

Calidad de vida en pacientes nefrópatas con terapia dialítica*

Quality of life in renal patients with dialytic therapy

Lic. Enf. María Cristina Rodríguez-Zamora¹

Resumen

Introducción. La insuficiencia renal crónica, es actualmente un problema de salud pública. La demanda de atención ocasionada por el elevado número de pacientes, ocupa en la actualidad, uno de los primeros lugares en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Los tratamientos se han dirigido tradicionalmente hacia la prolongación de la vida, considerando para su evaluación su eficacia en términos de mejoría física y supervivencia y no necesariamente en un incremento de la calidad de vida de los pacientes, por lo que el estudio evalúa la calidad de vida percibida.

Material y métodos. Estudio clínico, descriptivo y transversal a través de un diseño de cohorte sobre la evaluación de la percepción de la calidad de vida del paciente nefrótico; comprendido entre el 2004 a 2006, en 89 pacientes del Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y 173 pacientes del Programa de Hemodiálisis, de ambos sexos respectivamente con edades de 17 a 83 años, con más de seis meses en el programa, quienes accedieron voluntariamente a la realización del estudio, previo consentimiento informado.

Se utilizó el instrumento WHOQOL versión breve en español propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que evalúa cuidado personal, actividades cotidianas, relaciones sociales, dolor y estado de ánimo.

Resultados. Se encontró una asociación significativamente positiva ($p < 0.05$) entre el bienestar subjetivo y mayor variedad de actividades; y una asociación negativa ($p < 0.05$) con la depresión. Se asocia mejor calidad de vida para las relaciones sociales, aspectos psicológicos y su salud física la perciben sin necesidad de un tratamiento para seguir viviendo.

Conclusiones. Existe una mejor percepción de la calidad de vida de los pacientes en DPCA en relación a los pacientes en HD, corroborando con el nivel de independencia y el menor número de restricciones dietéticas y un estilo de vida más independiente. Hay relación significativa entre el sentirse bien y la evaluación de la calidad de vida y a menor edad mejor percepción de la calidad de vida. *Rev. CONAMED. 2008; 13 supl 2: 15-22.*

Palabras clave. Calidad de vida, diálisis y hemodiálisis, enfermedad renal crónica.

Abstract

Introduction. The chronic renal failure is, at the moment, a problem of public health. The demand of attention caused by the high number of patients, occupies one of the first places at the present time in the second and third level of attention hospitals. The treatments have gone traditionally toward the continuation of the life, considering for their evaluation, their effectiveness in terms of physical improvement and survival, and not necessarily in an increment of the quality of the patients' life, for what this study evaluates the quality of perceived life.

Material and methods. It is a clinical, descriptive and cross-sectional study, through a cohort design, on the evaluation of the perception of the quality of life of the chronic renal patient, understood among the years 2004 at 2006, in 89 pa-

¹Profesora de Tiempo Completo, Carrera de Enfermería, FES Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México. Responsable de la línea de investigación de Enfermería Nefrológica y Coordinadora de la Clínica de Enseñanza de la Nefrología. Responsable de la Maestría en Enfermería en Línea, FES Iztacala. Presidenta de la Asociación de Facultades y Escuelas de Enfermería del D.F y Edos. de México, Hidalgo, Morelos, Puebla y Tlaxcala, A.C. de la FEMAFEE.

*Como parte de la Tesis de Maestría en Investigación de Servicios de Salud, FESHUNAM.

Correspondencia. Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México. C.P.54090. Correo electrónico: cristy@servidor.unam.mx.



tients of the Program of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, and 173 patients of the Program of Hemodialysis, of both sexes, with age from 17 to 83 years old, with more than 6 months inside the program who consented voluntarily to the realization of the study, previous informed consent. The instrument WHOQOL, brief version was used in Spanish, proposed by the World Health Organization, that evaluates the personal care, the daily activities, the social relationships, the pain and the state of mind.

Results. It was a significantly positive ($p < 0.05$) association among the subjective well-being and the biggest variety of activities, and a negative ($p < 0.5$) association with the depression. With better quality of life for the social relationships, the psychological aspects and the physical health they perceive it without necessity of a treatment to continue living.

