustitución de la función renal, diálisis peritoneal o hemodiálisis, adscritos al Hospital Naval de Especialidades de Veracruz, México en el periodo del 1º de abril de 2018 al 31 de enero de 2019. La muestra no probabilística por cuotas quedó conformada por el censo de pacientes adscritos al servicio de Nefrología que cumplieron con los criterios de selección los cuales después de recibir información completa dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Después de la evaluación inicial y confirmación del estado clínico de los pacientes se aplicó un cuestionario para explorar las características sociodemográficas, incluyendo edad, género, nivel educativo, ocupación, religión, estado civil y estatus socioeconómico; el nivel socioeconómico se evaluó mediante la aplicación de la encuesta y criterios de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencias de Mercado y Opinión (AMAI) de México y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). También se incluyó la medición de variables antropométricas, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y su evaluación nutricional, finalmente se registró la etiología diagnosticada de la ERC.

La CVRS se obtuvo mediante la aplicación a través de entrevista con el paciente del cuestionario específico para calidad de vida en enfermedad renal *Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-SF36)* v1.3 adaptado a población mexicana por Dehesa-López E, Correa-Rotter R, Olvera-Castillo D, González-Parra C, Baizabal-Olarte R, Orozco-Vega R.¹¹ La versión aplicada mostró coeficiente de correlación intraclass ≥ 0.7 para la mayoría de las dimensiones que contiene, consistencia interna aceptable con valor del coeficiente $\alpha \geq 0.7$ para 12 de 18 dimensiones y validez de constructo también aceptable especialmente en el componente genérico SF 36. La versión 1.3 del KDQOL-SF36 que se aplicó en el presente estudio incluyó preguntas que permitieron evaluar aspectos relacionados con la salud de pacientes que presentan ERC y se encuentran en TSFR; consta de dos núcleos, un componente genérico de preguntas multidimensionales para valorar el estado de salud físico y mental del paciente y un componente específico que exploran variables relacionadas con la enfermedad renal. El componente genérico incluyó las preguntas 1 a 12 permite explorar el funcionamiento físico, limitaciones por problemas físicos de salud, limitaciones por problemas emocionales de salud, funcionamiento social, bienestar emocional, dolor, energía/cansancio y percepción del estado general de salud. El componente específico del instrumento, por su parte, incluyó los ítems 13-16 valora las subescalas de carga, síntomas/problems y efectos de la enfermedad renal. Las opciones de respuestas permitieron valorar la intensidad o frecuencia de cada una de las variables y se presentaron en escala tipo Likert en rangos que varían de 3 a 5 posibilidades según el ítem, cada una de ellas relacionadas a una valoración numérica que se transforma en puntaje en escala de 0 a 100 donde las mayores puntuaciones representan mejor calidad de vida.

El análisis de los datos se realizó con estimación de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y de dispersión mientras que para la determinación de la significancia estadística de las diferencias encontradas se aplicaron pruebas χ^2 o exacta de Fisher, t de Student para muestras independientes o prueba U de Mann-Whitney con nivel de significancia de 0.05 para rechazo de hipótesis nula. La fuerza de asociación se determinó por medio del cálculo de razón de momios con intervalo de confianza del 95%.

Resultados

En el Hospital Naval de Especialidades se encontró incidencia de 27 casos de ERC en 2017, 12 en 2018 y 19 en 2019; se incluyeron en el estudio 88 pacientes en TSFR, de los cuales 24 (27.3%) fueron hombres y 64 (72.7%) mujeres, con edad media de 57.7 años y desviación estándar (DE) de ± 9.5 años.

