

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL SERVICIO DE DIPAC DEL HNCASE

Tesis presentada por el Bachiller:

Flores Nina, Alberto Joseín

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciado en Psicología

Asesor:

Mg. Puma Huacac, Roger

AREQUIPA – PERÚ

2018



AREQUIPA - PERÚ

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

FACULTAD CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN BORRADOR TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

*"CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL DEL SERVICIO DE DIPAC DEL HNCASE"*

SE RESUELVE:

PRESENTADO POR las BACHILLER (ES)

ALBERTO JOSEIN FLORES NINA

Del Dictamen:

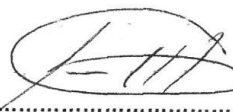
*Favorable, pasa a la
siguiente etapa.*

Observaciones:

Arequipa, 05 de Junio del 2018



Mgter. Flor Vilches Velásquez



Mgter. Roger Puma Huacac

05 JUN. 2018



Dedicado a mi padre Alberto y mi madre Sara que me acompañaron en este arduo camino, a mis hermanos y mis docentes, quienes con su sabiduría y experiencia me brindaron un gran amor por la psicología.

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue identificar la relación que existe entre el sueño y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal del servicio de DIPAC, del hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo de la ciudad Arequipa, 2017.

Se realizó una investigación de campo y de nivel descriptivo correlacional. La población de estudio estuvo conformado por 80 pacientes que pertenecen al servicio de DIPAC del hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo de la ciudad de Arequipa y que además cumplen con los criterios de inclusión de la investigación mencionada. La técnica a emplearse fue la encuesta y los instrumentos utilizados para medir las variables fueron: para la variable sueño, se utilizó el cuestionario del índice de la calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) y para la variable calidad de vida se utilizó el cuestionario de Enfermedad Renal y Calidad De vida: Kidney Disease Quality Of Live (KDQOL) –SF36 (1994)

Se estableció que si existe relación entre la calidad de sueño y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis del servicio de DIPAC del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo.

Abstract

The objective of this study was to identify the relationship between sleep and quality of life in patients with renal insufficiency in the DIPAC service, from the Carlos Alberto Segúin Escobedo hospital in the city of Arequipa, 2017.

A field investigation and correlational descriptive level was carried out. The study population consisted of 80 patients who belong to the DIPAC service of the Carlos Alberto Segúin Escobedo hospital in the city of Arequipa and who also meet the inclusion criteria of the aforementioned research. The technique to be used was the survey and the instruments used to measure the variables were: for the sleep variable, the questionnaire of the Pittsburgh quality of sleep index (PSQI) was used and for the quality of life variable the questionnaire was used. Kidney Disease and Quality of Life: Kidney Disease Quality of Live (KDQOL) -SF36 (1994) It was established that there is a relationship between quality of sleep and quality of life in patients with renal failure undergoing dialysis of the DIPAC service of the Carlos Alberto Seguin Escobedo Hospital.

Introducción

El sueño es un estado fisiológico del ser humano, en el cual el nivel de vigilancia se encuentra en estado disminuido siendo recurrente y además reversible, donde la capacidad de respuesta y de percepción ante los estímulos ambientales se encuentra limitado.

El sueño además cuenta con una regulación propia y también tiene una base dinámica, donde se activan varios grupos neuronales que diferenciarán el estado de vigilia del estado de sueño. Este estado es necesario e imprescindible para un adecuado bienestar en la salud del organismo ya que su alteración podría ser la causa de diferentes trastornos físicos y psíquicos.

Por otra parte, la calidad de vida podría ser definida como el estado de bienestar, felicidad y satisfacción de una persona que puede permitirle realizar actividades e inducirlo a una sensación positiva de su vida.

Los pacientes que tienen una enfermedad de insuficiencia renal requieren tener acceso a terapias de reemplazo de la función renal siendo una de ellas la diálisis peritoneal; donde el paciente debe someterse a este tratamiento por grandes periodos de tiempo, lo cual condiciona y afecta directamente su calidad de vida.

La diálisis peritoneal es un tratamiento que modifica los estilos de vida del paciente como: cambio de patrones de la alimentación, sueño, medicación, actividades diarias en casa y en su centro de trabajo debido al tiempo y efectos que el tratamiento requieren del paciente.

El presente estudio se planteó bajo la perspectiva de hallar el grado de relación que tiene el adecuado sueño en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal, sometidos a diálisis peritoneal del servicio de DIPAC del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo encontrando estrategias para poder mejorar factores del sueño, mejorando la calidad de vida del paciente y de esta manera el bienestar físico y psicológico del paciente.

La metodología de este estudio se realizó por medio de la aplicación de encuestas validadas en nuestro país; el contacto con el paciente fue accesible, lo cual hizo el estudio factible.

El conocimiento acerca de la relación del sueño con la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica es un tema poco desarrollado en la actividad científica dentro de nuestra región, motivo por el cual, este estudio representó una oportunidad para adquirir más conocimientos ya que el tema es de relevancia social y de impacto a nuestra sociedad.

INDICE

Resumen	
Abstract	
Introducción	
CAPÍTULO I	1
Problema de Investigación.....	2
Operacionalización de variables	2
Interrogantes secundarias.....	3
Objetivos.....	3
Antecedentes Teóricos	4
Sueño	4
Fisiología del sueño.....	7
Neurofisiología del sueño.....	8
Vigilia	8
Fases del sueño	8
Sueño no REM.....	8
Sueño REM.....	10
Calidad subjetiva del sueño	10
Duración del sueño	11
Perturbaciones extrínsecas del sueño.....	12
Disomnias	13
Parasomnias	15
Disfunción diurna	16
Latencia del sueño	16
Eficiencia habitual del sueño.....	17
Uso de medicación para dormir.....	17
Calidad de vida	19
Componente Físico	21
Componente Mental	21
Enfermedades renales y calidad de vida.....	22
Insuficiencia Renal Crónica.....	23

Impacto de la enfermedad renal en la calidad de vida.....	24
Síntomas y problemas de la insuficiencia renal crónica.....	26
Efecto de la enfermedad renal en la vida cotidiana	27
Restricción dietética y de líquidos en la nutrición cotidiana	28
Limitación de la capacidad funcional en la calidad de vida	29
Relación del sueño con la calidad de vida.....	29
Hipótesis	31
CAPITULO II	32
Diseño Metodológico.....	33
Diseño de Investigación.....	33
Técnica e Instrumentos.....	33
Población y Muestra	38
Características de la muestra	38
Estrategia de recolección de datos.....	39
Criterios de Procesamiento de la Información	39
CAPITULO III	42
Resultados	43
Discusión:.....	56
Conclusiones	60
Sugerencias.....	62
Limitaciones.....	64
Referencias.....	65
ANEXOS	70



CAPÍTULO I



Problema de Investigación

¿Cuál es la relación entre el sueño y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de DIPAC del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa?

Operacionalización de variables

Variable 1: Sueño

El sueño podría definirse como un estado fisiológico que implica la abolición de la conciencia y la reducción de respuestas a ciertos estímulos presentes en el ambiente, además se considera como un fenómeno rítmico y reversible, que se acompaña de cambios en varias funciones (Micheli, 2003) . Esta variable puede designarse en buena o mala a partir del instrumento de evaluación Pittsburg del sueño.

Variable 2: Calidad de vida

La calidad de vida se define como la percepción que una persona posee de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación a sus expectativas, sus normas y sus inquietudes tratándose de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (OMS, 2006). Esta variable puede definirse como buena o mala a partir del instrumento de evaluación SF-36.

Interrogantes secundarias

- ¿Cuál es la distribución sociodemográfica de los pacientes del servicio de DIPAC, del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo?
- ¿Cómo se presenta la calidad de sueño en los pacientes con insuficiencia renal del servicio de DIPAC, del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo?
- ¿Cómo se da la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal del servicio de DIPAC, del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo?

Objetivos

Objetivo General

- Establecer la relación entre sueño y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de DIPAC, del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo

Objetivos Secundarios

- Identificar la distribución sociodemográfica de los pacientes del servicio de DIPAC
- Identificar cómo se da la calidad de sueño que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Conocer la calidad de vida que tienen los pacientes con insuficiencia renal

Antecedentes Teóricos

Sueño

El interés por el sueño se remonta a los inicios de la humanidad, pero es solo hasta tiempos actuales donde realmente se ha obtenido información científica acerca de él. Para conocer la historia del sueño, se podrían contemplar dos etapas cuya frontera se establece en el suceso donde se obtiene la primera imagen electroencefalográfica demostrando actividad cerebral durante el periodo de sueño que no solo es cambiante sino que además demuestra ser diferente al de la vigilia.

A partir de ese entonces todas las investigaciones acorde al tema se han basado en ese cambio de actividad, y muchos de los conceptos o creencias obtenidas sin base científica acerca del sueño quedaron en segundo plano.

De hecho, a lo largo de la historia, la medicina ha plasmado sus investigaciones en el paciente despierto, siendo el sueño uno de los campos más misteriosos y enigmáticos pero que han contado con escasas investigaciones.

Alcmeón de Crotona en el siglo V a.c. ubicó en el cerebro la memoria, el pensamiento y el sueño, indicando que este último se produce cuando los vasos sanguíneos cerebrales se tornan plétóricos y que el despertar acontece cuando la sangre sale del cerebro. Esta se consideró la primera hipótesis que establece el cerebro como centro anatómico del sueño (Vizcarra, 2000). Este pensamiento más adelante durante el siglo XIX se consideró dentro de la teoría vascular del sueño y fue la más aceptada en esa época basándose en lo dicho por

Alcmeón, Hipócrates y también apoyadas por Boerhaave, Von Haller y Blumenbach quienes en el siglo XVIII defendieron la teoría de que el sueño se generaba por congestión o por falta de sangre en el cerebro. (Ezpeleta, 2008).

La etapa electroencefalográfica entonces marcó el gran desarrollo de la medicina enfocada al sueño en diferentes apartados de neuroquímica, neurofisiología, electrofisiología, patología y cronobiología, puesto a que se disponía de un instrumento que era capaz de registrar la actividad cerebral que hizo que los estudios se multiplicaran. Así pues, todo comenzó en 1929, cuando Hans Berger (1873 – 1941) publicó el registro de actividad eléctrica cerebral humana que se obtuvo de un experimento con sus propios hijos, denominándola electroencefalograma, demostrando así que existen diferencias entre la vigilia y el sueño. Posteriormente Nathaniel Kleitman (1895 – 1999) propondría que el sueño se produce por inactividad, fatiga y disminución de estímulos periféricos, y Walter Rudolph Hess (1881 – 1973), futuro Premio Nobel de Medicina, publicaría *The Mechanism of Sleep*, donde demostraría que el sueño podría inducirse mediante estímulos eléctricos en diversas zonas de la mitad inferior del cerebro (Hess, 1929).

Es desde entonces que muchos estudios se enfocarían en averiguar las principales diferencias de actividad cerebral entre el estado de vigilia y el estado de sueño, descubriendo a su paso por ejemplo uno de los síndromes más comunes en la actualidad caracterizado por la inquietud de las piernas durante el sueño descubierto en 1945 por Karl-Axel Ekbom (1907 – 1977) y cuyo comportamiento descubierto sería conocido desde entonces como síndrome de Ekbom o síndrome de Wittmaack-Ekbom (Ekbom, 1945).

Según Micheli (2003) el sueño podría definirse como un estado fisiológico que implica la abolición de la conciencia y la reducción de respuestas a ciertos estímulos del ambiente, además se considera como un fenómeno rítmico y reversible, que se acompaña de cambios en varias funciones.

El sueño forma parte del ciclo sueño-vigilia. Durante el estado de vigilia se percibe e interpreta los estímulos ambientales, por lo que la conciencia está activa y podemos aprender y comprender el mundo externo, interactuando con éste y además generando respuestas a estos estímulos hasta el punto de poder modificarlos.

Se podría equiparar la conciencia con la vigilia en cuestiones de fines operacionales; entonces el sueño sería la forma de poder retirarnos de la interacción con el ambiente. Lo cual supone que la interacción cognición- ambiente, considerados por algunos autores como estado de conciencia, se llevaría a cabo durante la vigilia pero no durante el sueño.

En el sueño se presentaría un estado de relativa “inconciencia”, donde la interacción ambiente - cerebro ocurre pero de una forma disminuida, pero no así la interacción conciencia ambiente, como la que se da cuando la persona se encuentra en estado de vigilia.

