

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**DISFUNCIÓN SEXUAL, ESTADO DE SALUD Y RESILIENCIA EN PACIENTES FEMENINAS
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDAS A HEMODIÁLISIS EN TRES CLÍNICAS
DE LA CIUDAD DE QUITO, DE NOVIEMBRE DEL 2013 A FEBRERO DEL 2014.**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO CIRUJANO

MONTENEGRO JARAMILLO SARA ESTEFANIA

PONCE JARA FRANCIS CAROLINA

Director: Dr. José Luis Proaño

Asesor Metodológico de la investigación: Dr. José Sola

QUITO-ECUADOR 2014

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación se lo dedico a quienes me han acompañado en este camino recorrido; a mi madre quien es una guía y fuente infinita de amor, comprensión y ejemplo para mí, a mi padre que siempre acompaña mis pasos a pesar de la lejanía física; a mis hermanos quienes me brindan todo su amor, a mi sobrino por ser mi fuerza y razón.

"Las grandes almas tienen voluntad; las débiles sólo tienen deseos".

Sara Montenegro Jaramillo

Dedico este trabajo primero a Dios por tomarme de la mano y caminar junto a mí.

A mis padres por ser la ayuda pronta, el abrazo esperado y los seres a los que más amo y admiro. Gracias por su apoyo, comprensión y sobretodo su amor.

A mi hermano, mi compañero de vida, gracias por tu manera de ver la vida y por regalarme una sonrisa siempre, a Andre que se ha convertido en mi hermana y muchas veces confidente gracias por tu apoyo incondicional.

A Samuel quien ha motivado esta vocación y me ha llenado con sus miles de sonrisas, disfraces y ocurrencias. Gracias por tu amor sincero.

Carolina Ponce

AGRADECIMIENTOS

A través de estas cortas líneas, quiero expresar mi más sincero agradecimiento primero a Dios que ilumina mi vida a cada paso y me acompaña en todos los caminos.

También quiero agradecer de manera profunda a quienes han forjado mi carácter y personalidad, mis padres, hermanos y tíos, que me ayudan día a día a crecer y ser una mejor persona.

Especial reconocimiento merece la ayuda recibida del Doctor José Luis Proaño, director de este trabajo, pero más que eso, consejero y fuente de tranquilidad y paciencia en momentos de angustia; también al Doctor José Sola quien nos supo dar ánimo en los momentos precisos; a nuestra tercera lectora la Doctora Carmen Elena Cabezas, gracias por su entereza y calma.

Gracias Panchita, mi amiga casi hermana y confidente, empezamos esta nueva etapa con muchas bendiciones, gracias por estar.

A todos, muchas gracias.

"Cuéntame algo y lo olvidaré; muéstramelo y podré recordarlo. Sin embargo, involúcrame en ello, y lo comprenderé".

Sara Montenegro Jaramillo

Gracias a Dios porque fue él quien nos alumbró el camino para realizar este trabajo.

A mi madre porque nunca faltó un abrazo alentador, a mi padre por su apoyo incondicional, a mis hermanos y mi sobrino por su preocupación y ayuda.

Al Doctor José Luis Proaño por aceptar la tutoría de este trabajo, por ayudarnos a forjarlo, por su confianza y aliento. Al Doctor José Sola por toda su ayuda en el proceso y por guiarnos siempre con el mejor ánimo. A la Doctora Carmen Elena Cabezas por su comprensión y paciencia.

A la señora Rosita por su ayuda presurosa y paciente en el desarrollo de este trabajo.

A todos mi amigos y a Henry, gracias por estar a pesar de la distancia.

Gracias Sari porque no podía hacer esto sin nadie más que tú, gracias por las risas, las confidencias, las imprudencias, las aventuras, el estrés, el ayuno prolongado, el sueño en fin todo lo compartido, ha hecho de está, una experiencia irrepetible e inolvidable.

Gracias por tu amistad te quiero muchísimo.