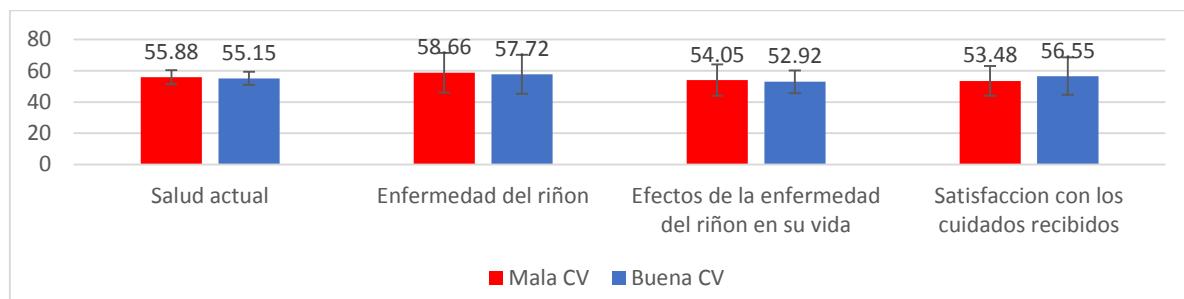
Estuvieron en tratamiento con HD 61 (69.3%) pacientes y 27 (30.7%) en DP. La CV del total de la población estudiada presentó mediana de 55.6 puntos, con calificación mínima de 50.79 y máxima de 66.93; se encontró en la población estudiada 44 (50.0%) pacientes con mala CV, de los cuales 34 (77.3%) en HD y 10 (22.7%) en DP. Tabla I.

Tabla I. Características generales de la población de estudio.

Variables	Total	Porcentaje
Nivel educativo:		
Primaria	29	33.0%
Secundaria	27	30.7%
Preparatoria	18	20.5%
Licenciatura	12	13.6%
Ninguno	2	2.3%
Ocupación laboral:		
Trabajo no calificado (sin título profesional)	26	29.5%
Estudiante	2	2.3%
Ama de casa	23	26.1%
jubilado	7	8.0%
Ninguno	30	34.1%
Estatus socioeconómico:		
Pobreza extrema	3	3.4%
Media baja	47	53.4%
Media	28	31.8%
Media alta	8	9.1%
Rico	2	2.3%
Etiología de la ERC:		
Nefropatía hipertensiva	2	2.3%
Nefropatía diabética	78	88.6%
Nefropatía intersticial	1	1.1%
Nefropatías hereditarias	1	1.1%
Otras causas	6	6.8%
IMC:		
Normal	50	56.8%
Sobrepeso	27	30.7%
Obesidad	11	12.5%
Religión:		
Católica	73	83.0%
Pentecostés	11	12.5%
Bautista	1	1.1%
Otra	3	3.4%
Estado civil:		
Casado	53	60.2%
Soltero	2	2.3%
Viudo	27	30.7%
Divorciado	6	6.8%
Tipo de convivencia:		
Solo	5	5.7%
Con pareja	39	44.3%
Otros familiares	44	50.0%

Mientras tanto, de los pacientes con buena CV, 27 (61.4%) en HD y 17 (38.6%) en DP; en la figura I se puede observar la distribución de la calidad de vida acorde a la TSFR; se obtuvo una media del tiempo del tratamiento de 2.2 años con una DE \pm 1.4 años y una media del tiempo de la enfermedad de 3.6 años con una DE \pm 1.7 años.

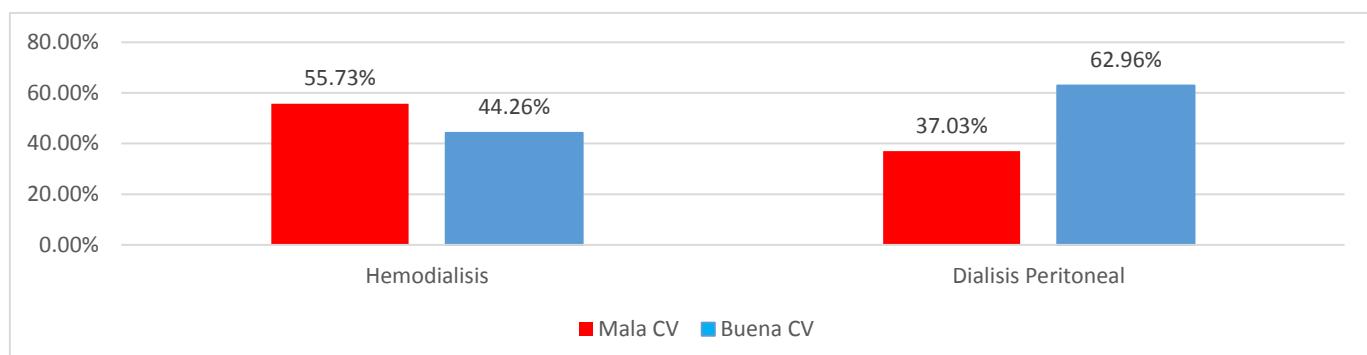
Figura I. Comparación entre dimensiones de calidad de vida entre los pacientes con ERC.