Conclusions. A better perception of the quality of the patients' life exists in DPCA, in relation with the patients in HD, corroborating with the level of independence and the smallest number of dietary restrictions and a more independent lifestyle. A significant relationship exists among feeling well and the evaluation of the quality of life, and to smaller age it is better the perception of the quality of life.

Key words. Quality of life, dialysis and hemodialysis, chronic renal disease.

Introducción

La insuficiencia renal crónica (IRC) se ha convertido en un problema de salud pública, conceptualizada actualmente entre las enfermedades emergentes con una tasa anual de crecimiento de 9% a 15%, asociada a un tratamiento altamente costoso; hecho que se equipara con el crecimiento del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida y la tuberculosis. La demanda de atención ocasionada por el elevado número de pacientes afectados, ocupa en la actualidad, uno de los primeros lugares en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención.¹

La aparición de la "enfermedad" en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento "angustiante", que en mayor o menor medida produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, tanto en él como en su familia.

En el caso de los enfermos crónicos se observa una pérdida importante en una de las variables, que se considera un componente esencial de la calidad de vida: *el estado de salud*. La calidad de vida del enfermo crónico depende entonces de componentes psicológicos respecto a su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos de uno y otro. El enfermo crónico debe entonces afrontar los aspectos "angustiantes", demandantes y de desequilibrio de la enfermedad, para conseguir restablecer

(o quizá establecer), una vida de mejor calidad. Es así que la calidad de vida pasa a ser "producto" de un proceso de adaptación funcional a la enfermedad y que está íntimamente relacionado con el "trabajo" de afrontamiento (proceso de búsqueda de recursos potenciales y movilización de esfuerzos), que el enfermo crónico lleva a cabo.

El reciente interés sobre *Calidad de vida* de los enfermos renales en tratamiento dialítico, se debe a que la IRC en etapa terminal, al igual que otras enfermedades crónicas, afecta de manera global la vida de las personas que la padecen: donde se modifican las relaciones familiares, sociales, laborales, actividades que realiza y la percepción de los sucesos. Desencadenando generalmente trastornos afectivos como la depresión, ansiedad y la baja autoestima, que afectan no sólo la adaptación de los pacientes al tratamiento sustitutivo de la función renal, sino también a la supervivencia, tanto del paciente como de la técnica.

El escuchar al paciente tomar en cuenta su propio punto de vista y darle poder de decisión, es un esfuerzo por fortalecer el compromiso del equipo de salud por mejorar el tratamiento, reforzando su confianza y su cooperación en la búsqueda de una mejora en su calidad de vida.²

En este contexto, esta investigación tiene como finalidad evaluar la calidad de vida del paciente nefrópata con terapéutica dialítica, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y hemodiálisis (HD), a partir de cuatro áreas: salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente, en seis dimensiones: *movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, relaciones sociales, dolor y estado de ánimo*.

Material y métodos

Estudio clínico, descriptivo y transversal, a través de un diseño de cohorte sobre la evaluación de la percepción de la calidad de vida del paciente nefrópata;³ considerándose para esta evaluación los dos tipos de terapias dialíticas: un grupo de pacientes que recibían DPCA y otro grupo que se encontraba en HD de tipo convencional, de dos a tres veces por semana.

Se consideró para la población en estudio, un muestreo no probabilístico, propositivo de sujetos voluntarios. Se contó con la autorización de la institución para la consulta de expedientes, registros internos del servicio y la autorización individual de los pacientes a la entrevista, previo consentimiento informado.

Como criterios de inclusión se consideró una antigüedad mínima de seis meses en los programas de DPCA o HD, tiempo que les permite evaluar cómo perciben su calidad de vida con respecto a la terapia dialítica recibida:

- Programa de DPCA Grupo I; integrado por 89 pacientes de entre 16 y 77 años.
- Programa de HD Grupo II; conformado por 173 pacientes.

En los casos de analfabetismo, agudeza visual disminuida y astenia se realizó el cuestionario en entrevista, cuidando no influir en las respuestas o favorecer la intromisión del familiar.

Para la medición de la calidad de vida se utilizó el Instrumento de WHOQOL-Breve, versión en español (EuroQol-5D; Instrumento Europeo de Calidad de Vida).

