



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Prevalencia de síntomas físicos y trastornos  
emocionales en pacientes asociados a hemodiálisis  
periódica

Autor/es

María Atienza Soriano

Director/es

José María Montón Dito

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel  
2015

## **ÍNDICE**

RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
OBJETIVOS .....	6
METODOLOGÍA .....	6
RESULTADOS .....	8
DISCUSIÓN .....	10
CONCLUSIONES .....	14
BIBLIOGRAFÍA .....	15
ANEXO I: Cuestionario KDQ .....	17
ANEXO II: Tablas .....	19
ANEXO III: Gráficos .....	21

## RESUMEN

*Objetivos:* determinar las características de la calidad de vida de los pacientes que acuden periódicamente a hemodiálisis, en relación con los síntomas físicos y trastornos emocionales asociados a este tratamiento.

*Pacientes y métodos:* se llevo a cabo un estudio observacional descriptivo transversal. La población diana fueron los pacientes con un mínimo de 3 meses previos en el programa de hemodiálisis periódica, del servicio del Hospital Obispo Polanco de Teruel, fueron entrevistados un total de 43. El cuestionario utilizado para este estudio fue el Cuestionario de la enfermedad renal ("Kidney Disease Questionnaire" KDQ; versión española validada y adaptada transculturalmente).

*Resultados:* los síntomas más frecuentes fueron: sed, muy poca fuerza, cansancio, dolor en la punción, picores/piel seca y dificultades para dormir, los cuales aumentaban el cansancio significativamente. El trastorno emocional que mas afectaba a los pacientes fue el cansancio; además de ser la frustración y la dimensión relaciones con otros las principales afecciones de los pacientes más jóvenes. Se observó igualmente que los pacientes con nefropatía diabética tenían peor calidad de vida que los que no la padecían.

*Conclusiones:* se debe conseguir ofrecer un cuidado integral, no centrado únicamente en el estado físico, sino también en el estado mental; contribuyendo a obtener una mejor calidad de vida dentro de hemodiálisis.

*Palabras clave:* hemodiálisis, calidad de vida, síntomas físicos, trastornos emocionales.

## **ABSTRACT**

*Objectives:* to determine the characteristics about quality of life of the patients who belong to hemodialysis periodically, in connection with the physical symptoms and emotional distress of this treatment.

*Patients and methods:* it was a descriptive observational transverse study that includes hemodialysis patients whom have at least three months in this service, into the Obispo Polanco Hospital of Teruel; the total population was 43. They were interviewed with the Kidney Disease Questionnaire (KDQ, validity Spanish version).

*Results:* the most frequent physical symptoms were: thirst, strengthlessness, tiredness, puncture pain, itch/dryness skin and sleep difficulties, all of them increase the tiredness meaningfully. The most severe emotional distress was the tiredness; besides the frustration and the relation whit others dimension, were the most important affections in young people. It can observe too, that the patients with diabetic nephropathy had worst quality of life than patients without her.

*Conclusions:* it should offer an integral care, based on physical and emotional symptoms; to obtain the best quality of life into hemodialysis treatment.

*Key words:* hemodialysis, quality of life, physical symptoms, emotional distress.

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica terminal es una enfermedad, de alta prevalencia asociada al envejecimiento de la población. Se considera uno de los problemas de salud pública a nivel mundial, al no ser tratada correctamente produce una serie de complicaciones que dan lugar a una mayor dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y dependencia por parte del enfermo renal, aumentando la carga de trabajo del cuidador principal<sup>1</sup>.

Las modalidades de tratamientos sustitutivos de la función renal son: el trasplante renal y la diálisis. Siendo actualmente, la hemodiálisis (HD) periódica la técnica más útil para el manejo terapéutico del fracaso renal<sup>2,3,4</sup>. La HD supone para algunos, un paso obligado para llegar al trasplante y para otros, la única forma de sobrevivir. Así pues, se convierte en un nuevo camino que hay que recorrer de la mejor manera posible<sup>5</sup>.

La enfermedad renal crónica junto con el tratamiento de HD, son sucesos vitales que afectan tanto al paciente como a su familia, ya que el paciente debe adaptarse a una nueva situación en su vida<sup>5</sup>.

Derivado de este tratamiento, en número creciente de pacientes, nos encontramos con que éstos acarrear en múltiples ocasiones problemas de salud de importancia y magnitud propias de someterse a estudio. Lo cual quiere decir que de manera simultánea al tratamiento de hemodiálisis periódica, nos encontramos con que estos pacientes, presentan una amplia variabilidad de síntomas no específicos, en general de carácter fluctuante a lo largo de su estancia en este servicio; que condiciona de forma significativa su bienestar general o calidad de vida percibida<sup>6</sup>.

Esta serie de síntomas involucran cambios de vida en los ámbitos físico, psicológico y social; del paciente y su familia, que podríamos englobar entorno a diferentes dimensiones del estado de la salud: síntomas físicos, cansancio, depresión, relaciones con otros y frustración<sup>6</sup>.

Puesto que la calidad de vida está muy relacionada con los trastornos emocionales, es de interés estudiarlos a fin de evitarlos.

## **OBJETIVOS**

*General:* determinar las características de la calidad de vida de los pacientes que acuden periódicamente a hemodiálisis, en relación con los síntomas físicos y trastornos emocionales asociados a este tratamiento.