Fisiología del sueño

El área cerebral que controla los ritmos circadianos está conformado por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo; y las áreas encefálicas que modulan el sueño son: hipotálamo, tronco cerebral y tálamo (Farreras & Rozman, 2004).

La luz ambiental activa las células de la retina que producirán a través de proyecciones neuronales específicas (haz retino - hipotalámico) la activación de los núcleos supraquiasmáticos (NSQ), que se encuentran ubicados en una región del hipotálamo anterior; estos núcleos contienen más de miles de neuronas, las cuales tienen la propiedad de generar ritmos de 24 horas aislados del resto del cerebro.

Esa información generada en los NSQ es transmitida a unas áreas específicas del hipotálamo basal que controlarán dos grandes canales de comunicación corporal: el sistema endocrino y el sistema nervioso autónomo (Buijis & Kalsbeek, 2001).

El ritmo normal del ciclo sueño - vigilia de una persona es de 24 horas, que suele sincronizarse con la temperatura circadiana y el ritmo del cortisol. Este ritmo puede llegar a perder su sincronización si es que se presentan cambios bruscos en el esquema de sueño – vigilia, presentando problemas o alteraciones del sueño.

Neurofisiología del sueño

Vigilia

Es un estado mantenido por la formación reticular activadora, que se sitúa principalmente en el tronco cerebral. La acetilcolina, noradrenalina, dopamina y serotonina son los principales neurotransmisores presentes en la regulación de este estado siendo los niveles elevados de actividad en estas estructuras, incompatibles con el sueño y por consiguiente considera los niveles bajos de dichos neurotransmisores como conductores a un estado de vigilia tranquilo o incluso inducir al adormecimiento.

Fases del sueño

En el sueño se diferencian dos estados, el sueño REM también llamado activado y el sueño no REM también conocido con el sueño lento u ortodoxo. El sueño emerge como un conjunto de cambios fisiológicos y rítmicos en los que participan diferentes sistemas del organismo regulados por el sistema nervioso central.

Sueño no REM

Este estado del sueño se caracteriza por la disminución en la velocidad de la actividad eléctrica cerebral, llegando a ser lenta y de gran amplitud, por lo que se le conoce como sueño de ondas lentas. Existe ausencia de ritmo y (aunque la estimulación auditiva pueda provocarlo), el tono muscular está disminuido en

comparación con el estado de vigilia y los movimientos oculares son lentos y asincrónicos (Loomis & Harvey, 1937).

Esta fase se presenta en la mitad de la noche y está conformado por cuatro estadios (Astrobus ,1993):

Etapa 1: Se observa inmediatamente después de la vigilia y dura unos pocos minutos. El ritmo alfa de la vigilia es de 8 a 12 ciclos por segundo, esta disminuye en amplitud y se hace discontinuo con frecuencias mixtas y en un intervalo de 3 a 7 ciclos por minuto. El tono muscular es algo menor que el de la vigilia y los movimientos oculares son lentos apareciendo de forma intermitente.

Etapa 2: Caracterizada por presencia de husos y complejos K, los husos son de 14 a 16 ciclos por segundo, tienen una duración de por lo menos medio segundo y predominan en regiones centrales y frontales. Se presenta en forma espontánea o relacionada con reacciones de despertar.

Etapas 3-4: Se reconocen por la aparición de ondas delta de gran voltaje con actividad polirrítmica interrecurrente. En estas etapas se encuentra predominando el sueño lento en sí. La etapa 4 predomina en la primera mitad de la noche y desaparece en las últimas horas cuando el sueño REM prolonga su presencia (Prospero & Drucker, 2007).

La lesión del tallo cerebral y su neurotransmisor, la serotonina, ya sea quirúrgicamente o debido a una inhibición farmacológica de la síntesis de la serotonina, producen insomnio de prolongada duración.

Sueño REM

La latencia del sueño REM promedio es de 90 a 100 minutos del adormecimiento y después de haber recuperado el sueño a niveles más superficiales. En esta etapa existe una inhibición continua y sostenida del tono muscular.

Se puede ver una característica que define esta etapa REM y es la motilidad ocular “rapid eye movements”, también se caracteriza por una aparente contradicción entre un trazado de EEG desincronizado y un comportamiento de sueño (Micheli, 2003).

Calidad subjetiva del sueño

Es la apreciación de cada individuo sobre su propia calidad del sueño, la cual puede ser muy buena, buena, mala o muy mala. La calidad de sueño se refiere al hecho de dormir bien durante la noche y a tener un buen funcionamiento durante el día y no solamente es importante como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida.

Duración del sueño

Para poder estudiar las fases del sueño se necesitará de instrumentos como el electroencefalograma (EEG), electromiograma (EMG) y el electrooculograma (EOG), los cuáles registrarán todos los parámetros electrofisiológicos ocurridos durante el sueño.

El sueño está formado por ciclos de sueño de ondas largas y ondas cortas (las dos conforman el sueño no REM) y el sueño REM. Los ciclos de ondas cortas y sueño REM se alternan entre sí y duran alrededor de unos 90 minutos. En una noche se pueden dar entre 4 y 6 ciclos de estos.

Durante el periodo en que descansas el sueño pasa por diferentes fases que antes se mencionó: El sueño No REM consta de 4 etapas:

Etapas 1 Adormecimiento: Estado de somnolencia que dura unos 10 minutos.

Es la transición entre vigilia y sueño, donde se pueden presentar alucinaciones tanto en la entrada como en la salida de esta fase. Esta etapa ocupa el 10% del tiempo total del sueño.

Etapas 2 Sueño ligero: Disminuye tanto el ritmo cardiaco como el respiratorio, se sufre de variaciones en el tráfico cerebral, periodos de calma y súbita actividad, lo cual hace más difícil despertarse. En algunos casos, se llega a un proceso en el cual las pulsaciones con muy bajas y el sueño se vuelve tan profundo que el cerebro presentará dificultades para registrar contacto con el cuerpo, por lo que manda un impulso para

corroborar que dicha conexión entre el cerebro y el cuerpo esté en normal funcionamiento. Este impulso producirá una reacción, la cual será recreada por la mente, lo cual se visualiza por una sensación violenta y el cuerpo actúa sobre la base de dicha sensación con un violento y rápido movimiento del cuerpo.

Etapa 3: Esta representa la fase de transición hacia el sueño profundo. Su duración consiste entre unos dos a tres minutos aproximadamente.

Etapa 4: Es la fase de sueño lento, cuesta mucho despertarse en esta fase y dura unos 20 minutos aproximadamente. En esta etapa no suelen producirse sueños. Esta fase ocupa el 20% del tiempo total del sueño.

Fase REM: En esta fase el cerebro está muy activo, el tronco cerebral bloquea las neuronas motrices de manera que no nos podemos mover. En esta fase se presenta el sueño y se capta gran cantidad de información del entorno debido a la alta actividad cerebral que se tiene. En total el sueño REM representaría el 25% del sueño.

Perturbaciones extrínsecas del sueño

Las perturbaciones extrínsecas del sueño constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones sintomáticas de gran importancia, ya que incapacitan notablemente el sueño llegando a producir hasta en un 10 % de la población adulta, insomnio y somnolencia diurna

de forma habitual y mantenida (APA, 2010). Esto provoca una disminución del estado de alerta durante el día y de la capacidad de fijación y de concentración.

Algunas de las perturbaciones extrínsecas serían: despertares durante la noche, ir al servicio higiénico, sentir calor, sentir frío, sensación de dolor, despertar por pesadillas, respiración anormal y por toser.

Los trastornos del sueño se clasifican en cuatro grandes categorías:

- Trastornos Primarios del Sueño. a) Disomnias b) Parasomnias.
- Trastornos del Sueño Relacionados a otro trastorno mental.
- Trastornos del Sueño debido a una enfermedad médica.
- El trastorno del Sueño debido a sustancias.

Los trastornos del sueño primario son aquellos que no tienen como etiología ninguna de los siguientes trastornos: otra enfermedad mental, una enfermedad médica o una sustancia (Frances, Pincus, First & Wediger, 1995).

Disomnias

Alteraciones en la iniciación y continuación del sueño o presencia de somnolencia:

- Trastornos intrínsecos del sueño que son dependientes del propio sueño:
 - Insomnio psicofisiológico
 - Insomnio idiopático

- Narcolepsia
- Hipersomnia recurrente o idiopática
- Hipersomnia postraumática
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)
- Trastorno de los movimientos periódicos de las piernas
- Síndrome de las piernas inquietas
- Trastornos extrínsecos del sueño. Relacionados con el sueño, pero no de dependientes de este sino de causas externas:
 - Higiene del sueño inadecuada
 - Trastorno del sueño de causa ambiental
 - Insomnio de altitud
 - Trastorno de ajuste del sueño
 - Trastorno asociado al inicio del sueño
 - Insomnio por alergia alimentaria
 - Síndrome asociado a la ingestión nocturna de comida o bebida
 - Trastornos del sueño secundarios a la ingestión de alcohol
 - Trastorno del sueño inducido por fármacos o drogas
- Trastornos del ritmo circadiano del sueño. Relacionado con el tiempo de sueño dentro del periodo de 24 horas del día:
 - Síndrome del cambio de huso horario o jet lag
 - Trastorno del sueño por trabajo a turnos
 - Síndrome de fase del sueño retrasada
 - Síndrome de fase del sueño adelantado
 - Trastorno por ciclo sueño - vigilia diferente de 24 horas

Parasomnias

Son fenómenos indeseables del comportamiento y de la fisiología del sueño, con manifestaciones de la activación del sistema nervioso central y de sistemas fisiológicos en momentos inapropiados del ciclo vigilia - sueño, normalmente transmitida a través del músculo esquelético o de los canales del sistema nerviosos autónomo. Cada una de las parasomnias incide en una fase concreta del sueño.

- Trastornos del despertar
 - Despertar confusional
 - Sonambulismo
 - Terrores nocturnos
- Trastornos de la transición sueño-vigilia
 - Trastornos de movimientos rítmicos
 - Somniloquia
 - Calambres nocturnos en las piernas
- Parasomnias asociadas habitualmente con el sueño REM
 - Pesadillas
 - Parálisis del sueño
 - Erecciones relacionadas con trastornos del sueño
 - Erecciones dolorosas relacionadas con el sueño
 - Arritmias cardíacas relacionadas con el sueño REM
 - Trastornos de la conducta en la fase de sueño REM
- Otras parasomnias
 - Bruxismo nocturno

- Enuresis nocturna
- Distonía paroxística nocturna

Disfunción diurna

Valorará la facilidad con la que el sujeto se duerme mientras realiza alguna actividad producto del cansancio que sufre. Se llama disfunción diurna al grado de déficit de sueño acumulado, entendido como el resultado de prolongar el estado de vigilia más allá del ciclo circadiano propio de cada sujeto (Miró, Cano & Buela, 2005).

Si se trata de definir operacionalmente, es la tendencia de la persona a quedarse dormida, propensión a dormirse o la habilidad de transición de la vigilia al sueño sujeto.

Las principales causas serían la disminución de la cantidad de horas de sueño, disrupción del ritmo circadiano, uso de algunos medicamentos o pobre calidad del sueño. Se suele asociar al bajo estatus funcional, pobre calidad de vida y bajo rendimiento académico (Rosales, Egovial & La Cruz de Castro, 2009).

Latencia del sueño

Según la Asociación Americana de Centros de Estudio y Tratamientos del Sueño, la latencia mayor a 30 minutos y/o dos o más despertares nocturnos y/o vigilia nocturna mayor a

una hora y/o tiempo de sueño total menor a 6 horas, se define como insomnio. El insomnio puede presentarse como:

- Insomnio inicial o de conciliación (aumento de la latencia del sueño)
- Insomnio de mantenimiento (despertares nocturnos con imposibilidad de volver a conciliar el sueño)
- Insomnio terminal o con despertar temprano (más temprano que la hora habitual con imposibilidad de volver a dormir)

Entonces, latencia del sueño se define como la suma del tiempo que el sujeto cree que tarda en dormirse y el número de veces que el sujeto no ha podido conciliar el sueño en la primera media hora, en el último mes.

Eficiencia habitual del sueño

Es el cociente entre tiempo que el sujeto cree dormir y el que declara permanecer acostado, también se le define como el porcentaje de horas de sueño efectivo entre el número de horas que una persona permanece en la cama.

Uso de medicación para dormir

Valora el número de veces que el sujeto ha tomado medicinas para dormir durante el último mes ya sea auto administrada o recetada.