Se evaluó en la primera parte la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en el día de hoy y en la segunda parte la evaluación de la salud general al día de hoy, a partir de una calificación de 0, como peor estado de salud imaginable a 100, que representaba el mejor estado de salud imaginable. Cada dimensión comprendió tres niveles crecientes de gravedad: Nivel 1: sin problema, Nivel 2: algunos o moderados problemas y Nivel 3: muchos problemas; con una sola respuesta por dimensión. Cada dimensión es convertida en puntajes normalizados de 1.00 (puntaje más alto del estado de salud) hasta -0.59 como el peor estado de salud (basado en la encuesta Nacional del Reino Unido, representativa n = 3395).⁴

Para el análisis de evaluación de la calidad de vida, los promedios obtenidos por área en rangos de 4 a 20 puntos. Calificaciones de cada dominio que fueron transformadas a una escala de 0 a 100 (WHOQOL, 1996), convirtiéndose los puntajes brutos en puntajes transformados de 0 a 100: mala (4 a 20/0 a 19), regular (8 a 11/25 a 44), buena (12 a 15/50 a 69) y muy buena (16 a 20/75 a 100).⁵

El éxito del programa dialítico se midió en relación con la capacidad funcional, para realizar actividades de la vida diaria, ausencia o presencia de síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento, la adaptación psicológica a la enfermedad y el tratamiento y la interacción social y familiar.

La captura, procesamiento y análisis de los datos se realizó con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) realizando cálculo de medidas de dispersión (media y desviación estándar), coeficiente de variación, tablas de contingencia y la utilización de *t de Student* para comprobación de hipótesis.

Resultados

El Grupo I estuvo formado por 89 pacientes del Programa de DPCA; 43% eran hombres y 57% mujeres (Fig. 1), con enfermedad inicial de diabetes mellitus, hipertensión arterial, riñones poliquísticos y glomerulopatías. Una media de edad de 41.1 años, con escolaridad promedio de secundaria (Fig. 2), 25.8 % con un promedio de permanencia en DPCA de 25 meses (Fig. 3).

Distribución por Sexo pacientes en DPCA

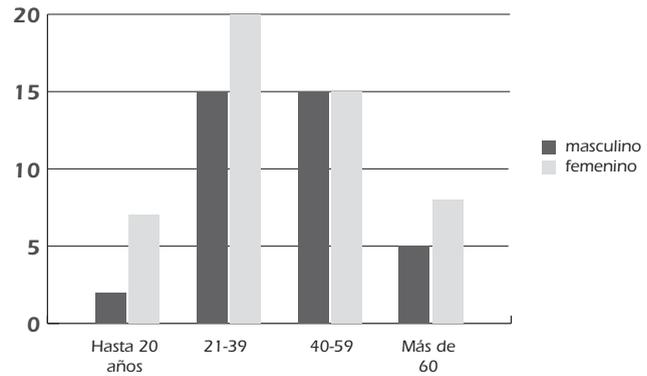


Figura 1. Distribución por sexo, pacientes en DPCA.

Escolaridad

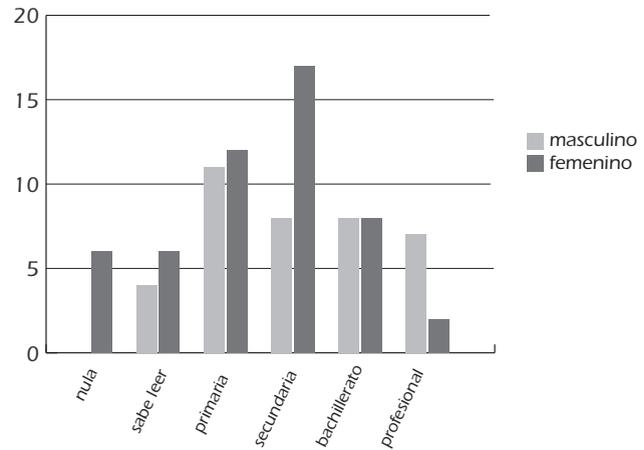


Figura 2. Nivel de escolaridad en pacientes del programa de DPCA.