Francis Ponce

Contenido

Lista de Tablas.....	ix
Lista de Gráficos.....	xiii
Lista de Figuras	xiv
Lista de Anexos	xv
RESUMEN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
INTRODUCCION.....	3
CAPÍTULO II.....	5
JUSTIFICACIÓN	5
CAPITULO III.....	7
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	7
INSUFICIENCIA RENAL.....	7
DEFINICIÓN.....	7
EPIDEMIOLOGÍA	7
CLASIFICACION	11
ETIOLOGÍA.....	12
FISIOPATOLOGÍA	13
Toxicidad urémica	15
ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS Y DEL EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE.....	19
NUTRICIÓN	20
ANEMIA	21
OSTEODISTROFIA RENAL.....	22
ALTERACIONES CARDIOVASCULARES.....	24
DIAGNÓSTICO.....	28

TRATAMIENTO.....	31
TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL	34
DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	40
RESPUESTA SEXUAL NORMAL	43
SEXUALIDAD EN ENFERMEDAD CRÓNICA.....	52
TRATAMIENTO.....	55
CALIDAD DE VIDA.....	57
Utilidad de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud	58
Factores Asociados a la Calidad de Vida en la Enfermedad Renal Crónica	59
Factores Sociodemográficos	60
Factores Clínicos.....	62
Factores Asociados a la Calidad de Vida en la Disfunción Sexual Femenina	66
RESILIENCIA.....	67
Definición	67
Características	68
FACTORES RESILIENTES:	71
PILARES DE LA RESILIENCIA	72
RESILIENCIAS RELACIONALES:	74
CAPITULO III.....	76
Metodología.....	76
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	76
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	77

OBJETIVOS	77
HIPÓTESIS	78
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	78
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	79
Instrumentos de recolección de información	80
Procedimientos de intervención	80
Instrumentos:.....	80
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:.....	83
CAPITULO IV.....	85
RESULTADOS	85
1.) ANÁLISIS UNIVARIAL	85
2.) ANÁLISIS BIVARIAL	102
CAPITULO V.....	112
CONCLUSIONES.....	116
FORTALEZAS Y LIMITACIONES	118
1. FORTALEZAS	118
2. LIMITACIONES	118
RECOMENDACIONES	119
PACIENTES.....	119
FAMILIA.....	119
INSTITUCIONES	120
PERSONAL DE SALUD	120
NEFRÓLOGO	120
PSICÓLOGA.....	120
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR	121

ESTUDIO	121
BIBLIOGRAFIA	123

Lista de Tablas

Tabla 1. Desorden orgásmico femenino criterios diagnósticos según DSM V.....	41
Tabla 2. Dispareunia criterios diagnósticos según DSM V.....	41
Tabla 3. Desorden de la excitación criterios diagnósticos según DSM V.....	42
Tabla 4. Frecuencia de menopausia en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014	90
Tabla 5. Frecuencia de comorbilidades en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	91
Tabla 6. Disfunción sexual femenina en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014	93
Tabla 7. Disfunción sexual femenina/ deseo en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	123
Tabla 8. Disfunción sexual femenina/excitación en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	.94
Tabla 9. Disfunción sexual femenina/lubricación en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	94
Tabla 10. Disfunción sexual femenina/orgasmo en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	95
Tabla 11. Disfunción sexual femenina/satisfacción en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	96

Tabla 12. Disfunción sexual femenina/dolor en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	96
Tabla 13. Calidad de vida/ física en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	97
Tabla 14. Calidad de vida/ sentimientos en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	98
Tabla 15. Calidad de vida/ social en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	98
Tabla 16. Calidad de vida/ actividades cotidianas en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	99
Tabla 17. Calidad de vida/cambio en el estado de salud en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	100
Tabla 18. Calidad de vida/estado de salud en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	100
Tabla 19. Calidad de vida/dolor en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	101
Tabla 20. Resiliencia en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	102
Tabla 21. Relación estadística entre DSF y Pareja.....	102
Tabla 22. Estimación riesgo entre Tiempo en hemodiálisis y Disfunción sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology.....	103

Tabla 23. Estimación riesgo entre Disfunción sexual femenina y Comorbilidades en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology.....	104
Tabla 24. Estimación riesgo entre Disfunción sexual femenina y la Esfera Física de la Calidad de vida en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology.....	104
Tabla 25. Estimación riesgo entre Disfunción sexual femenina y la Esfera Sentimientos de la Calidad de vida en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology.....	105
Tabla 26. Estimación riesgo entre Disfunción sexual femenina y la Esfera Social de la Calidad de vida en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology.....	106
Tabla 27. Estimación riesgo entre DFS- CV esfera actividades cotidianas en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology.....	106
Tabla 28. Estimación riesgo entre DFS- CV esfera cambio en el estado de salud en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology.....	107
Tabla 29. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - calidad de vida esfera estado de salud en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology.....	108