*Específicos:*

- Observar la relación que guardan entre ellos
- Determinar su influencia en el estado de salud percibida

## **METODOLOGÍA**

### *DISEÑO DEL ESTUDIO Y POBLACIÓN DIANA*

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, cuyo diseño se centra en los pacientes que llevaban un mínimo de tres meses en programa de hemodiálisis periódica (48 pacientes en total) en la unidad hospitalaria de diálisis del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Cinco de los cuales no pudieron responder a los cuestionarios utilizados para dicho estudio (debido a un importante deterioro cognitivo). Con lo que la muestra total quedó en un total de 43 pacientes, a los cuales se les explicó antes de comenzar, de manera individual, la finalidad y la descripción de cómo se iba a realizar el estudio: verbalmente y a través del consentimiento informado por escrito; accediendo a participar en él de forma voluntaria. De esta forma se les solucionó las dudas que tenían acerca del estudio mediante la aportación de la información necesaria para ello. La recogida de datos se llevo a cabo en el servicio de HD, durante los meses de marzo y abril.

### *DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS*

Se utilizaron los siguientes datos: edad, sexo, lugar de residencia (zona rural o Teruel), pauta de diálisis (horas/semana), trasplantado de riñón, número de ingresos en los 3 meses previos, enfermedades crónicas y causa de insuficiencia renal.

## *MATERIAL Y MÉTODOS*

Se empleó el cuestionario de la enfermedad renal, "Kidney Disease Questionnaire" (KDQ); versión española validada y adaptada transculturalmente. El KDQ es un cuestionario específico para pacientes en HD desarrollado en Canadá y traducido y validado al castellano. (ANEXO I)

El cuestionario se completó a través de una entrevista individualizada para cada uno de los pacientes.

El KDQ contiene 26 ítems que cubren cinco dimensiones del estado de salud. Para cada ítem, el paciente debe elegir entre siete respuestas posibles (ejemplo, malestar: 1=muchísimo y 7=ninguno) de tal forma que a mayor puntuación, mejor salud percibida y viceversa; se pide al paciente que use como contexto para las respuestas las dos semanas previas al cuestionario. La puntuación de cada una de las dimensiones se calcula sumando la puntuación parcial de cada uno de los ítems<sup>6</sup>. (Tabla 1)

## *HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS UTILIZADAS*

Los datos recogidos fueron introducidos y analizados con el paquete estadístico SPSS para Windows. Los gráficos y tablas fueron realizados a través de ese mismo programa y mediante Microsoft Office Word 2007.

Las pruebas estadísticas utilizadas para la comparación de las variables fueron las siguientes: T de Student cuando se compara una variable cualitativa de dos categorías con una cuantitativa, ANOVA cuando se compara una variable cualitativa de más de dos categorías con una cuantitativa y regresión simple cuando comparamos dos variables cuantitativas; utilizando las pruebas no paramétricas cuando no cumplan condiciones de normalidad.

## RESULTADOS

El número de pacientes que pertenecen al servicio de hemodiálisis es de un total de 48 pacientes, de los cuales 43 estaban capacitados para contestar el cuestionario del estudio.

La media de edad de los pacientes entrevistados fue de 68'3 años, con un rango comprendido entre 27 y 91 años.

La distribución por sexos fue de un 74'4% de hombres, es decir un total de 32 pacientes. La media de edad en hombres fue de 68 años (DE= 14'89 años), mientras que la mediana de edad en las mujeres fue de 66 años (IQ= 58'22 – 79'60 años) (Gráfico 1).

Atendiendo al lugar de residencia, un 62'8% pertenecía a la zona rural y el 37'2% a Teruel Capital.

El 70% de los pacientes acudía al servicio de hemodiálisis 3 días/semana, sumando un total de 12h semanales. El 18'6% habían sido trasplantados de riñón. El 26'6% de los pacientes fueron ingresados como mínimo una vez en los últimos 3 meses previos a la entrevista.

Los pacientes presentaban como enfermedades crónicas más frecuentes: HTA: 83'7%, diabetes: 58'8%, hipercolesterolemia: 25'6%, entre otras. La principal causa de insuficiencia renal fue la nefropatía diabética con un 37'2% de frecuencia, seguida de la nefroangioesclerosis con un 14% (Gráfico 2).

La puntuación del cuestionario KDQ aportó los siguientes datos:

- Se describen los 10 síntomas más frecuentes, obtenidos a través de la lista de los 32 síntomas que forman la dimensión de síntomas físicos; ocupando la sed el primer lugar (Tabla 2).
- Los trastornos emocionales recogidos mediante las dimensiones de cansancio, depresión, relaciones con otros y frustración, reflejan que la dimensión que más afecta a los pacientes de hemodiálisis es la



propia al cansancio, asimismo la que menos les afecta es la frustración. (Tabla 3)

Respecto a la comparación de variables, los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico fueron los siguientes:

- La distribución de los síntomas físicos (puntuación) es la misma entre las hombres y mujeres; con una  $p > 0.05$  (Prueba U de Mann-Whitney).
- De la misma forma ocurre con la distribución de la dimensión cansancio, depresión, relaciones con otros y frustración, puesto que es la misma entre las categorías de sexo; por tanto las diferencias entre las medianas de ambos grupos se deben al azar, con una  $p > 0.05$  (Prueba U de Mann-Whitney) (ejemplo de diferencias de las medias según sexo en la dimensión del cansancio en Gráfico 3).
- La distribución de la dimensión frustración no es la misma entre los pacientes con nefropatía diabética, en comparación con los que no la padecen; es decir, hay diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos, en relación con la frustración,  $p = 0.009$  (Prueba U de Mann-Whitney). (Gráfico 4)
- La distribución de la dimensión de frustración no es la misma entre mayores y menores de 65 años, es decir, existen diferencias significativas en cuanto a la frustración según categorías de edad; con una  $p < 0.046$  (Prueba U de Mann-Whitney) (Gráfico 5)
- Se observó significación estadística en la dimensión de relaciones con otros, encontrando diferencias entre los pacientes de edades comprendidas entre 27 y 50 años, en relación con los pacientes mayores de 66 años; estos resultados se obtuvieron a través del Test de Kuskral Wallis, junto con las pruebas Post-Hoc: Scheffe ( $p = 0.032$ ) y Bonferroni ( $p = 0.027$ ). (Gráfico 6)
- No se encontró relación entre los síntomas físicos y las dimensiones frustración, relaciones con otros y depresión; con una  $p > 0.05$ , correlación de Pearson (obtenido a través de la correlación de Spearman).
- Existe relación directa estadísticamente significativa entre la puntuación total de los síntomas físicos y la puntuación total de la

dimensión cansancio, con una  $p=0'045$ , correlación de Pearson (Correlación de Spearman). Se trata de una asociación moderada ( $R=0'307$ ). Solamente el 9'4% del cansancio se explica con los síntomas físicos, el resto se debe a otras circunstancias ( $R^2=0'094$ ). Por cada punto que aumenta la dimensión de síntomas físicos, el cansancio medio aumenta en 0'51 puntos. El cansancio aumenta entre el 0'01 y 1'01 (IC), en el 95% de los casos, debido a los síntomas físicos. (Gráfico 7)

## DISCUSIÓN

La HD supone para muchos pacientes un deterioro físico y mental que se ve reflejado en los resultados obtenidos, por tanto estos resultados se asocian a los objetivos planteados.

Dentro del servicio de hemodiálisis del hospital Obispo Polanco de Teruel podemos encontrarnos con limitaciones que van a influir directamente en los resultados; como el reducido número de pacientes que pertenecen al tratamiento de hemodiálisis periódica, 43 de muestra final (excluyendo los 5 pacientes con deterioro cognitivo que no pudieron responder al cuestionario en la entrevista); una cifra menor que las recogidas en otros estudios<sup>6,9,10,13,14</sup>. Este hecho podría condicionar los resultados, y por tanto se debe tener presente.

Además de la limitación anterior, nos encontramos con que la población es envejecida, con una media de edad superior a la de la mayoría de los estudios revisados<sup>8,9,10</sup>.

Podemos observar como en nuestra población, los mayores de 65 años tienen mayor puntuación en la dimensión frustración que los menores de esa edad, de forma estadísticamente significativa se puede describir que los pacientes más jóvenes sufren mayores niveles de frustración; tal y como indican las normas de puntuación del cuestionario KDQ (a mas puntuación, mayor salud percibida). De igual manera, se demuestra significativamente, que los pacientes de edades comprendidas entre 27 y 50 años, obtienen menor puntuación en la dimensión relaciones con otros en comparación con

los mayores de 66; en definitiva, los pacientes más jóvenes están de nuevo más afectados, se relacionan menos con otras personas que los pacientes añosos.

Estos análisis concuerdan con los estudios de Páez<sup>8</sup>, Guerrero<sup>9</sup> y Rebollo<sup>12</sup>, en los que describen que la calidad de vida en personas añosas es mejor que en las de menor edad, puesto que los jóvenes sufren más trastornos emocionales tales como la depresión o la ansiedad; es decir, la calidad de vida aumenta cuando aumenta la edad.

Este razonamiento puede deberse a que la HD produce un mayor deterioro de la actividad física, lo cual se hace más patente en las personas jóvenes, puesto que son éstos los que lo sufren más en su vida diaria. Repercute en su estado emocional al verse más incapacitados o más débiles que antes de comenzar el tratamiento; mientras que los pacientes más añosos lo asocian a la edad avanzada y lo interpretan como parte de su ciclo vital, asumiéndolo como algo fisiológico.

Otras características sociodemográficas en la población del estudio son el lugar de residencia y el sexo, se concluyó que mayoritariamente pertenecen al sector rural y son más numerosos los hombres; pero sin embargo, a pesar de encontrar diferencias de medias en las distintas dimensiones del KDQ, estos factores no mostraron significación estadística.

Una cuestión que difiere con el estudio de F. Álvarez<sup>6</sup> en el que indica que el malestar inducido por los síntomas está asociado con el sexo femenino, de forma clínicamente significativa. Similares son los análisis de Rebollo<sup>12</sup> y AbdulRhman<sup>14</sup>, donde las mujeres muestran peor calidad de vida y mayor nivel de depresión.