Tiempo en DPCA

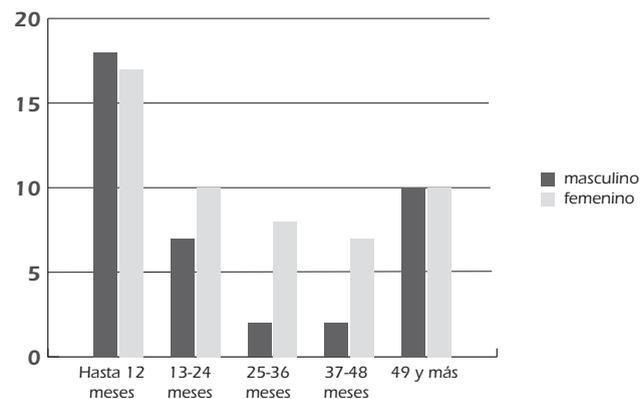


Figura 3. Tiempo de permanencia en el programa de DPCA.



El 65.9% eran casados o con pareja, 25% solteros, 4.5% viudos y 4.6% separados (Fig. 4). El 77.5% se dializan ellos mismos, el 18.0% esposa o hija y el 4.5% otro familiar.

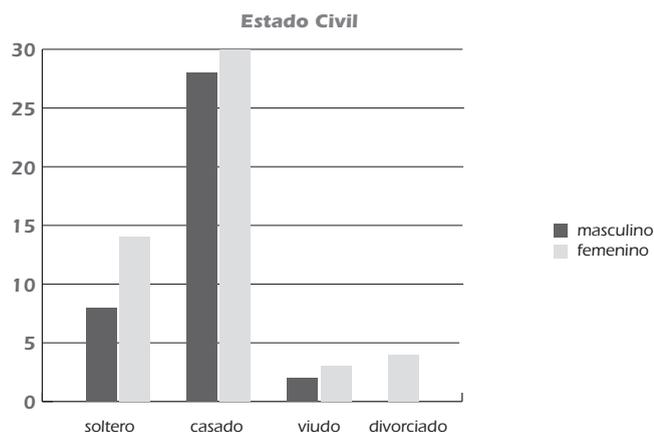


Figura 4. Estado civil en pacientes del programa de DPCA.

Los pacientes se realizaban en promedio cuatro cambios de diálisis al día (Figura 5). El 24.7% (22 pacientes) habían tenido peritonitis el último mes, considerándose la principal complicación relacionada con la técnica; que deteriora progresivamente la capacidad de ultrafiltración del peritoneo y por consiguiente el estado de salud de los pacientes. El 44.9% (40 pacientes) manifestaban no tener ningún problema. Las actitudes dependientes las asumen con mayor frecuencia el papá, hijo y mamá consecutivamente. El familiar que asume el cuidado del paciente generalmente es la esposa o hija.

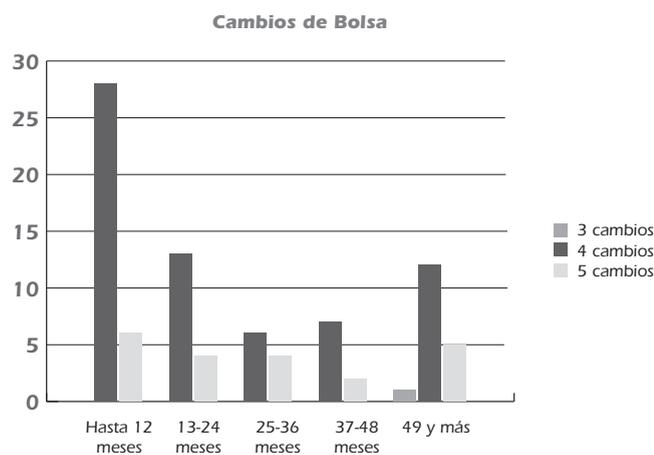


Figura 5. Cambio de bolsas de diálisis por día.

El Grupo II estuvo conformado por 173 pacientes, 102 hombres y 71 mujeres, del programa de HD de tres instituciones de salud, 35 del hospital de Especialidades Siglo

XXI, 73 del Hospital de Especialidades La Raza y 65 de la Unidad de Hemodiálisis de Médica Sur, Fresenius Medical Care (Fig. 6).