Tabla 30. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - calidad de vida esfera de dolor en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology.....	108
Tabla 31. Estimación riesgo entre resiliencia - pareja estable en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology	109
Tabla 32. Estimación riesgo entre no resiliencia - comorbilidad en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology	110
Tabla 33. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida física en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology	110
Tabla 34. Tabla resumen de análisis bivariado	111

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Datos descriptivos de edad en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2010.....	86
Gráfico 2. Datos descriptivos de estado civil en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	87
Gráfico 3. Datos descriptivos de instrucción en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	88
Gráfico 4. Datos descriptivos de ocupación en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	89
Gráfico 5. Datos descriptivos de religión en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	90
Gráfico 6. Tiempo en hemodiálisis en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014.....	92

Lista de Figuras

Figura 1. Prevalencia de terapia de reemplazo renal en América Latina por país en el año 2010.....	9
Figura 2. Amplia variabilidad de las tasas de prevalencia, por país	10
Figura 3. Prevalencia y plan de acción según los estadios de la enfermedad renal crónica	12
Figura 4. Listado de toxinas urémicas	16
Figura 5. Evaluación inicial en el paciente con sospecha de enfermedad renal crónica	29
Figura 6. Intervenciones según estadio en enfermedad renal crónica.....	34
Figura 7. Lugares para construcción de una fístula arteriovenosa.....	38
Figura 8: Factores asociados a la CVRS.....	60

Lista de Anexos

Anexo 1. Operacionalización de las variables.....	134
Anexo 2 Cuestionario de Datos Generales.....	142
Anexo 3. Cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina-6.....	143
Anexo 4. Láminas de Coop Wonka.....	145
Anexo 5. Cuestionario de Resiliencia.....	148
Anexo 6. Consentimiento Informado.....	149
Anexo 7. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - positivismo.....	151
Anexo 8. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - superación	151
Anexo 9. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - pensamiento estereotipado	152
Anexo 10. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - sensibilidad	152
Anexo 11. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - positivismo	153
Anexo 12. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - superación de la resiliencia	153
Anexo 13. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - sensibilidad de la resiliencia.....	154
Anexo 14. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - pensamiento estereotipado de la resiliencia.....	154

Anexo 15. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - tolerancia a la frustración de la resiliencia	155
Anexo 16. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - positivismo de la resiliencia	155
Anexo 17. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - superación de la resiliencia	156
Anexo 18. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - sensibilidad de la resiliencia	156
Anexo 19. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - pensamiento estereotipado de la resiliencia.....	157
Anexo 20. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - tolerancia a la frustración de la resiliencia	157
Anexo 21. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - positivismo de la resiliencia.....	158
Anexo 22. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - superación de la resiliencia	158
Anexo 23. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - sensibilidad de la resiliencia	159
Anexo 24. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - tolerancia a la frustración de la resiliencia	159

Anexo 25. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - pensamiento estereotipado de la resiliencia	160
Anexo 26. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas estado civil /pareja estable.....	160
Anexo 27. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas – menopausia.....	161
Anexo 28. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - tiempo en diálisis.....	161
Anexo 29. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - tiempo en diálisis	162
Anexo 30. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - ser creyente	162
Anexo 31. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - función sexual deseo	163
Anexo 32. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - función sexual excitación	163
Anexo 33. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - función sexual lubricación	164
Anexo 34. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - función sexual orgasmo	164

Anexo 35. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - función sexual satisfacción	165
Anexo 36. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - disfunción sexual dolor	165
Anexo 37. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - positivismo de la resiliencia	166
Anexo 38. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - superación de la resiliencia	166
Anexo 39. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - sensibilidad de la resiliencia	167
Anexo 40. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - tolerancia a la frustración de la resiliencia	167
Anexo 41. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - pensamiento estereotipado de la resiliencia	168
Anexo 42. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – pareja estable	168
Anexo 43. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – comorbilidades	169
Anexo 44. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina deseo	169

Anexo 45. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina excitación	170
Anexo 46. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina lubricación	170
Anexo 47. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina orgasmo	171
Anexo 48. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina satisfacción	171
Anexo 49. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina dolor	172
Anexo 50. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – positivismo de la resiliencia	172
Anexo 51. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – superación de la resiliencia	173
Anexo 52. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – tolerancia a la frustración de la resiliencia	173
Anexo 53. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – pensamiento estereotipado de la resiliencia	174
Anexo 54. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera estado de salud - estado civil /pareja estable.....	174