De igual manera, en el análisis del estudio de Guerrero<sup>9</sup>, además de encontrar que los hombres obtienen mejores resultados en lo referente a los síntomas; hace mención a las diferencias reflejadas en los pacientes de zona rural, de los cuales afirma que obtienen puntuaciones más bajas en cuanto a calidad de vida que los que viven en sectores urbanos. Dicho análisis es razonable, ya que las personas de zona rural tienen que recorrer cierta distancia hasta llegar al centro de HD, o requerir de un acompañante

para dicho trayecto, ambas cosas pueden formar parte de factores negativos en la percepción de la calidad de vida.

En referencia a los factores clínicos, cabe destacar la hipertensión como principal enfermedad crónica en la mayoría de los pacientes. Por otro lado la gran parte de los pacientes pasan alrededor de 12h semanales en el servicio de HD, cantidad de horas similar en otros estudios<sup>6, 9, 13</sup>. Una cuarta parte de los pacientes de este servicio, ingresó como mínimo una vez en los últimos 3 meses, una cantidad que refleja la vulnerabilidad de muchos de estos pacientes que es muy importante en la percepción de la calidad de vida.

Unos resultados que no mostraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del KDQ. Tan solo una minoría habían sido trasplantados de riñón, un porcentaje casi idéntico que en el estudio de Guerrero<sup>9</sup>, lo cual hace referencia a que son mayores los éxitos en los trasplantes renales que los fracasos de éstos que acaban en HD.

Un razonamiento que se puede extraer del estudio de García<sup>10</sup> acerca de los trasplantados, en el que describe como los trasplantados renales que no necesitan acudir a HD, tienen una percepción de mayor bienestar subjetivo y manifiestan menores trastornos emocionales que los pacientes que acuden periódicamente al servicio de HD; lo cual puede sugerir que una vez se ven obligados a comenzar el tratamiento de HD (como el 18'6% de la población de este estudio) pueden ser más vulnerables a sufrir mayores niveles de trastornos emocionales por el hecho de pasar a ser menos independientes y por los síntomas físicos que acarrea este tratamiento, lo cual repercutirá directamente en su calidad de vida.

Por otro lado encontramos que la nefropatía diabética como causa principal de insuficiencia renal, hace que aquellos pacientes que la sufren tengan mayores niveles de frustración que aquellos que no la padecen. Sugiriendo dicho hallazgo que la nefropatía diabética puede ser un factor negativo en la calidad de vida. Se refleja de igual manera en el estudio de Guerrero<sup>8</sup>, en el que describe que esta enfermedad está relacionada con una peor calidad de vida; similares resultados se encuentran en el estudio de Rebollo<sup>12</sup>.

En cuanto a los síntomas físicos, se obtienen a partir de la suma de las puntuaciones que cada paciente dio en la entrevista; concuerdan con los estudios<sup>6, 13</sup> donde 9 de los 10 síntomas se encuentran entre los mismos 10 primeros del listado.

Los trastornos emocionales de las otras dimensiones del KDQ, muestran que la frecuencia y severidad de dichos trastornos varia de una a otra publicación, en este estudio debido a las limitaciones anteriormente nombradas, concluyeron con la nula relación significativa de las dimensiones: frustración, relaciones con otros, y depresión con los síntomas físicos.

No obstante la dimensión más afectada; es decir la más frecuente, con menor puntuación en el KDQ (menor puntuación, peor salud percibida) resulto ser el cansancio, el cual aumenta cada vez que lo hace la puntuación de los síntomas físicos. Este hecho hace demostrar que la persistencia de síntomas físicos contribuye al desarrollo de trastornos emocionales<sup>6</sup>.

Si se detectan de forma precoz la sintomatología de las diferentes dimensiones del estado de salud; conociendo los síntomas físicos, y al mismo tiempo predecir los trastornos emocionales que pueden desarrollar, se podría disponer del apoyo psicológico y tratamiento de los síntomas adecuado para conseguir un manejo efectivo de la salud.

Por otro lado también se debe realizar educación sanitaria a los cuidadores principales de los enfermos renales, para no desarrollar el síndrome del cuidador, puesto que los cuidadores son imprescindibles para llevar bien el tratamiento sustitutivo renal, HD.

Contribuyendo con todo este conjunto a la mejoría de la calidad de vida de estos pacientes.

## CONCLUSIONES

A partir de los resultados expuestos se puede concluir que la medida de la calidad de vida debe formar parte de la práctica habitual, pues esta nos puede proporcionar una información muy valiosa acerca de las dimensiones más afectadas.

Se plantea la necesidad de que los profesionales sanitarios que estén en contacto continuo con estos pacientes, presten atención a los síntomas físicos desencadenantes de trastornos emocionales que influyen en el estado de salud percibido, para poder detectarlos de forma precoz y así evitar comorbilidades, mala calidad de vida y empeoramiento de su enfermedad renal.

De esta manera se conseguiría ofrecer un cuidado integral, no centrado únicamente en el estado físico, sino también en el estado mental; contribuyendo a obtener una mejor calidad de vida dentro de HD.

Cabe destacar la función de enfermería en este sector ya que juega un papel importante tanto física como psicológicamente en estos pacientes; justificado por la totalidad de las horas que pasan junto él.