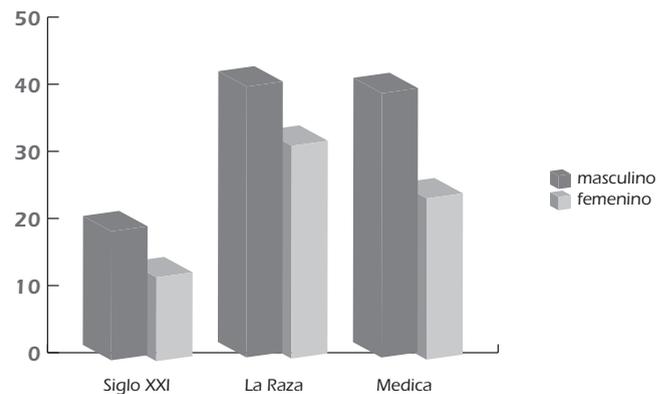


Figura 6. Distribución de pacientes por género

Con respecto a la escolaridad 10% no sabía leer, 30% tenía estudios de primaria, 31% secundaria, 18% con bachillerato y 11% con estudios profesionales (Fig. 7). El 54% eran casados, 31% solteros, 5% viudos y 10% divorciados o separados (Fig. 8). Con un promedio de permanencia en el programa de 12 a 24 meses en HD (Figura 9)

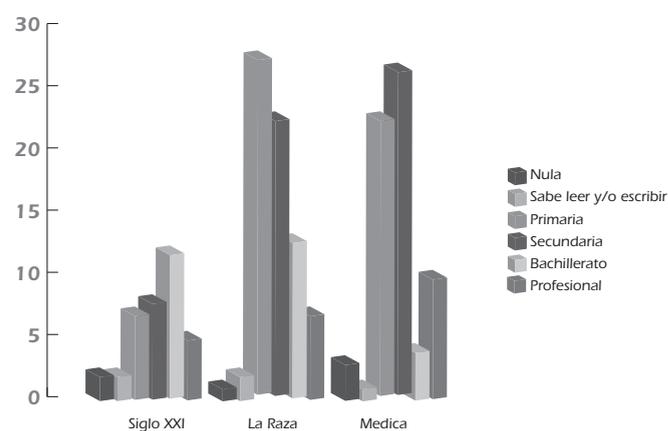


Figura 7. Nivel de escolaridad por institución.

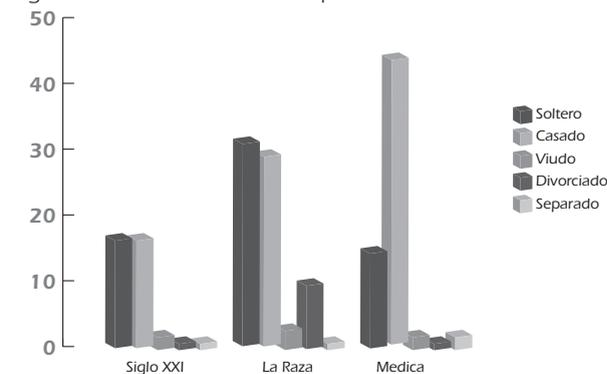


Figura 8. Distribución de la población por estado civil.

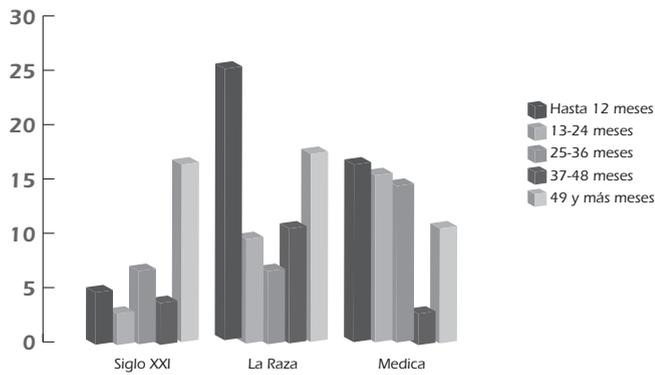


Figura 9. Tiempo de permanencia en hemodiálisis.

Con respecto a la percepción de la calidad de vida se aplicó la prueba de t de Student observándose un nivel de significancia en relación a cómo perciben mejor su calidad de vida los pacientes en DPCA, con respecto al grupo de pacientes en HD (Cuadro 1).