Anexo 55. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera estado de salud - tiempo de diálisis	175
Anexo 56. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera estado de salud - comorbilidades	175
Anexo 57. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera estado de salud - religión o ser creyente	176
Anexo 58. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - pareja estable	176
Anexo 59. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor -comorbilidades	177
Anexo 60. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual femenina dolor	177
Anexo 61. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual femenina excitación	178
Anexo 62. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual femenina lubricación	178
Anexo 63. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual femenina orgasmo	179
Anexo 64. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual	179

Anexo 65. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual	180
Anexo 66. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - positivismo de la resiliencia	180
Anexo 67. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - superación de la resiliencia	181
Anexo 68. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor -tolerancia la frustración de la resiliencia	181
Anexo 69. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - pensamiento estereotipado de la resiliencia	182
Anexo 70. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - sensibilidad de la resiliencia	182
Anexo 71. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - esfera deseo de función sexual	183
Anexo 72. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - esfera excitación de función sexual	183
Anexo 73. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - esfera lubricación de función sexual	184
Anexo 74. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - esfera orgasmo de función sexual	184

Anexo 75. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - estado civil.....	185
Anexo 76. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - tiempo en hemodiálisis	185
Anexo 77. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - comorbilidades	186
Anexo 78. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de deseo de función sexual	186
Anexo 79. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de excitación de función sexual	187
Anexo 80. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de lubricación de función sexual.....	187
Anexo 81. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de orgasmo de función sexual	188
Anexo 82. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de satisfacción de función sexual	188
Anexo 83. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de dolor de índice de disfunción sexual	189
Anexo 84. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - tolerancia a la frustración de la resiliencia	189

Anexo 85. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - tiempo en hemodiálisis.....	190
Anexo 86. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - comorbilidades ...	190
Anexo 87. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - religión	191
Anexo 88. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - función sexual deseo.....	191
Anexo 89. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - función sexual excitación	192
Anexo 90. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - función sexual lubricación	192
Anexo 91. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - función sexual orgasmo	193
Anexo 92. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - función sexual satisfacción	193
Anexo 93. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - disfunción sexual dolor	194
Anexo 94. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida sentimientos	194
Anexo 95. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida social.....	195
Anexo 96. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida actividades cotidianas.....	195

Anexo 97. Estimación riesgo entre resiliencia - CV cambio en el estado de salud.....	196
Anexo 98. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida estado de salud.....	196
Anexo 99. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida actividades cotidianas.....	197
Anexo 100. Tabla de análisis bivariado.....	197

RESUMEN

La enfermedad renal crónica en la actualidad, es una de las principales causas de muerte y discapacidad; reduciendo la vitalidad de los pacientes, repercutiendo en la actividad física, y función sexual, razón por la que se relacionó la función sexual femenina, calidad de vida y resiliencia en pacientes femeninas con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal, en mujeres con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, de entre 18 y 73 años, en tres clínicas nefrológicas de la ciudad Quito. Para la recolección de la información se usaron cuatro auto reportes: datos sociodemográficos, índice de función sexual femenina-6, láminas de Coop-Wonca, cuestionario de resiliencia, realizando análisis estadísticos con el programa SPSS 22.0.

Resultados: de 104 mujeres encuestadas, con vida sexual activa se encontró que 40.4% presentó disfunción sexual femenina; dentro de los factores protectores para una buena función sexual femenina se encontró la pareja (OR:0.01;IC:0.002-0.1;p0.000), y como factor de riesgo el tiempo de hemodiálisis mayor a tres años(OR14.353;IC:1.722-119.667; p:0.003),relacionándose la buena función sexual con buena calidad de vida en sus diversas esferas: física (OR:0.67;IC:0.009-0.567;p:0.001), sentimientos (OR:0.02;IC:0.00-0.021;p 0.00), social (OR:0.03;IC.0.004-0.235; P:0.00), actividades cotidianas (OR:0.016;IC:0.002-0.129;p:0.00), cambio estado de salud (OR:0.003;IC:0.000-0.028;p0.00) estado de salud (OR:0.014;IC:0.00-0.028;p:0.00), dolor (OR:0.00;IC:0.00 -0.007;p0.00). Encontrando que tener mala función sexual es un factor de riesgo para no ser resiliente (OR: 11.95;IC:1.50-74.98;p:0.00).