Cuando un paciente refiere variaciones en su patrón normal de sueño, es necesario realizar un diagnóstico para poder valorar la causa de este; si se tratara de un trastorno del sueño se debe utilizar pruebas diagnósticas como la polisomnografía, el test de latencias múltiples, la actigrafía y la pulsioximetría; para poder conocer la distribución de las fases 1, 2, 3 y 4 del sueño no REM y REM.

Los problemas de sueño con frecuencia son debidos o influenciados por problemas emocionales, dificultades de la vida diaria, trastornos psicológicos, reacciones de adaptación o consumo de tóxicos. Las reacciones a situaciones estresantes y la ansiedad consecuente pueden originar insomnio transitorio o crónico en los pacientes.

El tratamiento de los trastornos del sueño tiene como objeto conseguir un sueño reparador y satisfactorio, en cantidad y calidad, que permita desarrollar al paciente una actividad diurna eficiente. El insomne crónico es un paciente que presenta tendencia a la automedicación.

Efectuada una evaluación integral del problema, el objetivo es mitigar las dificultades detectadas, para mejorar la calidad de vida del paciente. Esto se logrará primero mediante la educación en salud al paciente y luego se intervendrá farmacológicamente.

Calidad de vida

Calidad de vida y el estilo de vida son dos términos que se encuentran asociados; es así como la mejora de la calidad de vida de las personas podría ser posible a través de la adopción de un estilo de vida saludable. Sin embargo, a pesar del paso de los años, aun se observa la ausencia de un consenso en torno a este constructo (Camfield & Skenvington, 2008).

Así algunos de los investigadores conciben la calidad de vida como un concepto unidimensional; mientras que otros se ubican en el otro extremo; considerando como la existencia de diversos dominios y aspectos de la vida, tanto subjetivos como objetivos, incluyendo la salud y el hogar, habilidad funcional, ingreso económico, vida social, salud mental y bienestar (Inga & Vara, 2006).

Se puede definir a la calidad de vida como el grado de bienestar, felicidad y satisfacción percibida por el individuo, que permitirá realizar actividades y mantener una sensación positiva de su vida.

Dentro del grupo de autores que conciben a la calidad de vida a partir de un concepto multidimensional encontramos a Bergland y Nahum (2007), Camfield y Skenvington (2008), Castro (2001), Jannsen (2004), Olson y Barnes (1982), entre otros autores. En esta misma línea se encuentra la OMS, que define a la calidad de vida como: “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación a sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata

de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (OMS, 2006).

En general, se podría señalar que el concepto posee aspectos subjetivos y objetivos incluyendo como subjetivos, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud. Dentro de los aspectos objetivos, considera el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003).

La calidad de vida es un concepto que se ve afectado de manera muy compleja por la salud física y mental, las relaciones sociales, nivel de independencia y la relación con las características del entorno (OMS, 2006).

Al hablar de calidad de vida, surge el concepto de satisfacción con la calidad de vida. Al respecto, Camfield y Skenvigton (2008) señalan que sobre la evidencia disponible encuentran que ambos conceptos son prácticamente sinónimos. De esta manera, expertos internacionales han redefinido recientemente el bienestar subjetivo como “un término general referido a las valoraciones que la persona hace sobre su vida, los acontecimientos que le suceden y las circunstancias en las que vive” (Diener, 2006).

Dallimore y Mickel (2006) por otro lado, concluyen que la definición de calidad de vida implica cuestiones y asuntos que impactan en la percepción de una persona; por ello adopta distintos significados según la percepción, contexto y escala de valores (Cardona,

Agudelo y Segura, 2008). “El ser humano interpreta su calidad de vida desde un determinado universo de símbolos, representaciones y creencias enmarcados en contextos y tiempos determinados que no permiten generalización, pues responde al significado cultural de cada uno” (Lugones, 2002).

Componente Físico

En el aspecto físico, la calidad de vida se relaciona con el bienestar físico, que se da cuando la persona siente que ninguno de sus órganos o funciones están menoscabados, su cuerpo funciona eficientemente y hay una capacidad física apropiada para responder antes diversos desafíos de la actividad vital de cada uno.

El bienestar físico es entendido como cada uno de los órganos comprende el propio cuerpo y se encuentran en perfecto estado y en armonía. Todos los órganos desarrollan la función que les compete, lo que permite que el cuerpo reaccione eficazmente a las exigencias diarias, desde respirar, escuchar, observar y procesar hasta las más complejas funciones como metabolismo de nutrientes, irrigación de oxígeno, eliminación de desechos y toxinas, la coordinación, la capacidad de pensamiento y la capacidad reproductiva, entre otras.

Componente Mental

Es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a su comunidad.

El bienestar mental tiene que ver con el conjunto de aptitudes y habilidades que de manera normal son posibles por el correcto funcionamiento del cerebro. Se refiere a la capacidad intelectual, la cual involucra el aprendizaje, el procesamiento de información, la toma de decisiones, distinción entre valores y creencias, pensamiento complejo (matemático, científico y artístico) y todo aquello que permita crear ideas y hacerlas. Además la OMS menciona que el bienestar mental es aquella capacidad requerida para mantener relaciones armoniosas con los demás. El individuo es capaz de pensar, manifestar sentimientos y de interactuar con lo demás. Se manifiesta a través de ciertas habilidades:

- Aprender y tener capacidad intelectual
- Procesar información y actuar conforme a ella
- Discernir sobre valores y creencias
- Tomar decisiones bien pensadas y ponerlas en práctica
- Comprender nuevas ideas

Dentro del componente mental, podemos señalar que el bienestar emocional, consiste en la habilidad de manejar las emociones.

Enfermedades renales y calidad de vida

El riñón es uno de los órganos más importantes del cuerpo humano, ya que cumple con funciones muy complejas e importantes dentro de las cuales se resalta la formación de orina, equilibrio ácido-básico, mantener el volumen sanguíneo y presión arterial, equilibrio electrolítico y la desintoxicación sanguínea.

Los cambios en los solutos iónicos de la sangre (sodio, potasio, cloro, magnesio, calcio, bicarbonato, fosfatos e hidrogeniones) generan en el organismo cambios que pueden llevar a una muerte prematura si no son reguladas a tiempo. Estos cambios se regulan por mecanismos compensatorios, dentro de los cuales se resalta el mecanismo renal en cuanto a alteraciones hidroelectrolíticas, ya que puede variar las concentraciones de sangre de agua y de los solutos en sangre de forma rápida formando así la orina.

Por consiguiente, tenemos a la insuficiencia renal aguda como la patología en la cual una persona no puede excretar orina (anuria) o secreta en muy pocas cantidades (oliguria), teniendo como causas la obstrucción de un conducto urinario o el cese de la función renal. Si no se elimina la orina, no se podrá eliminar el exceso de agua, electrolitos, urea, creatinina en sangre y todo ello conllevará a tener graves alteraciones en la homeostasis como hipernantremias, hiperkalemias, hipercalcemias, hiperclorémias, retenciones nitrogenadas e incluso acidosis metabólica. Existen mecanismos compensadores ante la acidosis que son la hiperventilación, pero el agua y los iones son eliminados casi en su totalidad por el riñón, es por ello la gran importancia del órgano en la homeostasis (Farreras & Rozman, 1997).

Insuficiencia Renal Crónica

Independientemente de cual sea la causa, la insuficiencia renal se clasifica en aguda y crónica, en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y sobre todo, en la recuperación o no de la lesión. Mientras que por un lado la IR aguda es reversible (tiene recuperación) en la mayoría de los casos, la IR crónica presenta un curso progresivo hacia la

Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Esta evolución varía en función de la enfermedad causante, y dentro de la misma enfermedad, de unos pacientes a otros (Guyton & Hall, 2001).

La insuficiencia renal Crónica, es un proceso fisiopatológico con múltiples causas, cuyas consecuencias es la pérdida inexorable del número de funcionamiento de nefronas, que a menudo termina en una IRCT. La IRCT es un estado donde se ha producido la pérdida irreversible de la función renal endógena, de tal magnitud como para que el paciente dependa permanentemente de tratamiento sustitutivo renal para evitar la uremia, que es el síndrome clínico o analítico que refleja la disfunción de todos los sistemas orgánicos (Guyton & Hall, 2001).

Impacto de la enfermedad renal en la calidad de vida

La enfermedad renal se encuentra dentro de la clasificación de las enfermedades crónicas no transmisibles y constituyen la principal causa de muerte en países desarrollados, además de significar un alto coste para la salud en América latina.

Cuando una persona recibe la noticia de que tiene una enfermedad crónica y de que tiene que recibir un tratamiento quasi invasivo para seguir viviendo, el impacto psicológico que se produce tanto a nivel personal como familiar es tremendo.

La enfermedad renal, insuficiencia renal, es debilitante e irreversible, y se caracteriza por la incapacidad de los riñones para mantener la homeostasis interna del organismo. A pesar

del perfeccionamiento del tratamiento, este conlleva una serie de complicaciones como hipotensión, calambres musculares, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor de pecho y el riesgo de infecciones. Además de la presencia de problemas comunes a largo plazo como anemia, desnutrición y enfermedades cardiovasculares.

El paciente sometido a diálisis está obligado a convivir diariamente con una enfermedad incurable que requiere de una forma de tratamiento un tanto dolorosa, de larga duración, cotidiano y monótono. Esto y la evolución de la enfermedad además de sus complicaciones, provocan una serie de daños en los estados del bienestar físico, mental, social, funcional y satisfacción del paciente, factores que se reflejan en su calidad de vida. (Cattai, Rocha, Nardo-Junior & Pimentel, 2007).

La calidad de vida de las personas con insuficiencia renal sufre muchos cambios. Existen cambios visibles y físicos que traen incomodidad para el individuo por el estado clínico, provocando cambios significativos que repercuten en la propia imagen y en la vida cotidiana. El paciente con enfermedad renal crónica no puede desligarse de las circunstancias impuestas por su situación de salud y muestra específicamente los significados atribuidos a su sufrimiento.

Síntomas y problemas de la insuficiencia renal crónica

Las personas que viven con una enfermedad crónica tienen dificultad para entender la enfermedad, que a menudo les causa daño físico y psicológico; este último se genera, probablemente, debido al constante estado de alerta al que se añade el miedo a la muerte. Así, se entiende que el vivir con la enfermedad crónica, es además de las lesiones físicas, una causa generadora de estrés que puede aparecer en cualquier momento alterando el proceso de ser personas sanas. Los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica generalmente presentan:

- Náuseas
- Dificultades para dormir
- Falta de apetito
- Pérdida de energía
- Hipo
- Piel seca, picazón
- Pérdida de peso
- Períodos menstruales irregulares
- Calambres musculares, especialmente de noche
- Hinchazón
- Anemia (recuento bajo de células sanguíneas)
- Problemas respiratorios

El tratamiento de diálisis produce molestia de dolor muscular, dolor de pecho, calambres, prurito, sequedad de piel, falta de aire, mareos, desmayos, falta de apetito, desgano, entumecimiento de extremidades, náuseas y vómitos.

Efecto de la enfermedad renal en la vida cotidiana

Simmons realizó estudios acerca de la calidad de vida con pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo de función renal señalando que la mayoría de pacientes percibió disminución de calidad de vida al ingresar al programa de hemodiálisis e incremento de calidad de vida si el trasplante renal era exitoso.

La diálisis es un tratamiento que ayuda a prolongar la vida del paciente, pero al mismo tiempo modifica los estilos de vida de los mismos: cambio de patrones de alimentación, sueño, medicación, actividades diarias en casa y centro de trabajo.

Un estudio de calidad de vida relacionada a la salud, realizada en 3 continentes, encontró que los pacientes en hemodiálisis obtuvieron puntajes más bajos en comparación con la población general de su respectivo país.

A pesar del avance tecnológico, los pacientes con diálisis, presentan menor calidad de vida relacionada a la salud en relación a la población en general. Los pacientes llegan a presentar en su día a día limitaciones y frustraciones, prejuicios y cambios biopsicosociales que afectan a su calidad de vida: alteración de la imagen corporal, del sueño, del humor, del peso, del apetito y del interés sexual, las restricciones dietéticas y agua, dificultades

profesionales, así como cambios en las relaciones familiares (Ravagani, Domingos & Miyazaki, 2007).