Cuadro 1. Percepción de la calidad de vida según modalidad dialítica

Modalidad de tratamiento	Número de pacientes	Frecuencia (%)	Media	Desviación estándar
Hemodiálisis	173	66	58.4753	10.68617
Diálisis peritoneal	89	34	61.8399	10.48092
Total	261			

Se encuentra además diferencias estadísticamente significativas, entre HD (58.4753) y DPCA (61.8399), t de Student 2.427, grados de libertad 259, y nivel de significancia (P <0.016) (Fig. 10).

Con respecto a la percepción de la calidad de vida de 54.3 a 39.3% de los pacientes la califican como buena (Cuadro 2). Estos puntajes de calificación fueron ponderados como: mala, regular, buena y muy buena; habiéndose obtenido promedios por área con rangos de calificación de 4 a 20 del WHOQOL, lo que indica que puntajes bajos, menor calidad de vida, puntajes altos, mejor calidad de vida. En la Figura 10, se observa la percepción de la calidad de vida con respecto a la modalidad dialítica, organizada por dominios.

Cuadro 2. Percepción de la calidad de vida de los pacientes. Puntaje general de cada dominio.

DOMINIO	PERCEPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SALUD FÍSICA	MALA	8	3.1
	REGULAR	94	3.9
	BUENA	132	50.4
	MUY BUENA	28	10.7
SALUD PSICOLÓGICA	MALA	5	1.9
	REGULAR	55	21
	BUENA	120	45.8
	MUY BUENA	82	31.3
SALUD SOCIAL	MALA	12	4.6
	REGULAR	47	17.9
	BUENA	103	39.3
	MUY BUENA	100	38.2
SALUD AMBIENTAL	MALA	3	1.1
	REGULAR	53	20.2
	BUENA	142	54.2
	MUY BUENA	64	24.4
CALIDAD DE VIDA TOTAL	MALA	2	0.8
	REGULAR	64	24.4
	BUENA	136	51.9
	MUY BUENA	60	22.9

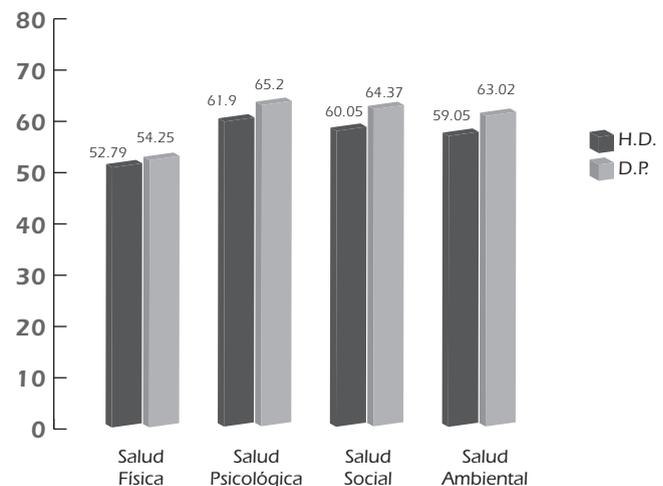


Figura 10. Percepción de la calidad de vida por dominios con respecto a la mortalidad dialítica



Posteriormente se compararon los Puntajes en el dominio de calidad de vida con los promedios que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) para población “sana”. Se observa que los valores más altos fueron para el dominio de salud psicológica, seguido de salud ambiental, relaciones sociales y los valores más bajos para salud física. Al comparar los puntajes de los valores estándar de la OMS, se observa que los más cercanos a estos parámetros, corresponden al dominio de Salud psicológica (Cuadro 3).

Cuadro 3. Valores promedio por dominio en relación a la calidad de vida

	Promedio de calificación	Rango inferior	Rango superior	Promedio*
Salud física	53.28	6	94	68.5-71.25
Salud psicológica	63.23	6	100	68.95-69.4
Relaciones sociales	60.60	19	100	71.0-71.75
Medio ambiente	61.77	6	100	67.25-68.5
Calidad de vida total	65.55	4	100	62.25-71.75

*Comparación con los estándares de 15 centros del Grupo de trabajo de Calidad de Vida en la Organización Mundial de la Salud.

En el Cuadro 4 observamos la distribución completa de las respuestas al cuestionario.