Conclusiones: Los resultados de este estudio mostraron que las pacientes encuestadas en su mayoría no presentaron disfunción sexual femenina, igualmente se puede entender que la función sexual femenina en pacientes en tratamiento con hemodiálisis afecta de manera directamente proporcional a la calidad de vida y a la resiliencia, existiendo un factor de protección al haber buena calidad de vida y resiliencia para una función sexual conservada. Se pudo determinar que variables sociodemográficas como tener una pareja estable actúa como factor protector para no presentar disfunción sexual femenina.

PALABRAS CLAVE

DISFUNCION SEXUAL FEMENINA, HEMODIALISIS, RESILIENCIA, CALIDAD DE VIDA

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

La enfermedad renal crónica representa un problema de salud ^{1, 2}, que en la actualidad, requiere múltiples intervenciones, siendo una de las principales causas de muerte y discapacidad. Se distingue por un comienzo insidioso, con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida.³ Su manifestación más grave, es la insuficiencia renal crónica terminal irreversible, que demanda tratamientos de sustitución renal mediante diálisis o trasplante renal.²

La hemodiálisis, como tratamiento a largo plazo, está asociada a alteraciones substanciales en la salud relacionada a la calidad de vida de los pacientes que se someten a ella. El descenso en la calidad de vida está relacionado a múltiples factores incluyendo limitaciones funcionales, deterioro de su bienestar social, interrupciones en su vida profesional, por las sesiones trisemanales o el tratamiento cotidiano, y una larga lista de síntomas físicos y emocionales⁴, de los cuales el que ha sido menos conocido y estudiado en nuestro país es la función sexual, influenciada por la cronicidad de la patología y su tratamiento,⁵ la que repercute en la situación personal, conyugal y familiar del paciente.⁶

Dentro de las disfunciones sexuales en pacientes en hemodiálisis, las más comunes incluyen disfunción eréctil en hombres y anormalidades menstruales en mujeres, además del descenso de la libido e infertilidad en ambos sexos, estas manifestaciones

son explicadas por el daño orgánico relacionado a la uremia así como de otras comorbilidades que usualmente acompañan a la insuficiencia renal crónica¹⁰, la fatiga y otros factores psicosociales relacionados a la enfermedad que contribuyen a la disfunción sexual. Además del incremento de la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal preexistente al tratamiento con hemodiálisis.¹³

Son pocos los trabajos que han analizado la influencia de la disfunción sexual sobre la CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) en especial en los pacientes con insuficiencia renal crónica¹², y solamente se han limitado a estudiarla en pacientes masculinos.

Al atravesar por este tipo de complicaciones debido a su enfermedad las pacientes con insuficiencia renal crónica terminal se ven obligadas a confrontar su realidad, haciendo o no uso de un recurso poco conocido que es la resiliencia. Se han realizado estudios en pacientes crónicos, sobre resiliencia, sin embargo la evidencia es escueta en relación a insuficientes renales con problemas de disfunción sexual y alteración de calidad de vida.

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN

Es necesario enfocar la enfermedad renal crónica desde estadios iniciales con una visión integral y análisis correctos de las comorbilidades y complicaciones secundarias en un intento por conseguir una detección precoz, frenar la progresión y reducir las complicaciones asociadas¹⁷; además, se la considera enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbimortalidad en terapias de sustitución renal.¹⁶

En la última década se han realizado estudios que valoran la disfunción sexual en pacientes crónicos renales, de género masculino, relegando la investigación de este problema en las mujeres; una de las razones puede ser la falta de consenso acerca de la disfunción sexual en mujeres sometidas a hemodiálisis y la repercusión sobre su calidad de vida.⁹ Además debido al desinterés de los profesionales y a la desconfianza de las pacientes ante esta enfermedad influenciada por los factores sociales y culturales a los que están arraigadas las mujeres especialmente en América Latina, en donde no se puede ignorar el patrón de dominación, establecido sobre una idea de etnia y el marco de dominación cultural y de género.^{11,14}

En el presente estudio se quiere destacar la importancia de la valoración de funcionalidad sexual femenina en su calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, puesto que la función sexual está

minimizada, más aún en las pacientes con insuficiencia renal ya que se pasan por alto estadísticas reportadas de anorgasmia en insuficientes renales en un 55%.¹⁸

La paciente con IRC presenta la necesidad de asumir limitaciones físicas, emocionales y sociales que tienen efectos psicológicos y biológicos importantes a medida que la enfermedad avanza, por lo cual, es necesario valorar holísticamente a estas pacientes, evaluando la manera en que se sobrelleva su enfermedad y las complicaciones que esta acarrea.