Fuente: Elaboración propia. Comparación realizada por medio de prueba U de Mann-Whitney, obteniendo en todos los casos $p > 0.05$.

Para fines del estudio, la población se dividió en dos grupos, siendo el grupo “A” los pacientes con mala CV y el grupo “B” los pacientes con buena CV. El grupo con mala CV estuvo compuesto por 34 (77.3%) mujeres y 10 (22.7%) hombres, mientras que el grupo con buena CV por 30 (68.2%) mujeres y 14 (31.8%) hombres; en la TSFR, en el grupo con mala CV se encontraron 34 (77.3%) pacientes en HD y 10 (22.7%) en DP; mientras que el grupo con buena CV, 27 (61.4%) pacientes en HD y 17 (38.6%) en DP. En el estatus socioeconómico, la subvariable “Media baja” se encontró en 19 (43.2%) pacientes del grupo con mala CV y 28 (63.6%) del grupo con buena CV, sin presentar diferencias significativas ($P = 0.054$). Mientras en la ocupación laboral, la subvariable “Ama de casa” se reportó en 16 (36.4%) pacientes del grupo con mala CV y 7 (15.9%) del grupo buena CV, obteniendo con ello un OR para mala CV de 3.02, con IC 1.09-8.33 y $p = 0.028$. No se encontraron diferencias estadísticas en las variables de tipo de convivencia, religión, estado civil, nivel educativo y estatus socioeconómico. La etiología de la ERC fue nefropatía en 41 (93.2%) pacientes en el grupo con CV mala en comparación con 37 (84.1%) del grupo con buena CV ($p = 0.17$). El cálculo de asociación entre mala CV de los pacientes y las variables estudiadas se muestran en la tabla II. Dentro de las dimensiones cuantificadas para evaluar la CV, el grupo con mala CV mostró puntaje de 55.88 (± 4.49) para calificar la “Salud actual”, 58.66 (± 12.70) para la “Enfermedad del riñón”, 54.05 (± 9.96) para el “Efecto de la enfermedad renal en la vida” y de 53.48 (± 9.57) para la “Satisfacción de los cuidados recibidos”, sin tener diferencias estadísticamente significativas con el grupo de buena CV. La figura II, muestra la comparación entre la calidad de vida de los pacientes acorde a las diferentes dimensiones estudiadas.

Figura II. Comparación de CV según TSFR.



Fuente: Elaboración propia. Comparación realizada por medio de χ^2 , obteniendo en todos los casos $p > 0.05$.

Tabla II. Factores de riesgo asociados a mala calidad de vida.