Cuadro 4. Tabla de proporciones de las respuestas del cuestionario

Reactivos	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni Satisfecho Ni Insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Sin Respuesta
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
¿Cuánto disfruta usted la vida?	1 (1.1)	12 (13.5)	16 (18)	28(31.5)	31(34.8)	1 (1.1)
¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	2 (2.2)	4 (4.5)	20 (22.5)	26(29.2)	35(39.3)	2 (2.2)
¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1 (1.1)	18 (20.2)	34 (38.2)	27(30.3)	8(9)	1 (1.1)
¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	2 (2.2)	11(12.4)	25 (28.1)	34(38.2)	17(19.1)	
¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	3 (3.4)	7 (7.9)	35 (39.3)	26(29.2)	18(20.2)	
¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	4 (4.5)	14(15.7)	32 (36)	26(29.2)	13(14.6)	
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	12 (13.5)	33(37.1)	32(36)	4(4.5)	6(6.7)	2 (2.2)
¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	4(4.5)	15 (16.9)	25 (28.1)	16(18)	29(32.6)	
¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	3 (3.4)	14 (15.7)	32 (36)	14(15.7)	24(27)	2 (2.2)
¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	18 (20.2)	27(30.3)	19(21.3)	11(12.4)	14(15.7)	
¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	2 (2.2)	12(13.5)	30(33.7)	14(15.7)	31(34.8)	
¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	8 (9)	15(16.9)	15(16.9)	36(40.4)	15(16.9)	
¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	3(3.4)	8(9)	17(19.1)	45(50.6)	15(16.9)	1(1.1)
¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	8 (9)	25(28.1)	14(15.7)	11(12.4)	2(2.2)	
¿Se siente satisfecho con su vida?	5 (5.6)	11(12.4)	14(15.7)	37(41.6)	22(24.7)	

¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	4(4.5)	7(7.9)	11 (12.4)	47(52.8)	19(21.3)	1(1.1)
¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	14(15.7)	14(15.7)	16(18)	27(30.3)	12(13.5)	6(6.7)
¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	2 (2.2)	4(4.5)	5(5.6)	35(39.3)	40(44.9)	3(3.4)
¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	2 (2.2)	2(2.2)	1(1.1)	37(41.6)	47(52.8)	
¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	4 (4.5)	1(1.1)	6(6.7)	54(60.7)	24(27)	
¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	5 (5.6)	12(13.5)	16(19)	39(43.8)	17(19.1)	
¿Qué tan satisfecho está con su salud?	3 (3.4)	11(12.4)	14(15.7)	42(47.2)	19(21.3)	

Discusión

Entre la información de relevancia se confirma la percepción de una mejor calidad de vida de los pacientes en DPCA en relación a los pacientes de HD, corroborando con el nivel de independencia y el menor número de restricciones dietéticas y un estilo de vida más independiente. Hay relación significativa entre el sentirse bien y la evaluación de la calidad de vida.

Un dato significativo fue, que a menor edad mejor percepción de la calidad de vida, considerando que la población mexicana que se encuentra en estos programas es relativamente joven, de 21 a 30 años 25% y de 31 a 40 años 18% que abarca el 43% de los pacientes del estudio, situación que deberá motivar a la realización de redes de apoyo familiar y social, como al incremento en el número de trasplantes renales.

Existe una mejor percepción de calidad de vida en el hombre que en la mujer. En relación a cómo perciben su salud física los pacientes en terapia dialítica, no deja de sorprender que el 68.9% la califican de regular a excelente, de estos un 34.5 la califican como buena.

Se observa además que la percepción de la salud y el bienestar subjetivo de los pacientes con terapia dialítica, están matizadas más bien por el nivel de deterioro sensorial, visual o auditivo, que por la presencia de la enfermedad renal o el tratamiento dialítico.

El profesional de enfermería como integrante del equipo de diálisis, tiene entre sus funciones enseñar al paciente y familia el cuidado dialítico en domicilio, con diferentes grados de independencia en el autocuidado, por lo que deberá, en coordinación con el equipo y comité de diálisis, disminuir los índices de morbilidad y mortalidad relacionados con la técnica, para favorecer una mejoría clínica aunada a una mejor calidad de vida.

Conocer la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida, permite además al equipo de salud enseñar un estilo de vida que permita vivir saludablemente en las diferentes modalidades dialíticas que se ofrece en las instituciones de salud.