Con los resultados obtenidos del presente estudio se espera brindar un apoyo para tomar decisiones terapéuticas en relación al estado de salud, contribuir a mejorar la atención integral con calidad, para las mujeres con enfermedad terminal renal, adecuadas a sus necesidades de salud y expectativas de atención, así como proponer estilos de vida que desafíen a los problemas de una manera saludable.

CAPITULO III

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

INSUFICIENCIA RENAL

DEFINICIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como cualquiera de las siguientes: daño renal o disminución de la función renal (disminución de la tasa de filtración glomerular) $<60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ que se presentan durante 3 meses o más, independientemente de la causa.¹⁹⁻²⁰ Por lo tanto incluye:

– Daño renal diagnosticado por método directo (alteraciones histológicas en biopsia renal) o de forma indirecta por marcadores como la albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen.

– Alteración del filtrado glomerular ($< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$).²¹

EPIDEMIOLOGÍA

La insuficiencia renal crónica es un problema creciente a nivel mundial, con una prevalencia aproximada al 10%. Sin embargo, su presencia ha sido generalmente inadvertida para las autoridades, organizaciones de salud, los médicos, pacientes y la población general. Se la ha denominado una epidemia silenciosa.²⁶ Por ejemplo, en 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que, de 58 millones de muertes producidas en ese año, 35 millones podían ser atribuidas a enfermedades crónicas; las causas que lideraban la estadística eran las cardiovasculares (CV) y el

cáncer. En este informe aunque la insuficiencia renal crónica ni siquiera es mencionada por la OMS, sabemos que la IRC es común en personas con enfermedad y riesgo cardiovascular, amplificando en ellas varias veces la probabilidad de un pronóstico adverso.²⁴⁻²⁵

Las enfermedades crónicas como la cardiovascular, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la IRC han reemplazado a las enfermedades transmisibles como la principal amenaza para la salud pública y han generado una mayor sobrecarga en los presupuestos de salud en todo el mundo. Las enfermedades crónicas explican el 72% del total de las patologías en los mayores de 30 años y se han incrementado un 17% en la última década.²⁷

Se estima que actualmente más de 1.5 millones de personas en el mundo están en diálisis o han sido trasplantados. En los Estados Unidos de América, la prevalencia de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se está incrementando²², lo que se evidencia a través de los pacientes enrolados en el programa de cuidados médicos “ESRD” cuyos beneficiarios han aumentado de 10. 000 en 1973, a 86. 354 en 1983, y han llegado a 615. 899 en Diciembre 31, 2011.²³

Los pacientes con IRCT consumen de manera desproporcionada los recursos sanitarios. El costo total del programa para pacientes con IRCT en los Estados Unidos de América fue de aproximadamente \$49.3 billones en 2011. Los costos de salud por persona al año fueron de más de \$75. 000 en general, los mismos que van desde \$32. 922 para pacientes trasplantados hasta \$87. 945 para aquellos que reciben hemodiálisis.²²⁻²³

En los últimos años la proporción de pacientes en diálisis y con trasplante renal ha aumentado considerablemente debido al aumento de la prevalencia de las enfermedades que pueden evolucionar hacia la insuficiencia renal (diabetes, hipertensión arterial) como también a la disminución de tasa de mortalidad de pacientes con enfermedad renal terminal. Debido a lo anterior, la prevalencia de enfermedad renal terminal va aumentando en la mayoría de los países: es actualmente mayor a 2000 por millón de habitantes en Japón, alrededor de 1500 por millón de habitantes en Estados Unidos, y alrededor de 800 por millón de habitantes en la Unión Europea. En los países en vías de desarrollo es variable, desde menos de 100 por millón de habitantes en el África subsahariana e India, a 400 por millón de habitantes en Latinoamérica (Fig. 1).³⁵