El individuo con IRC hace frente a situaciones complejas inherentes a la cronicidad de la enfermedad y la complejidad del tratamiento. De esa manera, el individuo lucha diariamente por la supervivencia y las dimensiones físicas de bienestar, mentales y sociales que representan dimensiones dinámicas e integradas en el proceso salud enfermedad, así como la calidad de vida.

Restricción dietética y de líquidos en la nutrición cotidiana

El paciente con IRC sometido a hemodiálisis se enfrenta a una serie de cambios en su estilo de vida que exige una nueva adaptación. Su mundo cambia de repente y todo lo que no espera que suceda con él viene con la manifestación de la enfermedad. Las restricciones en la dieta y el agua crean gran malestar y la insatisfacción de la persona, porque hay necesidad de cambios en los hábitos alimentarios que se formaron durante toda la vida. Ahora, estos pacientes deben seguir una dieta estricta, seguida de un consumo de líquido regulado y restringido que actúan como factores limitantes de la calidad de vida.

Las personas con insuficiencia renal a menudo tienen trastornos de la nutrición, pérdida de peso corporal, pérdida de masa muscular y disminución del tejido adiposo. Las restricciones dietéticas, la pérdida de aminoácidos en la intra-diálítica, anorexia, son complicaciones infecciosas que favorecen anomalías nutricionales. La desnutrición es uno de

los principales riesgos de muerte entre los pacientes de hemodiálisis. Esto deja claro que el mantenimiento de una dieta específica acompañada de la limitación de agua es de suma importancia para la supervivencia de los individuos con esta condición crónica de salud, ya que tienen todos estos riesgos nutricionales (Rentini, Corradi, Araldi & Tigrinbo, 2004).

Limitación de la capacidad funcional en la calidad de vida

La función física incluye la independencia, el autocuidado, la capacidad de participar en actividades de trabajo, la recreación y la percepción de los síntomas. Por otra parte, también se incluyen en este aspecto las limitaciones o dificultades en la realización de actividades de la vida diaria, ya sean básicas o instrumentales, que requieren mucho o poco esfuerzo.

El tratamiento se convierte en una forma de atadura que limita sus acciones ya que compromete su convivencia social, su libertad para viajar o pasear. La vida cotidiana de estas personas que necesitan de dicho tratamiento será controlada por medio de procedimientos, rutinas y pautas de los profesionales de la salud, exigiendo comportamientos que alteran el estilo de vida normal de cada paciente.

Relación del sueño con la calidad de vida

Diversos estudios sugieren la existencia de una relación positiva entre calidad de sueño y calidad de vida (Miró, Cano-Lozano & Buela, 2005). También se ha llegado a

documentar la relación entre calidad de sueño y bienestar psicológico. En el estudio de Totterdell, Reynolds, Parkinson y Briner (1994), 30 sujetos sanos completaban diariamente durante 14 días consecutivos un cuestionario sobre hábitos de sueño, que incluía aspectos como latencia de sueño, número de despertares, calidad del sueño, comienzo del sueño y duración del sueño, diferentes escalas de estado de ánimo, de síntomas cognitivos, físicos y experiencia social. Estos registros se hacían cada dos horas, interrumpidos por el período de sueño nocturno.

Este tipo de diseño permite analizar el sueño y su relación con el bienestar psicológico anterior y posterior. Los resultados indican que el sueño afecta más al bienestar psicológico al día siguiente que viceversa.

Encuentran que una alta calidad de sueño era el mejor predictor de un buen estado de ánimo y pocos síntomas cognitivos y físicos al día siguiente. Además, un comienzo temprano de sueño era mejor pero finalmente, la presencia de síntomas físicos de algún tipo predecía una latencia más larga de sueño, un comienzo del sueño más tardío y más despertares nocturnos.

Oullet (1995) demostró también con 130 personas mayores de 65 años (102 mujeres y 24 hombres) funcional y socialmente activas, que los principales factores que contribuían positivamente a la satisfacción con el sueño eran la cantidad de sueño, la calidad y profundidad del sueño y, de forma negativa, los despertares nocturnos. A su vez, a mayor satisfacción de sueño autoevaluada menores síntomas de depresión y ansiedad, menor número

de enfermedades existentes y menor cantidad de medicamentos consumidos. De estos aspectos, era la depresión la que mejor correlacionaba con la satisfacción del sueño

En un estudio realizado por Zeitlhofer y cols. (2000) se analizó la relación entre calidad de sueño y calidad de vida en un total de 1049 austriacos mayores de 15 años, utilizando para esto el índice de la calidad de sueño de Pittsburg, donde se encontró que teniendo en cuenta la alta prevalencia de alteraciones del sueño y la estrecha relación entre calidad de vida y calidad de sueño encontrada en su estudio se podría plantear que la calidad de sueño es un indicador de la calidad de vida. Las quejas sobre una mala calidad de sueño podrían utilizarse como un método de screening en la exploración de la calidad de vida de las personas.

Hipótesis

A mayor calidad de sueño de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal, mayor calidad de vida presentarán durante su periodo de tratamiento.



CAPITULO II

Diseño Metodológico

Diseño de Investigación

El diseño utilizado en el presente trabajo de investigación es de tipo campo y de nivel descriptivo y correlacional, de corte transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Técnica e Instrumentos

La técnica que se utilizó para las variables sueño y calidad de vida es la encuesta y los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

Instrumento N°1 Ficha de recolección de datos sociodemográficos: Donde se incluyen datos sociodemográficos: sexo, edad, comorbilidad, grado de instrucción, estado civil. Además se incluyen datos de: Inicio de diálisis y frecuencia de diálisis del paciente. La ficha de recolección de datos no requerirá de validación al ser un instrumento que recoge solamente datos generales.

Instrumento N° 2 Cuestionario de índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSIQ): EL PSQI fue diseñado por Buysse y col. (1989) en el departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburgh, para determinar la calidad de sueño y alteraciones clínicas durante el mes previo.

Buysse y col., encontraron una consistencia interna para los 19 ítems, de 0.83 (alfa de Cronbach). La consistencia test-retest, para el puntaje global ICSP, en ambos grupos, se correlacionaron significativamente. Para la validación, el ICSP se compara de manera favorable con los resultados del polisomnógrafo, observándose que un puntaje mayor a 5, presentó una sensibilidad de 89.6% y especificidad de 86.5%, para indicar graves problemas del sueño. Concluyendo entonces que la PSQI es útil para la actividad asistencial y la investigación clínica del sueño (Buysse, Reynolds, Monk, Bernan & Kupfer, 1989).

En su versión en español, Royuela y Macías (1997) tradujeron al castellano la prueba encontrando consistencia interna de alfa de Cronbach = 0.81 en población clínica y de 0.67 en población estudiantil siendo validado en España por la Asociación Ibérica de Patología del Sueño en 1998.

En el caso de Perú, Luna, Robles y Agüero (2012) realizaron un estudio descriptivo transversal de tipo psicométrico en una muestra probabilística trietápica de 4445 adultos, usando el PSQI como parte del cuestionario de salud mental del estudio epidemiológico de salud mental de Lima Metropolitana, evaluando la validez del constructo encontrándose resultados favorables para la validación de la prueba, tanto en su validez de constructo encontrándose 3 factores que explican el 60.2% de la varianza, así como en su consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.564 lo cual la hace apta para su utilización.

Además de Luna, Robles y Agüero (2012), se han realizado estudios utilizando la prueba en diversos sectores del norte del Perú, tanto en ciudad como en comunidades andinas confirmando la confiabilidad de la prueba.

El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los casos una puntuación de “0” indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suma finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos. “0” indica facilidad para dormir y “21” dificultad severa en todas las áreas.

Instrumento N°3 Cuestionario de enfermedad renal y calidad de vida

(KDQOL-SF36): Se utilizó el cuestionario de Enfermedad Renal y Calidad de vida: Kidney Disease Quality Of Live (KDQOL) –SF36 perteneciente al tipo de prueba SF-36. EL KDQOL fue desarrollado inicialmente en su forma extendida por la Corporación RAND y la Universidad de Arizona en el año de 1994 por la necesidad de instrumentos psicométricos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, específicamente la enfermedad renal, posteriormente se desarrolló un formato simplificado del cuestionario que se encuentra traducido y validado al español por la Dra. Silvia Giancoletto de Argentina con una confiabilidad de α de Cronbach = 0.87 para la escala total y autorizada por el Kidney Disease Quality of Life Working Group en su sitio web.

En el caso de Perú, Figueroa (2010) realizó un estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal” usando el KDQOL SF-36 en el hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud con una población de 1300 pacientes, encontrando que la enfermedad renal interfiere hasta en un 50% en sus vidas, entre muchas otras más conclusiones. Además, Salazar y Bernabé (2012), evaluaron las propiedades psicométricas del SF-36 en una muestra de 4344 personas entre 15 y 64 años. El cuestionario mostró una confiabilidad total de 0.82 y un coeficiente de Cronbach que fluctuó entre 0.66 y 0.92 en sus 8 subescalas. Adicionalmente, se evaluó la validez del constructo al observar la capacidad de las dimensiones pertenecientes a la prueba para medir las diferencias entre subgrupos a través de variables sociodemográficas. Es así, que el instrumento mostró apropiadas propiedades psicométricas con respecto a la consistencia interna, validez de constructo y estructura factorial en nuestro contexto.

Además de Salazar y Bernabé (2012), existen otros estudios realizados con este instrumento dentro de nuestro medio y asociados con factores de la calidad de vida del paciente de nefrología en ciudades como Arequipa (Arias, 2013), Loreto (Gómez, Matos & Ore, 2013) y Lima (Figueroa, 2010) que confirman la confiabilidad de la prueba.

El instrumento está conformado por 5 indicadores:

Medición del funcionamiento del componente físico (PSC) y funcionamiento del componente mental (MCS). Incluye las preguntas 1-12.

Las 8 subescalas tienen componente mental y físico en diferente grado.

Funcionamiento físico: rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionalidad social, rol emocional y salud mental.

Impacto de la enfermedad renal: preguntas 13-16, incluye temas relacionados a cuanto interfiere la enfermedad renal en su vida diaria, el tiempo que consume, frustración y sensación de carga para la familia.

Síntomas y problemas: preguntas 17-28, incluye temas sobre la molestia de dolor muscular, dolor de pecho, calambres, prurito, sequedad de piel, falta de aire, mareos, desmayos, falta de apetito, desgano, entumecimiento de extremidades, náuseas, vómitos y acceso de terapia de reemplazo renal

Efectos de la Enfermedad Renal en la vida cotidiana: Preguntas 29-36, incluye temas relacionados a ingesta de líquidos, restricciones dietéticas, capacidad para trabajar/viajar, sensación de dependencia del personal sanitario, preocupación, vida sexual y apariencia personal.

El cuestionario tiene un puntaje total de 100 puntos, un paciente que obtenga la cantidad de 100 puntos en la escala de síntomas (problemas) indica que no tiene molestias relacionadas a su salud, 100 puntos en la escala de efectos de la enfermedad renal indica que el sujeto no percibe consecuencias negativas a causa de su enfermedad y 100 puntos en la escala de impacto de enfermedad renal crónica indica

que la enfermedad no interfiere en la vida del paciente. El KDQOL- SF36 que permitirá medir la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal

Población y Muestra

La muestra se encuentra conformada por 80 pacientes que asisten regularmente al consultorio del servicio de DIPAC (diálisis peritoneal) del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo - Arequipa que representan la quasi totalidad de los pacientes pertenecientes a dicho servicio (156 pacientes en total entre pacientes del servicio de DIPAC y Hemodiálisis en conjunto) seleccionados por un tipo de muestreo no probabilístico consecutivo considerando los criterios de inclusión y exclusión.

Características de la muestra

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes que se encuentren en diálisis en un periodo mayor a tres meses
- Pacientes que solo se sometan a diálisis peritoneal

Criterios de Exclusión

- Paciente con alguna discapacidad mental que impida el llenado de los instrumentos
- Paciente que se encuentre hospitalizado actualmente
- Paciente que se niegue a completar los instrumentos

Estrategia de recolección de datos

El proyecto de tesis se presentó a la unidad de capacitación del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, luego de su aceptación se conversó con el jefe de servicio de DIPAC para su aprobación.

La recolección de datos se llevó a cabo durante dos meses (Octubre a Noviembre del 2017) en los días hábiles, con el previo consentimiento del paciente y respetando los criterios de inclusión y exclusión determinados, cabe resaltar que se hizo la información respectiva al paciente sobre la confidencialidad de los datos, se brindó una breve explicación de la investigación y su importancia, posteriormente se archivaron las pruebas y documentos de cada paciente.