Los estudios de calidad de vida permiten además una visión global del estado de salud de la persona, para planear intervenciones individuales e interdisciplinarias que mejoren la calidad de la atención y los resultados de tratamientos.

Los resultados obtenidos cumplen los propósitos de la investigación con el rigor científico requerido. El instrumento utilizado para evaluar la percepción subjetiva de la calidad de vida, WHOQOLBref (Harper & Power, 1998), que incorpora en 24 reactivos los dominios de *salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y medio ambiente* y dos preguntas globales referentes a la calidad de vida en general y el estado de salud general, cumple las propiedades psicométricas de los instrumentos (Cuadro 4).

Se observa que la percepción de la salud y el bienestar subjetivo de los enfermos renales, están matizadas por el nivel de deterioro sensorial, visual o auditivo, más que por la presencia de la enfermedad renal o el tratamiento dialítico.

Además se observó que el dominio de relaciones sociales, es el que mejor se desarrolla y evalúa como se documenta en literatura especializada.¹

Cabe señalar que al comparar los resultados con los datos normativos presentados por el Grupo de Trabajo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, se observa que en el dominio de salud ambiental, si bien fue el que obtuvo el segundo lugar en puntaje, no se debe perder de vista que es determinante para la inclusión de programas con extensión al domicilio. Por lo que se debe considerar la inclusión del perfil de la enfermera visitadora en los programas de diálisis; con mayor ímpetu hacia la diálisis peritoneal, para un seguimiento clínico en domicilio y reentrenamientos en el domicilio del paciente, lo que redundará de manera importante en la disminución de complicaciones y mayor seguridad en los procedimientos dialíticos en domicilio. El dominio de salud ambiental nos permite además, conocer *qué tanta seguridad siente de su vida diaria, qué tan saludable es su medio ambiente, tienen dinero suficiente para cubrir sus necesidades, disponibilidad de la información, la*



oportunidad de participar en actividades recreativas, condiciones del lugar donde vive, acceso a los servicios de salud y la satisfacción con los medios de transporte que utiliza. Una persona enferma en diálisis requiere en promedio cuatro horas de traslado, presupuesto para sus alimentos y generalmente los días de consulta destinan un total de ocho horas, que normalmente deja exhausta a la persona y con mayor utilización de ingresos.

La comparación de los cuatro dominios que se realizó con respecto a los estándares del Grupo de la OMS, podrían en general dejarnos satisfechos, ya que son estándares para poblaciones sanas. La evaluación en este caso fue a enfermos renales con terapia dialítica; nos reafirma la efectividad del tratamiento más no el de la técnica; donde habrá que invertir además en la formación de recursos humanos y en la educación en el paciente. ¿Qué tenemos que hacer?: mejorar la calidad de la atención, las técnicas y romper paradigmas con respecto a la atención institucional y marcar normas y políticas de los programas con extensión al domicilio y evaluación del grado de autocuidado a desarrollar en los pacientes con respecto a la atención en domicilio. Además de reducir significativamente los costos cada vez más altos por complicaciones y muerte temprana en los programas.

Las instituciones de salud tendrán que invertir más en la formación del personal especializado, con la capacidad de intervenir en programas dialíticos como de trasplante renal, con un perfil profesional que considere la visita domiciliaria como parte del seguimiento clínico. Situaciones que influirán en las normas de seguridad del paciente, en la calidad de la atención, como en la reducción de costos por complicaciones, hospitalización y mortalidad temprana.

Referencias

1. Treviño-Becerra A. Nefroeconomía. *Revista Nefrología*. 1993; 2: 101-4.
2. Rodríguez-Zamora MC, González-Celis Rangel AL. Calidad de vida relacionada a la salud. *DCE*. 2000; 8: 168-70.
3. Dawson B, Trapo RG. El diseño de la muestra. En: *Bioestadística Médica*. México: Manual Moderno; 2002. p. 14-5.
4. EuroQol EQ-5D user guide (EuroQol An Instruí to Value Health). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science of Medicine*. 1998; 1569-85.
5. González-Celis AL. Efectos de intervención de un Programa de Promoción a la Salud sobre la Calidad de Vida en Ancianos. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México; 2005
6. Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol*. 1982; 117: 521-37.