Fig. N°1

Figura 1. Prevalencia de terapia de reemplazo renal en América Latina Por País Año 2010
Fuente: SLANH. REGISTRO LATINOAMERICANO DE DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL. VI Congreso de la Sociedad Internacional para Hemodiálisis; 2013 Sep 11-14; Buenos Aires. Argentina

En Chile, en el 2012, más de 20.000 personas estaban en tratamiento sustitutivo renal, (diálisis 18.000 y 6.000 han recibido un trasplante) cifra que se estima crecerá al menos 50% en los próximos 10 años debido al envejecimiento de la población y al aumento de la diabetes tipo 2. Este grupo de pacientes en tratamiento sustitutivo representa sólo una proporción de los afectados con enfermedad renal crónica ya que la mayoría fallece antes de llegar a la diálisis, fundamentalmente por causas cardiovasculares. La enfermedad renal crónica tiene un efecto multiplicador de la morbilidad y los costos económicos asociados. Así, un individuo que parece estar sano y en el que se encuentra una enfermedad renal crónica tiene 10 veces más riesgo de morir prematuramente por enfermedad cardiovascular sin importar si desarrolla o no la insuficiencia renal y si llega a la insuficiencia renal crónica terminal, este riesgo aumentará 100 veces.²⁷

Amplia variabilidad de las Tasas de prevalencia, por país (en pmp)

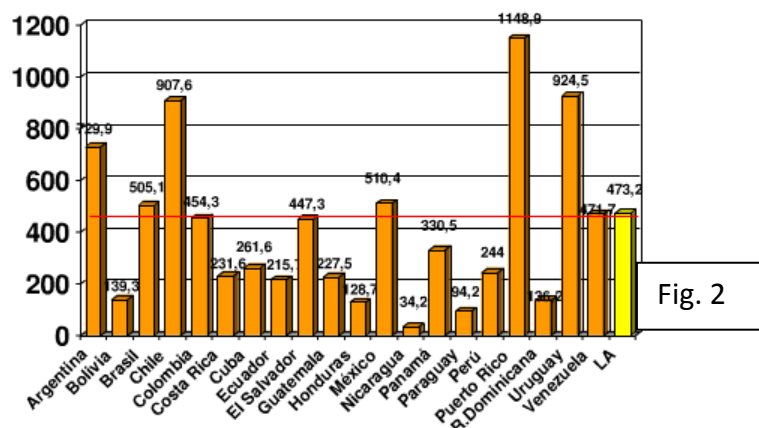


Figura 2. Amplia variabilidad de las tasas de prevalencia, por país. Fuente: SLANH. REGISTRO LATINOAMERICANO DE DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL. VI Congreso de la Sociedad Internacional para Hemodiálisis; 2013 Sep. 11-14; Buenos Aires. Argentina

En Ecuador en el año 2009 la tasa de incidencia de IRCT se estimó en 215.7 personas por millón (Fig. 2)³³, ocupando una posición intermedia a nivel mundial, donde se observan tasas máximas de 2000 personas por millón (Japón) y mínimas de 8 personas por millón (Bangladesh).²⁸

En el 2001 hubo 1.257 pacientes en diálisis, 970 en el IESS, 120 en establecimientos públicos, 92 en privados y 75 en semipúblicos (estadística del IESS, 2001). Para el 2011 en Ecuador se valoró que 6 000 personas con IRC recibían tratamiento por esta enfermedad. Siendo la mayor parte amparada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Programa de Protección Social (PPS) del Ministerio de Salud. Solo en Pichincha, Santo Domingo y Esmeraldas existen 750 afiliados del IESS con IRC, en prestadoras de salud privadas. El programa integral del Seguro Social en el país cuenta con un presupuesto anual de USD 12 millones, previstos dentro del presupuesto general de salud, de USD 400 millones. Además se estimaba que la carga económica del tratamiento costaba USD 17 472 por año y por paciente, en el 2011.³⁶

CLASIFICACION

El nivel de función renal determina el estado de enfermedad crónica renal según la clasificación de daño renal crónico K/DOQI¹⁹, misma que se mide a través de la tasa de filtrado glomerular. El valor de filtración glomerular varía en relación a la edad, el sexo y la masa corporal situándose alrededor de 140 mL/min/1,73 m² en individuos adultos jóvenes sanos. Valores de filtración glomerular inferiores a 60 mL/min/1,73 m² se asocian a un aumento de la prevalencia de las complicaciones.²⁹ Tomando en cuenta la tasa de filtración glomerular se clasifica a la enfermedad renal de la siguiente manera (Fig.3)