Por último, como vías futuras de investigación propongo la necesidad de realizar estudios para poder observar más detalladamente la adaptación y adherencia al tratamiento de HD; encaminados al reclamo por parte de estos pacientes, de una asistencia social y psicológica. Además de, por otro lado, desarrollar una vigilancia de la frecuencia y severidad de los síntomas residuales del tratamiento (sed, prurito, insomnio...) que sabemos que pueden desembocar en una mala calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA



1. Ramirez, Torollo, Sánchez, Merina, Albañil. Repercusión del cuidador en pacientes en hemodiálisis. ACER. 2014; 170: 24-25.
2. Ruano-Raviña A, Puñal-Riobóo J, Varela-Lema L, Sánchez-Iriso E. Hemodiálisis convencional frente a hemodiálisis diaria: resultados clínicos y calidad de vida. Avalia-t (Santiago de Compostela). 2007: 9-15.
3. Tenorio-Cañamás T, Liaño-García F, Tato-Ribera A.M, Ortuño-Mirete J. Servicio de Nefrología (Madrid): Protocolo de tratamiento sustitutivo del fracaso renal agudo; 2003.
4. Ruiz de Alegría-Fernández de Retanaa B, Basabe-Barañanob B, Fernández-Pradoc B, Baños-Baños C, Nogales-Rodríguez M.A, Echavarri-Escribano M, Moraza-Echevarriad M.A, Urquiza-Askuenagad R, Madinabeitia-Merino R, González M, San Vicente-Sanchod J, Bejarano A, Díez M.S. Calidad de vida y afrontamiento: diferencias entre los pacientes de diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis hospitalaria. Enferm Clin(Vitoria). 2009: 19(2). 61-68.
5. García. Autocuidado al inicio de hemodiálisis. ACER. 2014; 36: 15-17.
6. Álvarez-Ude F, Fernández-Reyes M. J, Vázquez A, Mon C., Sánchez R. Rebollo P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. Nefrología (Oviedo). 2001;21(2). 192-194.
7. Alvarez-Ude F, Galán P, Vicente E, Alamo C, Fernández-Reyes M. J, Badía X. Adaptación transcultural y validación preliminar de la versión española del Kidney Disease Questionnaire. Nefrología (Barcelona). 1997: 17 (6). 487-489.
8. Páez, Jofré, Azpiroz, Bortoli. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Univ Psychol (Argentina). 2008;8 (1): 120-124.
9. Guerrero, Alvarado, Espina. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Enfermagem (Chile). 2012 ;20(5): 4-9.

10. García, Calvanese. Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y salud (Mexico)*. 2008; 18(1): 5-6.
11. Álvarez-Ude. Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología (Segovia)*. 2001; 14 (2): 67-68.
12. Rebollo, Morales, Pons, Mansilla. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud de la enfermedad crónica avanzada en España. *Nefrología (Málaga)*. 2015; 35(1): 97-109.
13. Velasco, Alvarez, San Juan. Sintomatología, trastornos emocionales y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Seden (Segovia)*. 2012: 142-145.
14. AbdulRhman. Prevalence of depressive symptoms among Hemodialysis and Dialysis patients. *International Journal of Health Sciences (Qassim University)*. 2015; 9(1): 11-15.



**ANEXO I: CUESTIONARIO KDQ**

**CUESTIONARIO DE LA ENFERMEDAD RENAL**

Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año) ..... / ..... / .....		Pauta de diálisis (Horas/Semana) .....	
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Trasplantado de Riñón	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Lugar de Residencia	Zona Rural <input type="checkbox"/> Teruel <input type="checkbox"/>	Nº de Ingresos en los 3 meses previos	.....
Enfermedades Crónicas .....		Causa de insuficiencia renal .....	

**DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS**

1. ¿Qué problemas físicos ha padecido? .....

2. Si ha tenido alguno de estos síntomas, márquelos con una X. A continuación valórelos de mayor a menor importancia para su vida diaria del 1 al 6 (siendo el más importante el nº 1)

<input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Calambres durante diálisis <input type="checkbox"/> Pérdida de peso y masa muscular <input type="checkbox"/> Tensión baja <input type="checkbox"/> Fatiga /ahogo durante las actividades diarias <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Picores/ piel seca <input type="checkbox"/> Muy poca fuerza <input type="checkbox"/> Dolores de huesos <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor de piernas/piernas cansadas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Náuseas o trastornos de estómago <input type="checkbox"/> Mareos durante actividades diarias <input type="checkbox"/> Estreñimiento o diarrea	<input type="checkbox"/> Disminución de la capacidad sexual <input type="checkbox"/> Necesidad de descansar frecuentemente <input type="checkbox"/> Disminución de la agilidad mental <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Efectos secundarios por la medicación <input type="checkbox"/> Despertarse por la noche <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Sentirse acomplejado por su aspecto/fistula <input type="checkbox"/> Confusión <input type="checkbox"/> Falta de concentración <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Tos, durante el día o la noche <input type="checkbox"/> Sentirse destemplado <input type="checkbox"/> Sed <input type="checkbox"/> Dolor en la punción de la fistula <input type="checkbox"/> Fatiga/ ahogo por la noche al tumbarse
---	---

Nivel de dificultad, malestar o angustia que ha parecido a causa de los síntomas que usted ha mencionado:

SÍNTOMAS MÁS IMPORTANTES	Muchísima	Grande	Bastante	Alguna	Poca	Muy poca	Ninguna
1º							
2º							
3º							
4º							
5º							
6º							

Con qué frecuencia ha sentido usted las siguientes emociones:

FRECUENCIA DE TIEMPO	Todo	La mayor parte	Sesenta	Algo	Un poco	Casi nada	Nada
Se ha sentido a disgusto por tener que depender de alguien							
Se ha sentido débil							
Se ha sentido deprimido							
Ha sentido preocupación acerca de su futuro							
Se ha sentido falta de fuerza o con poca energía							
Se ha sentido bajo de moral							
Se ha sentido fastidiado por gastar tiempo en la diálisis							
Se ha sentido agotado							
Ha tenido la sensación de falta de libertad							
Ha sentido falta de ilusión							
Se ha sentido enfadado							
Se ha sentido adormecido durante el día							
Se ha sentido incapacitado							
Se ha sentido sin ganas de hacer nada							
Se ha sentido en general desengañado/ decepcionado							

En qué medida ha sentido las siguientes situaciones:

SUFRIMIENTO, MALESTAR	Muchísimo	Mucho	Sesenta	Moderado	Algún	Muy Poco	Ninguno
Cuanto cree que ha sufrido su familia a causa de su tratamiento							
Grado de malestar o dificultad que ha sentido debido a la poca fuerza que tenía							

En qué medida ha estado feliz, satisfecho ó contento con su vida personal

- ☐ 1. Muy descontento/infeliz la mayor parte del tiempo
 ☐ 2. Generalmente descontento/infeliz  
☐ 3. Un poco descontento/infeliz
 ☐ 4. Generalmente satisfecho/contento  
☐ 5. Feliz la mayor parte del tiempo
 ☐ 6. Muy feliz la mayor parte del tiempo  
☐ 7. Tremendamente feliz, no podría estar más satisfecho/contento

¿Cuánta dificultad le ha supuesto hacer las tareas domésticas?

- ☐ 1. Extrema
 ☐ 2. Muchísima
 ☐ 3. Mucha
 ☐ 4. Alguna  
☐ 5. Poca
 ☐ 6. Muy poca
 ☐ 7. Ninguna

¿Le ha supuesto algún problema/dificultad el transporte a su centro de hemodiálisis?

- ☐ 1. Un problema terriblemente importante
 ☐ 2. Un problema muy importante  
☐ 3. Un problema bastante grande
 ☐ 4. Un problema moderado  
☐ 5. Un problema pequeño
 ☐ 6. Un problema muy pequeño  
☐ 7. Ningún problema

**ANEXO II: TABLAS****Tabla 1. Puntuaciones cuestionario KDQ**

<b>Dimensión</b>	<b>Nº de items</b>	<b>Puntuación mínima y máxima</b>
Síntomas físicos	6	6 - 42
Cansancio	6	6 - 42
Depresión	5	5 - 35
Frustración	3	3 - 21
Relaciones con otros	6	6 - 42

**Tabla 2. Síntomas más frecuentes**

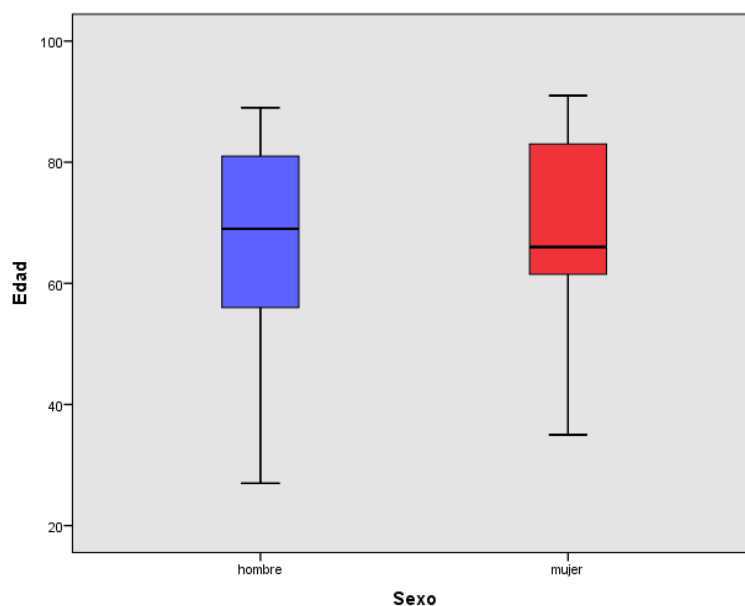
<b>Síntomas más frecuentes</b>	<b>Nº de pacientes</b>	<b>Puntos KDQ</b>
1. Sed	25	77
2. Muy poca fuerza	23	68
3. Cansancio	18	47
4. Dolor en la punción	17	67
5. Picores / piel seca	17	56
6. Dificultades para dormir	17	55
7. Sentirse destemplado	17	67
8. Dolor de piernas / piernas cansadas	13	41
9. Calambres durante diálisis	12	40
10. Despertarse por la noche	11	41