Variable	CV mala		CV buena		OR	IC 95%	Valor de p
	Total	%	Total	%			
Tipo de convivencia:							
Solo	4	9.1%	1	2.3%	4.3	0.4-40.1	0.16
Con pareja	16	36.4%	23	52.3%	0.52	0.2-1.22	0.13
Otros familiares	24	54.5%	20	45.5%	1.44	0.62-3.33	0.39
Religión:							
Católica	35	79.5%	38	86.4%	0.61	0.19-1.90	0.39
Pentecostés	5	11.4%	6	13.6%	0.81	0.22-2.88	0.74
Estado civil:							
Casado	24	54.5%	29	65.9%	0.6	0.26-1.46	0.48
Soltero	1	2.3%	1	2.3%	1	0.06-16.50	1
Viudo	17	38.6%	10	22.7%	2.14	0.84-5.42	0.10
Divorciado	2	4.5%	4	9.1%	0.47	0.08-2.74	0.39
Nivel educativo:							
Primaria	16	36.4%	13	29.5%	1.36	0.55-3.32	0.49
Secundaria	15	34.1%	12	27.3%	1.37	0.55-3.42	0.48
Preparatoria	9	20.5%	9	20.5%	1	0.35-2.81	1
Licenciatura	3	6.8%	9	20.5%	0.28	0.07-1.13	0.06
Ninguno	1	2.3%	1	2.3%	1	0.06-16.50	1
Ocupación laboral:							
Trabajo no calificado	13	29.5%	13	29.5%	1	0.40-2.49	1
Estudiante	1	2.3%	1	2.3%	1	0.59-16.71	1
Ama de casa	16	36.4%	7	15.9%	3.02	1.09-8.33	0.028
Jubilado	4	9.1%	3	6.8%	1.36	0.28-6.49	0.69
Ninguno	10	22.7%	20	45.5%	0.35	0.14-0.88	0.24
Estatus socioeconómico:							
Pobreza extrema	2	4.5%	1	2.3%	2.04	0.17-23.44	0.55
Media baja	19	43.2%	28	63.6%	0.43	0.18-1.02	0.054
Media	18	40.9%	10	22.7%	2.35	0.93-5.94	0.067
Media alta	3	6.8%	5	11.4%	0.57	0.12-2.55	0.45
Etiología de la ERC:							
Nefropatía diabética	41	93.2%	37	84.1%	2.58	0.62-10.73	0.17
Otras causas	1	2.3%	5	11.4%	0.31	0.52-1.92	0.90
IMC:							
Sobre peso	28	63.6%	22	50.0%	1.75	0.74-4.10	0.19
Sobrepeso	10	22.7%	17	38.6%	0.46	0.18-1.18	0.10
Obesidad	6	13.6%	5	11.4%	1.23	0.34-4.37	0.74

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Asociación calculada con cálculo de OR e Intervalos de confianza de 95%. Significancia estadística obtenida con prueba exacta de Fisher/ χ^2 .

Discusión

La evaluación de la CVRS es un concepto relevante para la práctica clínica y de manera especial en medicina familiar que cada vez adquiere mayor importancia debido a su enfoque integral de la salud y a su papel como indicador de calidad de la atención médica. En este contexto, la adaptación mexicana del cuestionario KDQOL-SF36 v1.3 constituye un instrumento idóneo para la medición de la CVRS en pacientes con ERC.¹⁹ Los resul-

tados obtenidos en nuestro estudio mediante la aplicación de este instrumento permiten mostrar que los pacientes con ERC en TSFR presentan una marcada disminución en su CV; resultado que coincide con lo que publicó Dehesa López en un estudio con 194 pacientes con ERCT, donde el 47.4% (n=92) presentó mala CV.¹¹ Asimismo, López y López y cols., en su estudio de CV en HD y DP tras cuatro años de tratamiento, encontraron mala CV en el 39% de los pacientes en DP y en el 45% en los de HD demostrando que tanto los pacientes con HD y DP tienen la CV disminuida.¹⁹

En relación con la CV según TSFR que tiene el paciente, se encontró que aquellos con ERC en TSFR con HD presentaban peor calidad de vida al ser comparados con pacientes en DP. De la misma manera, F. Martín y cols., evidenciaron deterioro en todas y cada una de las dimensiones de la CVRS de los pacientes en el programa de HD²⁰ y Pabón Varela y cols., concluyeron que la HD se convierte en la TSFR que más influye negativamente en la CV de las mujeres y hombres que padecen ERC.²¹

Hallazgo relevante en nuestro estudio fue la baja asociación encontrada en factores relacionados a ERC, donde se demostró una complejidad en la forma de evaluar la CV; por si solo cada factor carecía de peso significativo y no representaba una afectación de importancia a la CV, teniendo un mayor comportamiento de afectación a la CV en su valoración en conjunto. Este hallazgo de nuestra investigación difiere de lo documentado en estudios previos; López y López y cols., mostraron importante peso estadístico de manera individual de los factores asociados a la CV, con asociaciones de hasta el 82% en DP y 76% en HD;¹⁹ de la misma forma, Pabón Valera y cols., concluyeron que de forma individual los factores relacionados a ERC se asociaron a una peor puntuación en la CV.²¹

A diferencia de las otras características sociodemográficas que estudiamos, se encontró asociación estadísticamente significativa con mala CV en la subvariable “Ama de casa”. A diferencia de nuestros hallazgos, esta entidad no había presentado relevancia en la literatura publicada; sin embargo, el estudio de Caicedo Gelvez, evidenció que cerca del 50% de los pacientes con ERC se dedicaban al hogar, lo que puede estar relacionado con las limitaciones físicas y emocionales que le impiden a este grupo de pacientes realizar trabajos o actividades.²²