Se programó una duración de 15 a 25 minutos para la toma de los instrumentos por cada paciente priorizando la interacción individual antes que colectiva para mayor confiabilidad.

Criterios de Procesamiento de la Información

La información fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 21.1, se generó la estadística de acuerdo al requerimiento de los objetivos, como frecuencias y porcentajes, además de la prueba estadística inferencial que es la prueba de Chi cuadrado para probar o rechazar la hipótesis de investigación, así como las interrogantes secundarias.

Para la prueba KDQOL-SF36, se utilizó un programa en documento Excel 2003 que contiene 5 páginas: “RAW”, “CONVERT”, “SCORE”, “SCALE” y “STATS”. Los datos son tabulados en la primera hoja mencionada y luego se asignan los siguientes puntajes:

Pregunta	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	Opción 5	Opción 6
1	100	75	50	25	0	NA
2	0	50	100	NA	NA	NA
3	0	50	100	NA	NA	NA
4	0	100	NA	NA	NA	NA
5	0	100	NA	NA	NA	NA
6	0	100	NA	NA	NA	NA
7	0	100	NA	NA	NA	NA
8	100	75	50	25	0	NA
9	100	80	60	40	20	0
10	100	80	60	40	20	0
11	0	20	40	60	80	100
12	0	25	50	75	100	NA
13	0	25	50	75	100	NA
14	0	25	50	75	100	NA
15	0	25	50	75	100	NA
16	0	25	50	75	100	NA
17	100	75	50	25	0	NA
18	100	75	50	25	0	NA
19	100	75	50	25	0	NA
20	100	75	50	25	0	NA
21	100	75	50	25	0	NA
22	100	75	50	25	0	NA
23	100	75	50	25	0	NA
24	100	75	50	25	0	NA
25	100	75	50	25	0	NA
26	100	75	50	25	0	NA
27	100	75	50	25	0	NA
28	100	75	50	25	0	NA
29	100	75	50	25	0	NA
30	100	75	50	25	0	NA
31	100	75	50	25	0	NA
32	100	75	50	25	0	NA
33	100	75	50	25	0	NA
34	100	75	50	25	0	NA
35	100	75	50	25	0	NA
36	100	75	50	25	0	NA
NA: No aplica						

Para obtener el valor relacionado a los de síntomas (lista de problemas) se procederá a la suma de los valores obtenidos en las preguntas 17 a 28 dividida entre 12.

Para obtener el valor relacionado a los efectos de la enfermedad renal se procederá a la suma de los valores obtenidos en las preguntas 29 a 36 dividida entre 8.

Para obtener el valor de relacionado impacto de la enfermedad renal se procederá a la suma de los valores obtenidos en las preguntas 13 a 16 dividida entre 4.

Debido a que las preguntas 1 a 12 evalúan tanto al componente de salud física como salud mental, se necesitará realizar el siguiente proceso:

- Para determinar el valor correspondiente a los componentes de percepción de salud física (PCS) los puntajes obtenidos en las preguntas 1 a 12 se multiplican por constantes determinadas por estudios previos (ANEXO 04), luego esto se suma al valor 56.77706.
- Para determinar los valores correspondientes a los componentes de percepción de la salud mental (MCS) los puntajes obtenidos en las preguntas 1 a 12 se multiplican por constantes determinadas por estudios previos (ANEXO 05) y el resultado final se suma al valor 60.75781.

CAPITULO III



Resultados

Descripción de los resultados

A partir de los resultados obtenidos, se describirá los datos en frecuencias absolutas (N°) y relativas (%) en 6 tablas que se presentan a continuación:

Tabla 1
Datos generales: Estado sociodemográfico

Edad	N°	%
18 - 25 años	2	2.5
26 - 50 años	21	26.3
51 - 75 años	38	47.5
76 a más años	19	23.8
Sexo	N°	%
Masculino	35	43.8
Femenino	45	56.3
Grado de instrucción	N°	%
Primaria	26	32.5
Secundaria	20	25
Superior técnico	27	33.8
Superior universitario	6	7.5
Estado social	N°	%
Solo	6	7.5
Con Familia	73	91.3
Asilo	1	1.3

La tabla N 1 denota inicialmente que la presencia de pacientes en el rango establecido de 18 a 25 años, representan el 2.5% del total. Los pacientes con un rango de edad entre 26 a 50 años, representan el 26.3% del total. Los pacientes en el rango de edad de 51 a 75 años, representan el 47.5% del total, siendo además el rango de edad más prevalente en el estudio. Por último, los pacientes con un rango de edad mayor a los 75 años de edad, representan el 23.8% de la muestra total.

El segundo apartado refiere la prevalencia del género en la muestra de estudio. Los pacientes de sexo femenino que representan el 56.3% (45 pacientes) del total indica una superioridad en contra del 43.8% (35 pacientes) que representa el porcentaje de pacientes de sexo masculino.

El tercer apartado describe el grado de instrucción en los pacientes, teniendo los sujetos sin estudios el 1.3% (1 paciente) y los pacientes con estudios superior universitario el 7.5% (6 pacientes), siendo estas dos tipificaciones las más bajas en relación al total; luego están los pacientes con estudios secundarios que representan el 25% (20 pacientes) y por último los pacientes con estudios primarios que conforman el 32.5% (26 pacientes), siendo más las personas adultas mayores quienes conforman esta tipificación. Por último los pacientes con estudios superior técnico que representan el 33.8% (27 pacientes) representa la tipificación más elevada en el estudio en el grado de instrucción de los pacientes.

Por último en el cuarto apartado se describe la distribución porcentual de la tipificación de los pacientes que cuentan con redes de apoyo social, especialmente

enfocado al apoyo familiar con el que cuentan; el 7.5% (6 pacientes) representa a los pacientes que afrontan la enfermedad en solitario, es decir, viven solos y el contacto con familiares es escaso. También se muestra la prevalencia en un 91.3% (73 pacientes) del apoyo familiar con el que cuentan los pacientes con IRC, es decir, que conviven con familiares que de alguna manera, pueden apoyar al paciente no solo con el cuidado físico del tratamiento de diálisis peritoneal, sino que también pueden brindar apoyo emocional, en caso tanto de aceptación de la enfermedad, como de motivación hacia su calidad de vida.



Tabla 2

Datos generales: Estado clínico

Etiología de la enfermedad	N°	%
Diabetes	21	33.8
Hipertensión arterial	49	61.3
Cáncer	3	3.8
Otra	1	1.3

Administración de diálisis	N°	%
Manualmente	44	55
Cicladora	36	45

La tabla 2 denota en su primer apartado la etiología de la enfermedad, es decir, la causa que generó la insuficiencia renal crónica en el paciente; dentro de los resultados tenemos al 33.8% (27 pacientes) que generaron IRC a causa de diabetes; estableciéndose dentro del rango de estudio etiológico presentado por Herrera, Pacheco y Taype en el año 2016, considerando a la diabetes mielitus como segunda causa común desencadenadora de IRC. También se puede observar como causa de IRC al cáncer en un 3.8% (3 pacientes) del total.

La hipertensión arterial se coloca como causa principal desencadenadora de IRC con un 61.3% (49 pacientes), cabe resaltar que los pacientes pueden tener más de una causa desencadenadora de IRC, como por ejemplo tener diabetes e hipertensión y que conlleven a un IRC en el futuro.

Por último en el segundo apartado se describe la administración de diálisis de los pacientes. En cuanto la manera de administración de la diálisis manual, es decir, el cambio diario de entre 4 a 5 veces al día de las bolsas esterilizadas, 44 de los pacientes lo realiza representando el 55% del total de la muestra. Por otro lado, 36 de los pacientes que representan el 45% del total de la muestra, lo realizan mediante una maquina Cicladora que conectan a su catéter por las noches para la purificación de la sangre evitando realizar los cambios durante el día.

Cabe resaltar que el acceso de los pacientes a la maquina cicladora además de ser limitado, se da de manera temporal, es decir, lo recomendable para los pacientes en diálisis peritoneal, es realizar los cambios durante el día, y solo se accedería a la maquina cicladora en caso forzoso no se pudiera realizar los cambios rutinarios.

Tabla 3
Componentes de la calidad de sueño

Calidad subjetivo	N°	%
Muy buena	27	33.8
Bastante buena	11	13.8
Bastante mala	11	13.8
Muy mala	31	38.8
Latencia de sueño	N°	%
Más de 60 minutos	16	20
Entre 31 - 60 minutos	32	40
Entre 16 - 30 minutos	18	22.5
Menos de 15 minutos	14	17.5
Duración del sueño	N°	%
Más de 7 horas	29	36.5
6 - 7 horas	33	41.3
5 - 6 horas	10	12.5
Menos de 5 horas	8	10
Eficiencia del sueño	N°	%
Más del 85%	36	45
75 - 84%	15	18.8
65 - 74%	12	15
Menos del 65%	17	21.3

La tabla 3 en su primer apartado describe la calidad de sueño subjetiva, es decir, la percepción que tiene el paciente acerca de la calidad de sueño que experimenta; mostrando que en cuanto a la percepción de un sueño adecuado el 53% de la población estudio duerme mal, en comparación de un 33.8% de pacientes que perciben que poseen una muy buena

calidad de sueño y del 13.8% que perciben que duermen bastante bien. Siendo una percepción de sueño mala la predominante en el estudio. Como se puede observar en la tabla, a pesar de que los puntajes se encuentran relativamente parejos, considerar que la percepción de una persona acerca de su calidad de sueño es mala, tiene repercusiones no solo en su salud mental sino también en su salud neurofisiológica, considerando los beneficios y propiedades del sueño a nivel cognitivo.

El segundo apartado nos muestra la latencia de sueño, es decir, del periodo de tiempo que tardan los pacientes en conciliar el sueño una vez se hayan acostado en la cama. Se puede observar en los resultados que el 60% de la población obtuvo puntajes inferiores a la media en comparación de los puntajes de 3 a 4, que representan el 22.5% (18 personas) del total y del puntaje de 5 a 6 que representa el 17.5% (14 personas) que se encuentran en los estándares de una adecuada latencia de sueño. Al observarse que existe un porcentaje mayor desfavorable a la latencia de sueño del estudio, nos referimos a que los pacientes tardan en conciliar el sueño en un aproximado de 30 a 60 minutos, representando una dificultad y llevando incluso a alteraciones del sueño como el insomnio de conciliación, por lo que se debe adecuar el hábito del sueño del paciente para obtener un resultado favorable en su latencia.

El tercer apartado muestra la duración de sueño de los pacientes, donde se puede observar que en cuanto a las horas de sueño, el 77% de la población de estudio duerme dentro del rango de 6 a más horas y un 32% duerme de 5 a menos horas; teniendo en consideración que al igual que la calidad de sueño subjetiva, el periodo de duración de sueño en este caso también es una percepción de cada paciente, teniendo una posibilidad de variación en cuanto al tiempo real de horas de sueño que cada paciente pueda tener.

Por último, el cuarto apartado describe la eficiencia de sueño habitual en los pacientes, es decir, del estado posterior al sueño de cada paciente, encontrándose que sólo el 45% de la población estudio logró un porcentaje mayor de 85% de eficiencia en el sueño que ellos presentan, lo cual demuestra que el sueño habitual no es eficiente en la mayoría de pacientes, considerando el 21.3%, (segundo porcentaje más alto) que denota la eficiencia del sueño habitual menor del 65%, teniendo una discordancia en la percepción de sueño subjetivo visto en el primer apartado.



Tabla 4
Componentes de calidad de vida

	Puntaje					Media	Porcentaje	
	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100		Máximo	Mínimo
Síntomas y problemas	0	0	1	9	70	93.65	87.5	1.3
Efectos de la IRC	0	7	25	32	16	63.19	31.2	8.8
Impacto de la IRC	23	41	15	1	0	29.05	51.2	1.3

	Puntaje		Media	Máximo	Mínimo
	0-50	50-100			
Salud Física	72	8	32.82	90	10
Salud Mental	64	16	42.74	80	20

La tabla 4 muestra como primer componente los síntomas y problemas que manifiestan los pacientes, que pueden clasificarse como dolores musculares, dolores en el pecho, calambres, picazón, sequedad de piel, falta de aire, desmayos, agotamiento, entumecimiento, náuseas o complicaciones con el catéter, demostrando que el 87.5% (70 personas) de los pacientes presenta una puntuación de 81 a 100, que significa que los pacientes encuestados no presentan complicaciones mayores con los síntomas y/o problemas del tratamiento de diálisis peritoneal, teniendo complicaciones una menor parte que representa el 11.3% (9 personas) con puntaje de entre 61 a 80, necesitando medidas auxiliares para sobrellevar el tratamiento.