**Tabla 3. Media de afectación de las dimensiones emocionales**

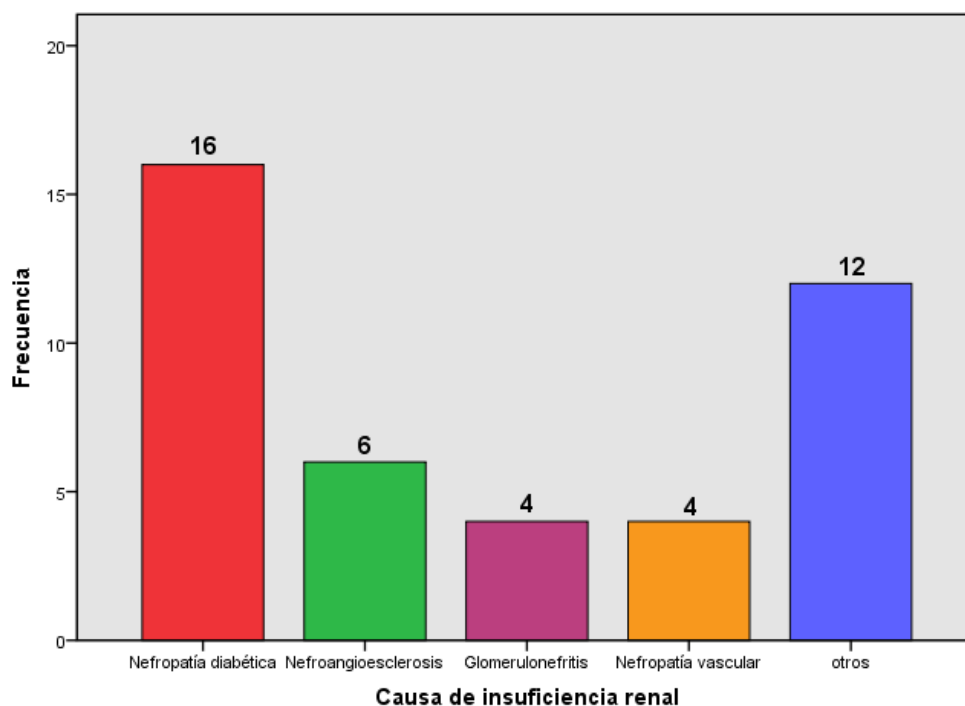
			<b>Puntuación KDQ</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Máxima</b>	<b>Mínima</b>
Cansancio	30'91	7'32	42	6
Depresión	29'44	6'79	35	5
Relaciones con otros	33'98	6'68	42	6
Frustración	17'93	4'58	21	3

## ANEXO III: GRÁFICOS

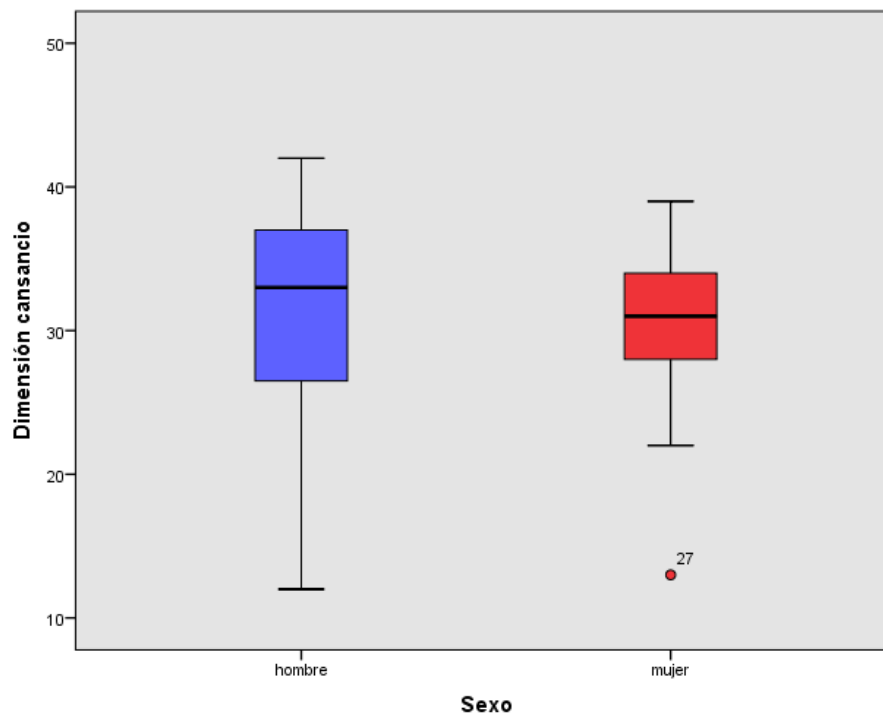
**Gráfico 1. Media de edad por sexo de los pacientes entrevistados**



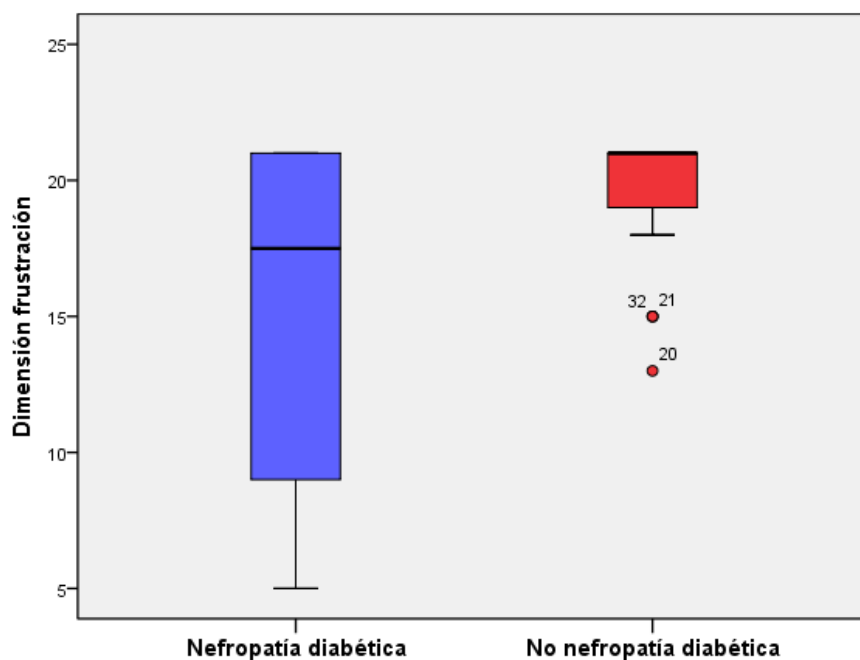
**Gráfico 2. Principales causas de insuficiencia renal en pacientes de hemodiálisis**