Dentro de las dimensiones cuantificadas para evaluar la CV, por sí solas no se tuvo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con mala y buena CV, pero se presentó correlación directa a la calidad de vida en su interacción en conjunto; teniendo discrepancia con lo descrito previamente por otros autores, donde el mínimo de condiciones buenas en una de estas dimensiones, es de peso para que el individuo pueda seguir la vida sin mayores problemas en los hábitos cotidianos en la ERC;²³ por otra parte en coincidencia con lo reportado por Segui et al.²⁴ y Carrillo et al.²⁵ la pobre calidad de vida que tiene el paciente en tratamiento con TSFR, presenta una disminución representativa en todas las dimensiones del test de salud, y no solamente como cabría de esperar, en afectación del estado físico; esto como consecuencia a los requerimientos de la terapia aplicada.¹⁹

El estudio tiene la fortaleza de aplicar un instrumento validado y específico para medir la CVRS lo cual permite obtener información útil sobre el estado de la autopercepción de la salud del paciente de forma multidimensional en el momento en que se aplica; sin embargo, el diseño aplicado en la presente investigación que busca determinar asociación a través de una encuesta transversal no permite concluir una relación directa causa – efecto, estudios con diseño de casos y controles o cohortes serán necesarios para superar esta limitación. Asimismo, la población de estudio conformada por el censo de pacientes del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz, no constituye una muestra probabilística que se hubiera obtenido por procedimientos aleatorios y que permitiera generalizar los resultados a otras poblaciones.

Los hallazgos de nuestro estudio son relevantes para la atención médica de los pacientes con ERC en TSFR al destacar la importancia de un enfoque integral de la evaluación del enfermo que considere no solo las dimensiones físicas, si no también emocionales y sociales y permita establecer acciones terapéuticas que atiendan cada una de las esferas de la salud del individuo. Esta orientación de metas de tratamiento dirigidas a

mejorar la CV del paciente con ERC en TSFR y no solo sus indicadores biológicos mejorarán la calidad de los servicios médicos y la satisfacción del usuario. Se establece por tanto, una propuesta de aplicación en la atención del paciente por el especialista en medicina familiar que incluye además del abordaje integral con la vigilancia del estado y evolución de la CVRS la valoración interdisciplinaria con el seguimiento constante del estado glucémico, la identificación temprana de complicaciones agudas o crónicas, evitar la prescripción de antiinflamatorios no esteroides, inicio oportuno de medicamentos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), y la referencia al médico del segundo nivel de atención que permita limitar la necesidad de TSFR.

Esta propuesta incluye la evaluación integral por el médico familiar mediante el uso de instrumentos que miden la CVRS en sus dimensiones físicas, emocionales y sociales mediante aplicación de instrumentos genéricos que permiten obtener un conocimiento transversal de la autoperccepción del estado de salud o específicos como el KDQOL-SF36 que tienen la capacidad identificar cambios durante el proceso de atención continuada; este enfoque permite conocer de forma integral el efecto de la enfermedad y su tratamiento en el paciente.

Se concluye, que la valoración global de la CVRS en una muestra de pacientes derechohabientes del Secretaría de Marina de México con ERC en TSFR se encuentra notablemente disminuida y que este deterioro es mayor en aquellos que reciben HD; las amas de casa constituyeron el grupo con mayor riesgo sin que existiera diferencia entre otras características sociodemográficas. La medición de la CVRS en los pacientes atendidos por el médico familiar y en especial aquellos con enfermedades crónicas, entre las que se incluye la ERC permite una valoración integral y atención a todas las dimensiones de salud.