El segundo componente describe los efectos de la insuficiencia renal crónica que ocasionan en el paciente, como la limitación de líquidos, limitación en la alimentación, la capacidad de trabajar en casa, la capacidad de viajar, la dependencia médica o sanitaria, la vida sexual o la percepción del aspecto físico, mostrando que solo que un 20% (16 pacientes) de la muestra total con un puntaje de 81 a 100 puntos, no posee efectos negativos en su vida,

es decir, que sobrellevan la enfermedad adaptándose a las limitaciones; mientras que un 40% (32 pacientes) y 31.2% (25 pacientes), sienten cambios leves a moderados en su estilo de vida a partir del tratamiento. Por último, el 8.8% (7 pacientes) de la muestra total, presenta de 21 a 40 puntos, que significa que sienten la presencia de cambios bruscos en su estilo de vida, afectándoles psicológicamente y haciendo el proceso de aceptación de la enfermedad más dificultoso.

El tercer componente muestra el impacto de la enfermedad renal en el paciente, es decir, las complicaciones que percibe el paciente respecto a su enfermedad, como la frustración al tener que ocuparse de su enfermedad, sentirse una carga para la familia, sentir que su enfermedad interfiere demasiado en su vida o que le involucra mucho tiempo de la misma; mostrando que el 99% de los pacientes presenta una puntuación menor a 60 puntos, lo cual demuestra que la enfermedad, en la mayoría de pacientes, da un impacto negativo en su calidad de vida, y que solo un 1.3% de la muestra brinda un impacto constructivo en su vida.

El cuarto componente describe la salud física del paciente, es decir, la percepción que el paciente tiene acerca de su salud física durante el tratamiento de diálisis peritoneal a causa de la insuficiencia renal crónica que presentan, mostrando que solo un 10% (8 personas) de los pacientes, que obtuvieron un puntaje mayor a 50 puntos, presentan una percepción de su salud física favorable en comparación del 90% (72 personas) de los pacientes que presentan una puntuación menor de 50 puntos, que consideran que su salud física se ha visto ampliamente mermada a causa del tratamiento que llevan por su insuficiencia renal crónica,

generando en el paciente problemas y complicaciones no solo en la real salud física sino que también en la salud mental.

Por último el quinto componente describe la salud mental de los pacientes, enfocándose a que tan tranquilos se hayan sentido, si han tenido ganas de realizar sus actividades o el nivel de tristeza o desánimo que hayan experimentado, teniendo como resultado que más de la mitad de la muestra, representada en un 80% del total, perciben que su salud mental está deteriorada o tienen complicaciones para alcanzar un estado de tranquilidad. En contraste a la primera tipificación, el 20% (16 pacientes) de la muestra total, muestran señales favorables de buena salud mental, es decir, no presentan complicaciones psicológicas en relación a su enfermedad, y plasman su atención a otras actividades.

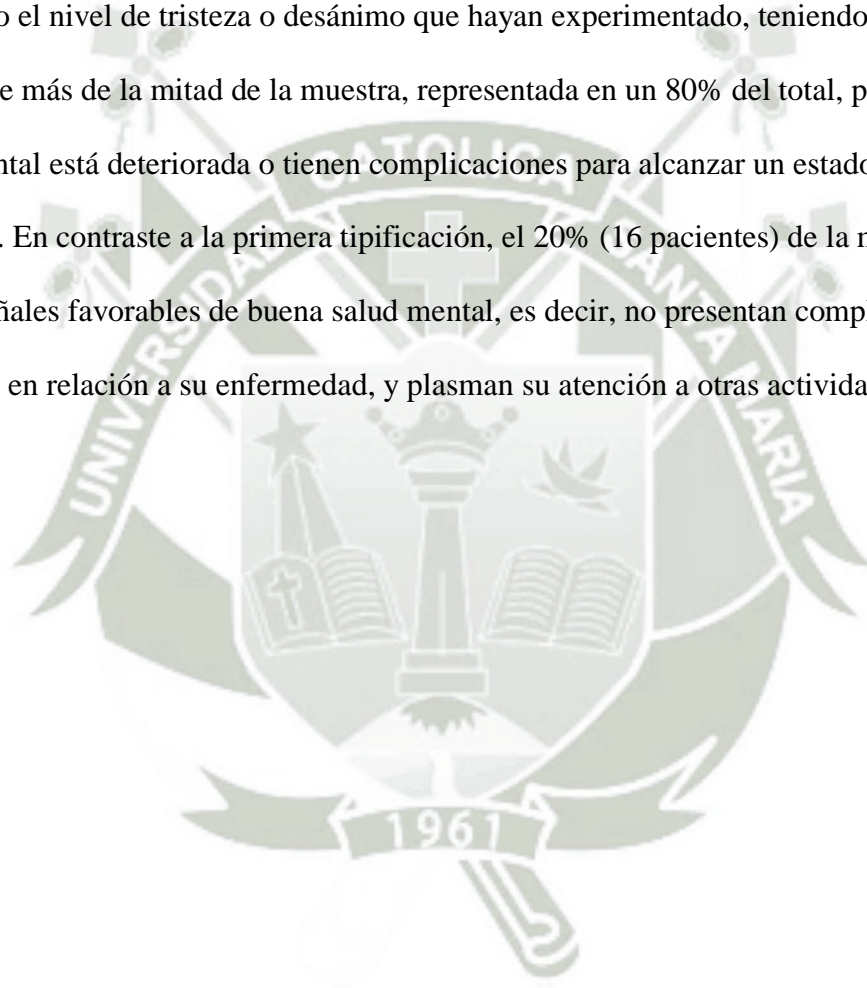


Tabla 5
Calidad de sueño y calidad de vida

		Calidad de vida			
			Buena	Mala	Total
Calidad de sueño	Buena	Recuento	7	22	29
		% del total	8.80%	27.50%	36.30%
	Mala	Recuento	3	48	51
		% del total	3.80%	60%	63.70%
Total		Recuento	10	70	80
		% del total	12.50%	87.50%	100

La tabla 5 describe la distribución porcentual general de la tipificación del índice de calidad de sueño de los pacientes englobando las dimensiones que comprenden a la variable, mostrando que el 63.70% de la población obtuvo un índice por debajo del puntaje deseado, lo cual demuestra que la población de estudio tiene una mala calidad de sueño, considerando varios de los factores que variaron en cuanto a percepciones y hechos directos con el hábito de sueño de los pacientes con diálisis peritoneal.

También se puede observar en la tabla 5 la distribución porcentual general para la variable calidad de vida, buena y mala; encontrándose que en cuanto al recuento para ambas variables mencionadas, el 60% de los pacientes presentan una mala calidad para ambas variables, y solo un 3.8% de los pacientes poseen una calidad de vida y sueño favorables.

Tabla 6
Pruebas de chi cuadrado

	Valor	GI	Sig. Asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi cuadrado de Pearson	5.633	1	0.018		
Corrección de continuidad	4.088	1	0.043		
Razón de verosimilitud	5.409	1	0.02		
Prueba exacta de Fisher				0.031	0.023
Asociación lineal por lineal	5.563	1	0.018		
N° de casos válidos	80				

La tabla 6 muestra que el valor crítico observado (valor de sig) 0.018 es menor a 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis alternativa, es decir, si existe relación entre sueño y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis del servicio de DIPAC del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, obteniendo resultados mostrados en las tablas anteriormente mostradas y en la conclusiones posteriores.

Discusión:

La prevalencia de IRC en Perú no cuenta con datos estadísticos recientes sino hasta 1990 donde se calculó una tasa total de pacientes urémicos de 122 pacientes por millón de habitantes, y considerando que solo los pacientes que provenían de Lima, una tasa de 90 pacientes por millón de habitantes, para una población estimada en Lima en ese entonces de 6 423 000 personas (Francis, Kuo, Bernabé-Ortiz, Nessel, Gilman, Checkley et al., 2015).

Se puede realizar aproximaciones en base a los datos de la Encuesta NHANES de los EEUU, aunque con ciertas limitaciones. Según la encuesta NHANES 1999-2004, la Enfermedad renal crónica afectaría al 10% por ciento de la población adulta, mayor de 20 años y según la encuesta NHANES 2005-2006, un 0,1% tendrían Enfermedad renal crónica terminal.

El trabajo de investigación se realizó en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo de EsSalud- Arequipa, en el servicio de DIPAC, donde se entrevistó a 80 pacientes y se les explico en qué consistía el estudio a desarrollarse.

El promedio de edad de los pacientes encuestados fue de 62 años y en su mayoría fueron mujeres, las patologías como la hipertensión y diabetes, fueron las más señaladas como causantes de la insuficiencia renal de los pacientes encuestados.

El estudio se realizó con pacientes que fueron informados y en su mayoría sin hospitalizaciones recientes y con un tiempo de terapia en promedio de 4 años, por lo que los

resultados no se deben contrastar a pacientes hospitalizados recientemente y con una duración de terapia menor a la del estudio.

En cuanto al puntaje obtenido en el aspecto de la calidad de vida, un paciente que tenga 100 puntos en el área de síntomas o problemas, se interpretará como que no tiene molestias relacionadas a su salud, 100 puntos en la escala de efectos de la enfermedad y 100 puntos en la escala de impacto de la enfermedad renal crónica, nos muestra que la enfermedad renal no interfiere en la vida del paciente. Por lo que puede deducir que el paciente percibe una excelente calidad de vida.

Los estudios iniciales realizados por Simmons (1984) acerca de la calidad de vida en pacientes de servicios de nefrología, señalan que la mayoría sufrió una disminución en la calidad de vida en el momento de ingreso a un programa de hemodiálisis y que se incrementó significativamente cuando se realizaba un trasplante renal exitoso.

La diálisis al ser un tratamiento de reemplazo funcional que salva la vida del paciente, modifica la calidad de vida del mismo variando en patrones de líquidos, alimentación, sueño, medicación, actividades de recreación o entretenimiento y rutinas de trabajo. A pesar de que hay avances tecnológicos, los pacientes presentes en tratamiento de hemodiálisis, aun presentan menor calidad de vida relacionada a la salud en comparación a la población en general (Unruh, 2004), aunque en esta investigación podría señalarse un factor importante que no solo podría ayudar a los pacientes con diálisis peritoneal sino también perteneciente a hemodiálisis.

Aunque existe un estudio realizado en 3 continentes (Shunichi & cols, 2003) que encontró resultados relacionados a la baja calidad de vida de pacientes en hemodiálisis, es posible que la calidad de sueño ayude a mejorar factores causales y consecuentes como también lo podría hacer en pacientes con diálisis peritoneal. Un estudio denominado DOPPS (The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) realizado en Europa, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Japón evaluó valores de exámenes de laboratorio, variables demográficas, comorbilidades, parámetros de diálisis y datos relacionados en 10,030 pacientes demostraron que la baja calidad de vida estaba asociada a mayor riesgo de muerte, hospitalización independientemente de factores demográficos (Mapes & cols, 2003) lo que amplía más la posibilidad de desarrollo negativo en la salud mental de la población de investigación.

Hinojoza (2006) en su estudio realizado en un hospital de EsSalud de la ciudad de Arequipa determinó que los pacientes percibían en un 52.06% una buena calidad de vida, en el rol físico se observó que el 70% de los pacientes declararon que la enfermedad interfiere con el desempeño de su trabajo, en la función física se obtuvo los siguientes resultados en el grupo de hemodiálisis se observa un porcentaje de 38.67% mala y un 61.33% buena en DIPAC el 31.58% mala y un 68.42% buena y en el grupo de trasplante renal el 100% es buena; para el dolor corporal; se encontró que en el grupo de hemodiálisis un 46.67% mala y un 53.33% buena en DIPAC el 31.68% mala y un 68.42% buena y en el grupo de trasplante renal el 75% es mala y buena en un 25%. El grupo de trasplante renal presenta una expectativa laboral del 75% frente a un 59.89% del grupo de DIPAC mientras que el grupo de hemodiálisis solo el 34.44% presentan una expectativa laboral de parcial a normal.