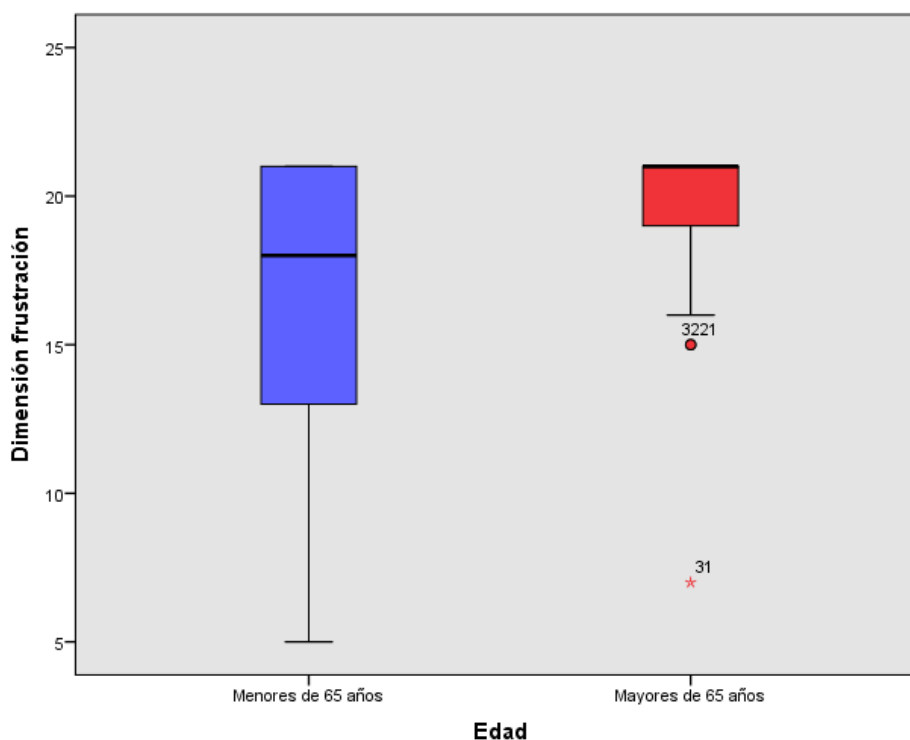
**Gráfico 3. Diferencias de las medias en la dimensión cansancio según sexo**



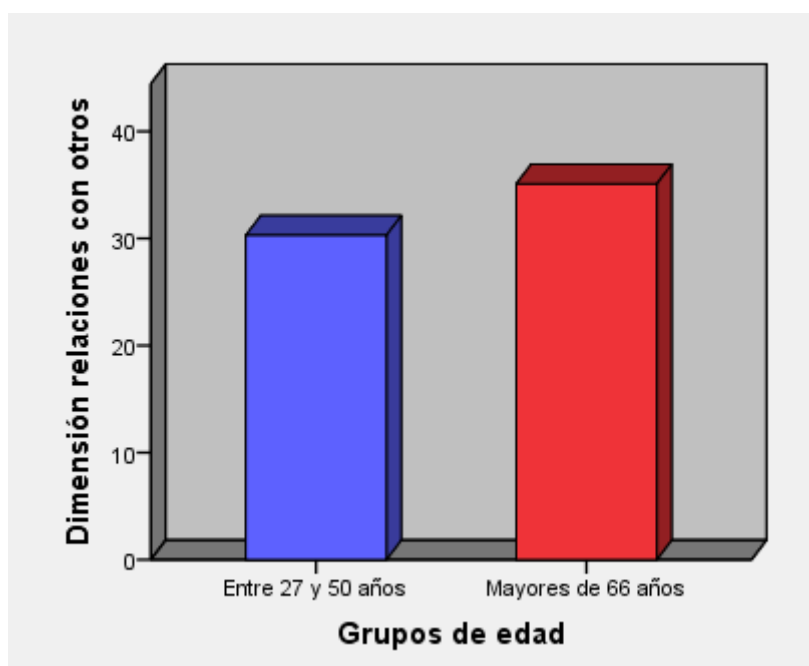
**Gráfico 4. Diferencias de la dimensión frustración entre los pacientes con nefropatía diabética y los pacientes sin ésta.**



**Gráfico 5. Diferencias en la dimensión frustración por categorías de edad**



**Gráfico 6. Diferencias en la dimensión relaciones con otros por categorías de edad**



**Gráfico 7. Dispersión de la relación lineal entre la dimensión síntomas físicos y la dimensión cansancio**