Referencias

1. Dehesa López E. Adaptación transcultural y validación de la versión mexicana del Kidney Disease Questionnaire KDQOL SF36 versión 1.3. Univ Nac Autónoma México. 2016;1:78
2. Fundación Mexicana del Riñón AC. Guías latinoamericanas de práctica clínica sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de los estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica. 1st ed. Estado de Mexico; 2012. 242 p.
3. Cáceres DEH. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica EsSalud Arequipa 2006. Nefrologia. 2006;1:1-55.
4. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2014; 34 (2): 243-262
5. Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl 2013; 3: S6-308.
6. Saran R, Robinson B, Abbott KC, et al. US Renal Data System 2017 Annual Data Report: epidemiology of kidney disease in the United States. Am J Kidney Dis. 2018;71(3)(suppl 1):Svii,S1 -S672.
7. Tsai, W CH, Wu HY, Peng YS, Ko MJ, Wu M Sh, Hung KY, Wu KD, Chu T Sh, Chien KL (2016). Risk Factors for Development and Progression of Chronic Kidney Disease. A Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis. Medicine; 95 (11): 1 – 9
8. Tamayo y Orozco JA. Implicaciones de la ERC para pacientes, familias y sociedad. En: Tamayo y Orozco. La enfermedad renal crónica en México. México, Intersistema editores, 2016; 19 - 22
9. Figueroa R. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis , diálisis peritoneal y trasplante renal , utilizando el cuestionario KDQOL-36 ; Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen , EsSalud : mayo 2010. 2010;39
10. Fayers PM, Machin D. Quality of life. The assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes. 3a. Edición, Oxford, John Wiley & Sons, LTD, 2016; 3 - 33
11. Dehesa-López E, Correa-Rotter R, Olvera-Castillo D, González-Parra C, Baizabal-Olarte R, Orozco-Vega R. Transcultural adaptation and validation of the Mexican version of the kidney disease questionnaire KDQOL-SF36 version 1.3. Qual Life Res. 2017;26(1):193-8
12. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. Lancet 2017; 389: 1238 – 1252.
13. Morton RL, Webster AC. Quality of life in chronic kidney disease. In: Arici M, ed. Management of chronic kidney disease: a clinician's guide. Heidelberg: Springer; 2014: 489.
14. Wyld M, Morton RL, Hayen A, Howard K, Webster AC. A systematic review and meta-analysis of utility-based quality of life in chronic kidney disease treatments. PLoS Med 2012; 9: e1001307.

15. Manavalan M, Majumdar A, Harichandra-Kumar KT, Priyamvada PS. Assessment of health-related quality of life and its determinants in patients with chronic kidney disease. *Indian J Nephrol.* 2017; 27 (1): 37 – 43
16. Awuah KT, Finkelstein SH, Finkelstein FO. Quality of life of chronic kidney disease patients in developing countries. *Kidney Int Suppl* 2013; 3: 227- 229.
17. Mini AM, Deepa AR, Aboobacker S. Evaluation of quality of life in hemodialysis and renal transplant patients. *J Pharm Heal Sci.* 2010;1(2):77-83.
18. Esquivel C, Prieto J, López J, Ortega R, Martínez J, Velasco V. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Med Interna México.* 2009;25(6):443-9.
19. López y López LR, Baca-Córdova A, Guzmán-Ramírez PM, Ángeles-Acuña A, Ramírez-Del Pilar R, López-González DS, et al. Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento. *Med Interna Mex.* 2017;33(2):177-84.
20. Martín F, Reig A, Sarró F, Ferrer R, Arenas D. Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). *Diálisis y Traspl.* 2004;25(2):79-92.
21. Pabón-Varela Y, Paez-Hernandez KS, Rodriguez-Daza KD, Medina-Atencia CE, López-Tavera M, Salcedo-Quintero LV. Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Duazary.* 2015;12(2):157-63
22. Caicedo-Gelvez S, Cardenas-Gonzalez A, Gonzalez-Ortega L, Marrugo-Martinez L, Zapata-Herrera A. Calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Cronica de una Institución de Hemodialisis de Cartagena, Col. *Univ Cart.* 2013;1:74.
23. Morais Arruda G, Berenice Gomes Nascimento M, Maria de S, Raniere de Oliveira R, Santos M, Grande C. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Glob N°* [Internet]. 2016;43:59-72. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/213891/193911>
24. Seguí A, Amador P, Ramos A. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Sociedad Española Enfermería Nefrologica.* 2010; 13 (3):155 – 160
25. Carrillo A, Díaz F. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá. *Enferm. glob.* 2013 Abr; 12(30): 54-64.