En el presente estudio la media del puntaje en cuanto la escala de síntomas fue de 94 puntos, lo cual indicaría que la mayoría de los pacientes no sufren de problemas en esta dimensión, el 70% de los pacientes obtuvieron un puntaje menor de 80 puntos en el área de efecto de la enfermedad; en cuanto el impacto de la enfermedad el 99% de los pacientes presentan una puntuación menor a 60 puntos, lo cual demuestra que la enfermedad, en la mayoría de pacientes, da un impacto negativo en su calidad de vida.

En cuanto el aspecto de la percepción de la salud física y mental de la población estudio, los puntajes se encuentran por debajo de la media lo cual demuestra que estos se encuentran en peor estado de salud.

La calidad de sueño en la población estudiada resulto siendo de mala calidad, lo cual afectaría la calidad de vida, ya que si se considera que el sueño es importante en el bienestar de la persona, entonces los pacientes con diálisis peritoneal además de tener asociados otros factores que complican su calidad de vida, deberían de poder descansar apropiadamente para poder restablecer parte de su bienestar y salud cognitiva.

Los factores que se asocian a la enfermedad renal son diversos, desde hereditarios y genéticos hasta infecciosos, el trabajo de investigación demuestra que existe relación entre el sueño y la calidad de vida; es entonces que a mayor calidad de sueño, mejor calidad de vida.

Conclusiones

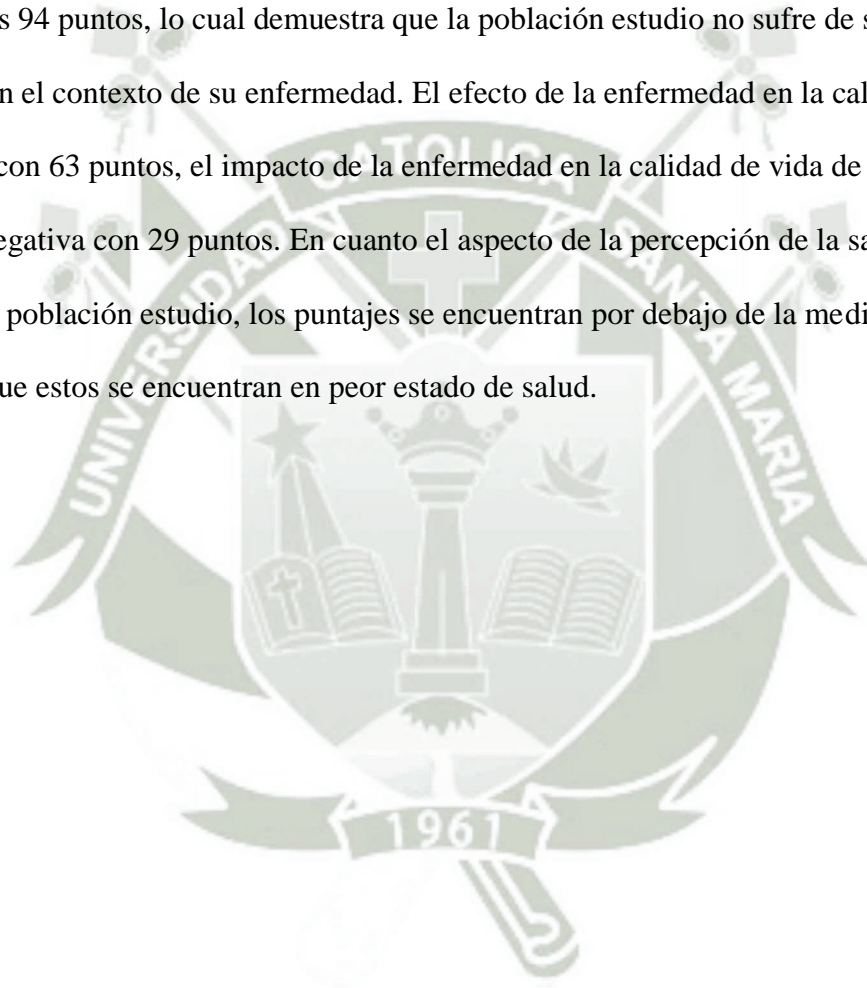
Primera: Se estableció que si existe relación entre las variables sueño y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis del servicio de DIPAC del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, ya que la prueba de chi cuadrado dio un resultado de 0,018 para $P < 0,05$. Quedando demostrado que a mayor calidad de sueño se posea, mayor calidad de vida se presenta en la persona

Segunda: La población estudio estuvo conformada en su mayoría por adultos mayores, la edad promedio fue de 62 años siendo la mayoría de la población de sexo femenino (56%). El 42% tiene grado de instrucción superior entre universitario y técnico, relacionando en su mayoría (61.3%) la causa de su insuficiencia renal con la hipertensión arterial, dejando el 33.8% con diabetes en el segundo lugar. El tiempo de duración del tratamiento de diálisis oscila entre 1 año hasta 10 años (66%), siendo la frecuencia del tratamiento de diálisis de 4 a más veces al día en su mayoría administrándose manualmente en un 49% manualmente y 45% en máquina cicladora.

Tercera: Los resultados de la evaluación de calidad de sueño demostraron que el 53% de la población estudio duerme mal, en dimensión de la latencia del sueño, el 60% de la población obtuvo puntajes inferiores a la media por lo cual no tienen un adecuado hábito de sueño. En cuanto las horas de sueño la mayoría de la población duerme dentro del rango de 6 a más horas aunque teniendo una mala eficiencia del periodo de sueño. El índice de calidad de sueño, que es la medida que comprende a las 5 dimensiones, demostró que el 64% de la

población obtuvo un índice por debajo del puntaje deseado, lo cual indica que más de la mitad de la población de estudio tiene una mala calidad de sueño.

Cuarta: El puntaje promedio de las dimensiones que conforman a la variable calidad de vida para pacientes en diálisis, es 52 puntos; la media para la dimensión de síntomas y problemas es 94 puntos, lo cual demuestra que la población estudio no sufre de síntomas y problemas en el contexto de su enfermedad. El efecto de la enfermedad en la calidad de vida es negativo con 63 puntos, el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de la población estudio es negativa con 29 puntos. En cuanto el aspecto de la percepción de la salud física y mental de la población estudio, los puntajes se encuentran por debajo de la media lo cual demuestra que estos se encuentran en peor estado de salud.



Sugerencias

Primero: Según los resultados encontrados, se sugiere brindar soporte emocional, basado en la familia, considerando que los pacientes sometidos a diálisis del servicio de DIPAC del Hospital CASE EsSalud- Arequipa en su mayoría, cuentan con el apoyo de algún familiar en casa con el objetivo de mejorar la salud física y mental percibida por ellos en relación a su enfermedad.

Segundo: Se sugiere realizar terapias de relajación e instruir a los pacientes para que puedan realizarlos en sus hogares, para que puedan tener un sueño más plácido y reconfortante además de un tratamiento psicológico que conlleve la evaluación de aspectos emocionales del paciente.

Tercero: Se sugiere que aunque es mejor concebir el sueño de manera natural, se apoye de manera farmacológica a los pacientes que no puedan dormir acompañados de un tratamiento psicológico que pueda ayudarlos a mejorar sus hábitos de sueño de manera natural y evitar generar una dependencia farmacológica de relajantes musculares o semejantes frente a la necesidad de sueño.

Cuarto: Se recomienda que los pacientes sometidos a diálisis reciban de manera constante apoyo en el área de psicología con el fin de que se les brinde estrategias que apoyen la calidad de sueño y además con estrategias que fortalezcan su calidad vida, en conjunto de

concientización de la importancia del sueño y de los hábitos del mismo para una calidad de vida óptima frente a la enfermedad.

Quinto: Como se planteó como antecedente investigativo, la calidad de sueño es uno de muchos indicadores de la calidad de vida del paciente, así como factores emocionales desencadenados, la estabilidad económica, el desenvolvimiento social, entre otros; la calidad de vida necesitaría de una exhaustiva evaluación para establecer un nivel cercano en cada persona, por lo que la calidad de sueño si bien es un factor importante, debe complementarse con otros antes mencionados.

Sexto: Al no existir muchas investigaciones en nuestro medio al respecto de la calidad de sueño y la calidad de vida, esta investigación abre muchos caminos a futuras investigaciones complementarias en relación a ambas variables, por lo que esta base científica servirá de ayuda en el futuro investigativo.

Limitaciones

Primero: Las limitaciones de tiempo fueron importantes en el desarrollo de la investigación, el periodo de espera de trámites administrativos representó una dificultad en el plazo establecido del desarrollo del proyecto, sin embargo el resultado final fue satisfactorio.

Segundo: El estrés fue un factor presente durante la investigación en los pacientes en el proceso de recolección de la información, ya que muchas de las preguntas incidían sobre aspectos demasiado personales sobre los mismos.

Tercero: La metodología desarrollada en la investigación tuvo el limitante en las variables, como lo es la no manipulación de alguna como parte de un cambio en el resultado final, además de no poder contar con un grupo control que nos dé una diferencia final en el resultado, sin embargo la metodología descriptiva nos facilitó obtener mayor información para futuras investigaciones al respecto.

Referencias

- Ardila, R. (2003). *Calidad de vida: una definición integradora*. Revista Latinoamericana de Psicología, 35(2), 161-164.
- Arias, F. (2013). *Calidad de vida y factores asociados a pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en hemodialisis del servicio de nefrología del HRHDE*. Tesis de Titulación. Arequipa.
- Asociación Americana de Psicología. (2010). *Diccionario de la Asociación Americana de Psicología (6ta ed.)* Washington, DC: Autor.
- Astrobis, J. et al. (1993). *Basics of Sleep Behavior*. Los Angeles, CA: Sleep Research Society.
- Bergland, A., Narum, I. (2007). *Quality of life demands comprehension and further exploration*. Journal of Aging Health, 19, 39-61.
- Bórquez, P. (2011). *Calidad del sueño, somnolencia diurna y salud autopercibida en estudiantes universitarios*. Asunción, PY, Universidad Católica “Nuestra Señora de La Asunción”. Centro de Documentación, investigación y difusión de la carrera de psicología
- Buijss, R., Kalsbeek A., (2001). *Hypothalamic integration of central and peripheral clocks*. Nature Reviews Neuroscience.
- Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Bernan, S. & Kupfer, D. (1989). *The Pittsburg Sleep Quality Index: A new instrument from Psychiatric practice and research*. Psychiatry Research. 1989; 28 (2): 193-213.
- Camfield, L., Skenvington, S. (2008). *Ob Subjective well-being and quality of life*. Journal of Health Psychology, 13(6), 764-775. DOI: 10.1177/1359105308093860.

- Cardona, D., Agudelo, H. & Segura, A. (2008). *Un diseño de muestra complejo en el análisis de la calidad de vida de la población adulta en Medellín*. Colombia Médica, 39(2), 161-174.
- Cattai, C., Rocha, F., Nardo-Junior, N., Pimentel, G., (2007). *Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica – SF- 36*. Cienc. Cuid. Saúde; 2007 6(supl.2): 460- 67.
- Cusumano, A., Gonzales-Bedat, M., (2008). *Chronic Kidney disease in Latin America: time to improve screening and detección*. Clim j Am Soc Nephrol, arzo.
- Dallimore, E., Mickel, A. (2006). *Quality of life: Obstacles, advice and employer assistance*. Human Relations, 59(1), 61-103.
- Diener, E. (2006). *Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being*. Journal of Happiness Studies, 7(4), 397-404.
- Ekbom, K. (1945). *Restless legs síndrome*. Acta Med Scand Suppl 1945; 158: 4-122.
- Ezpeleta, D. (2008). *Pequeña historia del sueño y sus principales trastornos*. SANED, 2008; p. 179 – 95. Madrid-España.
- Farreras & Rozman. (1997). *Medicina Interna XIII Ed*. España.
- Farreras & Rozman. (2004). *Medicina Interna. XV Ed*. España.
- Figuroa, R. (2010). *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal, utilizando el cuestionario KDQOL-36*. Servicio de Nefrología HNGAI. Essalud 2010.
- Frances, A., Pincus, H., First, M. & Wediger, T. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Barcelona, ES, Editorial Masson. P. 565-623.

Francis, E., Kuo, C., Bernabe-Ortiz, A., Nessel, L., Gilman, R., Checkley, W. et al. (2015). *Burden of chronic kidney disease in resource-limited settings from Perú: a population-based study*. BMC Nephrol. 2015; 16: 144.

Gómez, R., Matos, G. & Ore, K. (2013). *Variables asociadas a la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el hospital regional de Loreto 2012*. Tesis de Titulación. Loreto.

Guyton & Hall (2001). *Tratado de Fisiología Medica. 10 Ed.* España.

Hernandez, R., Fernandez, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación cuarta edición*. McGraw-Hill Interamericana. Cap. 3.

Hinojosa, E. (2006). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Enfermedad renal Crónica Essalud*. Tesis Doctoral. Arequipa, Departamento de Medicina.

Hess, W. (1929). *The Mechanism of sleep*. Am J Physiol 1929; 90: 386-7.

Inga, J. & Vara, A. (2006). *Factores asociados a la satisfaccion de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú*. Universitas Psicológica, 5(3), 475-486.

Loomis, A., Harvey, E., Hobart, G. (1983). *Disturbance-patterns in sleep*. J. Neurophysiology.

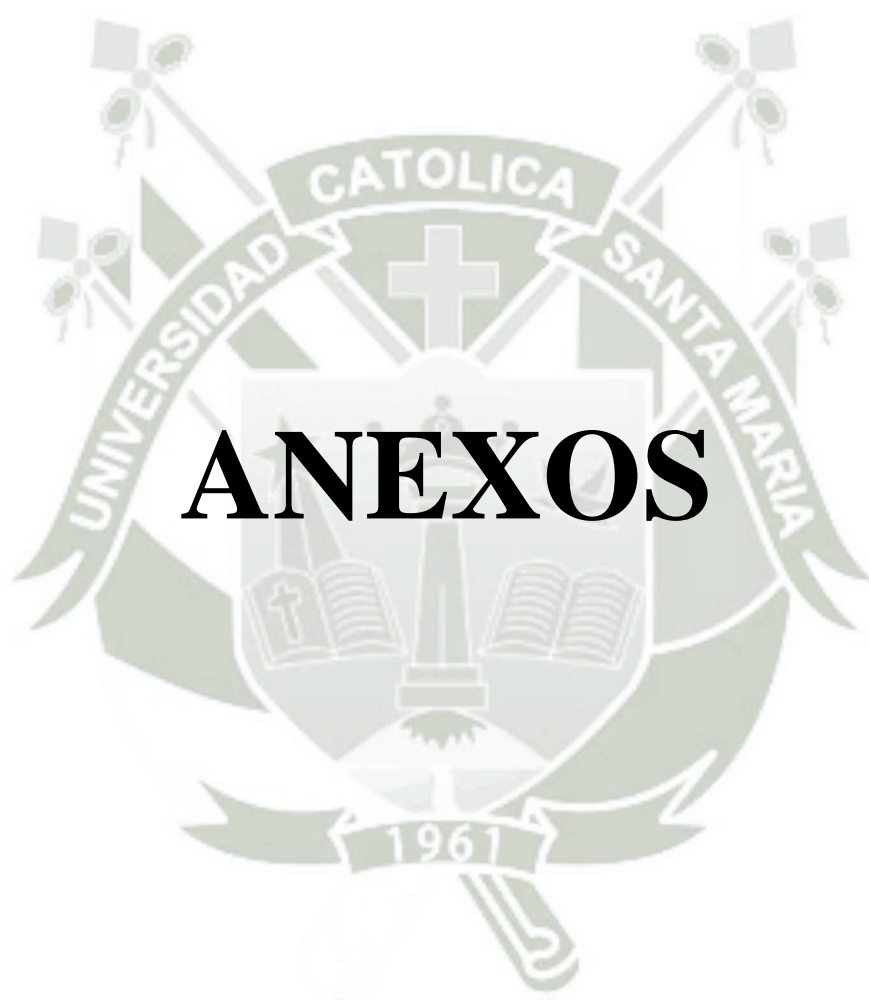
Lugones, M. (2002). *Algunas consideraciones sobre la calidad de vida*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 18, 287-289.

Luna, Y., Robles, Y. & Agüero, Y. (2012). *Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana*. Anales de Salud Mental 2015 Vol XXXI (2).

Marchant, N. (2005). *Tratado de Psiquiatría. Tomo I 1ª Edición*. Buenos Aires.

- Mapes, D., Lopes, A., Satayathum, S., Mccullough, K., Goodkin, A., Locatelli, F., Fukuhara, S., Young, W., Kurokawa, K., Saito, A., Rgen, J., Wolfe, R., Held, P. & Port, F. (2003). *Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)*. *Kidney International*, Vol. 64, pp. 339-349.
- Micheli, F. (2003). *Tratado de Neurología Clínica*. Buenos Aires, Argentina.
- Miró, E., Cano-Lozano, M. & Buela-Casal, G. (2005). *Sueño y Calidad de Vida*. *Revista Colombiana de Psicología*. 2005; (14): 11-27.
- OMS (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 – Colaboremos por la salud*. Ginebra, Suiza.
- Oullet, M. (1995). *Sleep satisfaction of older adults living in the community and related factors*. Case Western Reserve University, 216.
- Perico, N., Plata, R.; Anabaya, A. (2005). *Strategies for national health care system in emerging countries: the case of screening and preventin of renal disease progresión in Bolivia*. *Kydney Int Suppl*. Aug:87-94.
- Prospero, O., Drucker, R., (2007). *Control neural del ciclo de vigilia sueño: Sueño y procesos cognitivos*. Madrid, Síntesis.
- Ravagani, L., Domingos, N., Miyazaki, M. (2007). *Calidad de vida y estrategias de enfrentamiento en pacientes sometidos a trasplante renal*. *Estudios de Psicología*, p 177-84.
- Rentini, M., Corradi, E., Araldi, M., Tigrinbo, F. (2004). *Calidad de vida de personas dependientes de hemodiálisis considerando algunos aspectos físicos, emocionales y sociales*. *Texto Contexto Enferm.*; 13(1):74- 82.
- Rosales, E., Egovial, M., La Cruz de Castro, J. (2009). *Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana*. *Anales de la facultad de medicina*. Universidad de San Marcos.

- Royuela, A. & Macías, J. (1997). *Propiedades clinimétricas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburg*. *Vigilia-Sueño*. 1997; 9 (2): 81-94.
- Salazar, F. & Bernabé, E. (2012). *The Spanish SF-36 in Perú: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency*. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 20(10), 1-9.
- Santos, P., Coelho, M., Gomes, N., Josué, C. (2006). *Asociación de Indicadores Nutricionales con calidad de Vida en Pacientes Portadores de enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis*. *J Bras Nefrol*; XXVIII(2): 57-64.
- Shunichi, F., Lopes, A., Bragg-Gresham, J., Kurokawa, K., Mapes, D., Akizawa, T., Rgen, J., Canaud, B., Port, F. & Held, P. (2003). *Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The Dialysis Outcomes and practice Patterns Study*. *Kidney International*, Vol. 64, pp. 1903-1910.
- Simmons, R., Anderson, C. & Kamstra, L. (1984). *Comparison of quality of life of patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis and after Transplantation*. *Am J Kidney Dis*, 1984 Vol. 4, p. 253.
- Totterdell, P., Reynolds, S., Parkinson, B. & Briner, R. (1994). *Associations of sleep with everyday mood, minor symptoms and social interaction experience*. *Sleep*, 17, 466-475.
- Unruh, M. et al. (2004). *Effects of hemodialysis dose and membrane flux on health-related quality of life in the HEMO study*. *Kidney International*, Vol. 66, pp.355-366.
- Vizcarra, D. (2000). *Evolución histórica de los métodos de investigación en los trastornos del sueño*. *Rev Med Hered* 2000;11: 136-43.
- Zeitlhofer, J., Schmeiser-Rieder, A., Tribl, G., Rosenberg, A., Bolitschek, J., & cols. (2000). *Sleep and quality of life in the Australian population*. *Acta Neurológica Scadinavica*, 102, 249-257.



ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RELACIÓN DEL SUEÑO CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL DEL SERVICIO DE DIPAC, DEL HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2017.

Datos Personales

1. Edad _____
2. Sexo _____
3. Etiología: ¿qué enfermedad causó su insuficiencia renal? Marque con una "x"

DIABETES	
HIPERTENSION ARTERIAL	
ENFERMEDAD CARDIACA	
CANCER	
OTRA (especifique)	

4. Grado de instrucción. Marque con una "x"

Ninguno	
Primaria	
Secundaria	
Superior técnico	
Superior universitario	

5. Usted vive ... Marque con una "x"

Solo	
Con su familia	
En una institución (asilo)	

6. Fecha de inicio de terapia de diálisis : _____
7. Con que frecuencia se dializa: _____
8. En el último mes requirió ser hospitalizado: SI___ NO___
9. Usted se dializa manualmente o máquina cicladora: _____

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES EN DIÁLISIS KDQOL-SP36

“RELACIÓN DEL SUEÑO CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL DEL SERVICIO DE DIPAC, DEL HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2017.”

Las siguientes preguntas se refieren a lo que Ud. piensa sobre su salud y bienestar. Esta información es confidencial y permitirá saber cómo se encuentra Ud.

- **¿Cuál es el objetivo del estudio?**

El objetivo es conocer la calidad de vida de los pacientes con enfermedad del riñón.

- **¿Qué tendré que hacer?**

Nos gustaría que, para este estudio, llenara el cuestionario sobre su salud, sobre cómo se ha sentido durante las últimas 4 semanas.

Por favor, marque con una “X” la casilla bajo la respuesta elegida para cada pregunta.

- **¿Es confidencial la información?**

No le preguntamos su nombre. Sus respuestas se mezclarán con las de los demás participantes en el estudio, a la hora de dar los resultados del estudio. Cualquier información que pudiera permitir su identificación será considerada confidencial.

- **¿Qué beneficios tendré por el hecho de participar?**

La información que usted nos facilite nos indicará lo que piensa sobre la atención y nos ayudará a comprender mejor los efectos del tratamiento sobre la salud de los pacientes. Esta información ayudará a valorar la atención médica.

- **¿Es obligatorio que participe?**

Usted no tiene la obligación de completar el cuestionario. Además, puede dejar de contestar cualquier pregunta. Su decisión sobre si participa o no, no influirá sobre sus posibilidades a la hora de recibir atención médica.

Su salud

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.

1. En general, ¿diría que su salud es: [Marque con una cruz “X” la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? [Marque con una cruz “X” una casilla en cada línea.]

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
2. <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física? [Marque con una cruz “X” la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Sí	No
4. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)? [Marque con una cruz “X” la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Sí	No
6. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado</u> de lo usual	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Nada en absoluto	Un poco	Mediana-mente	Bastante	Extremadamente
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9. Se ha sentido tranquilo y sosegado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10. Ha tenido mucha energía?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11. Se ha sentido desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Su enfermedad del riñón

¿En qué medida considera cierta o falsa en su caso cada una de las siguientes afirmaciones? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
13. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Me siento una carga para la familia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅



Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?
[Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
17. ¿Dolores musculares?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. ¿Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19. ¿Calambres?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20. ¿Picazón en la piel?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21. ¿Sequedad de piel?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22. ¿Falta de aire?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23. ¿Desmayos o mareo?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24. ¿Falta de apetito?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25. ¿Agotado/a, sin fuerzas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
27. ¿Náuseas o molestias del estómago?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28a. (Sólo para pacientes hemodiálisis) ¿Problemas con la fistula?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28b. (Sólo para pacientes en diálisis peritoneal) ¿Problemas con el catéter?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria, mientras que a otras no. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas? [Marque con una cruz la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
29. ¿Limitación de líquidos?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
30. ¿Limitaciones en la dieta?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
31. ¿Su capacidad para trabajar en la casa?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
32. ¿Su capacidad para viajar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
33. ¿Depender de médicos y de otro personal sanitario?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
34. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35. ¿Su vida sexual?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36. ¿Su aspecto físico?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

¡Gracias por contestar a estas preguntas!



Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

“RELACIÓN DEL SUEÑO CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL DEL SERVICIO DE DIPAC, DEL HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2017.”

Nombre:..... ID#.....Fecha:.....Edad:.....

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

1.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 min	Entre 16-30 min	Entre 31-60 min	Más de 60 min
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.- Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana? _____

4.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? _____

5.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o malos sueños:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

j) Otras razones. Por favor descríbalas:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

6) Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

Muy buena

Bastante buena

Bastante mala

Muy mala

7) Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

8) Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

9) Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

Ningún problema

Sólo un leve problema

Un problema

Un grave problema

10) ¿Duerme usted solo o acompañado?

Solo

Con alguien en otra habitación

En la misma habitación, pero en otra cama

En la misma cama