National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative Classification, Prevalence, and Action Plan for Stages of Chronic Kidney Disease*

Stage†	Description	GFR, mL/min per 1.73 m ²	Prevalence, n (%)‡	Action§
—	At increased risk	≥60 (with chronic kidney disease risk factors)	—	Screening; chronic kidney disease risk reduction
1	Kidney damage with normal or increased GFR	≥90	5 900 000 (3.3)	Diagnosis and treatment; treatment of comorbid conditions; slowing progression; CVD risk reduction
2	Kidney damage with mild decreased GFR	60–89	5 300 000 (3.0)	Estimating progression
3	Moderately decreased GFR	30–59	7 600 000 (4.3)	Evaluating and treating complications
4	Severely decreased GFR	15–29	400 000 (0.2)	Preparation for kidney replacement therapy
5	Kidney failure	<15 (or dialysis)	300 000 (0.1)	Kidney replacement (if uremia present)

Figura 3. Prevalencia y plan de acción según los estadios de la enfermedad renal crónica.
Fuente: KDIGO. Definition and classification of CKD. *Kidney Int Suppl* 2013; 3:19.
http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf (Acceso Marzo 04, 2013).

ETIOLOGÍA

Las causas de insuficiencia renal crónica se pueden agrupar en:

- Enfermedades vasculares como enfermedades de los grandes vasos que incluye a la estenosis de la arteria renal bilateral y de pequeños vasos como la nefropatía isquémica, síndrome hemolítico urémico y vasculitis;
- Túbulo intersticiales incluyendo la enfermedad poliquística renal siendo esta la principal causa congénita, nefritis tubulointersticial crónica inducida por drogas o toxinas y nefropatía de reflujo;
- Uropatías obstructivas como cálculos renales e hipertrofia benigna prostática;
- Enfermedades glomerulares abarcando a un grupo subclasificado en enfermedad glomerular primaria como la nefropatía por IgA y enfermedad glomerular secundaria como la nefropatía diabética y la nefritis lúpica. En nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo

responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis.

FISIOPATOLOGÍA

La tasa de filtrado glomerular (TFG) puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por injuria al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función.

La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la tasa de filtración glomerular. Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales de la insuficiencia renal crónica esta compensación mantiene una TFG aumentada permitiendo una adecuada depuración de sustancias; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor al 10% el paciente no puede subsistir sin terapia de remplazo renal.

La lesión inicial al riñón puede resultar en una variedad de manifestaciones clínicas, que van desde hematuria asintomática hasta insuficiencia renal, que requiere diálisis. En ciertos casos los individuos se recuperan de manera total y posteriormente no sufren secuelas o en mínima cantidad. La glomerulonefritis postestreptocócica en niños, por ejemplo, tiene un buen pronóstico a largo plazo. En comparación, algunos

pacientes, como aquellos con lupus eritematoso sistémico, experimentan lesiones crónicas y repetidas al parénquima renal, lo que resulta por último en daño.

El riñón es capaz de adaptarse a la injuria, mediante el incremento de la TFG en las nefronas normales, un proceso conocido como hiperfiltración adaptativa. Como resultado, el paciente con insuficiencia moderada a menudo tiene niveles de creatinina normales o cerca a la normalidad. Mecanismos homeostáticos adicionales (más frecuentemente dentro de los túbulos renales) permiten que las concentraciones de sodio, potasio, calcio, fósforo y el agua total se mantengan dentro del rango de normalidad.

La hiperfiltración adaptativa, aunque inicialmente benéfica, resulta a largo plazo en daño a los glomérulos de las nefronas restantes, lo que se manifiesta por proteinuria y daño renal progresivo. Este proceso aparentemente es responsable en el desarrollo de insuficiencia renal en aquellos en quienes la enfermedad original esta inactivada o curada.

La pérdida gradual de la función renal en pacientes con enfermedad renal crónica es inicialmente asintomática, sin embargo, como se ha mencionado previamente, diferentes signos y síntomas pueden ser observados incluyendo sobrecarga de volumen, hiperkalemia, acidosis metabólica, hipertensión, anemia, además de alteraciones óseas.

Usando datos epidemiológicos, el cambio de la tasa de filtrado glomerular desde 60 a 15 mL/min hacia un estadio terminal se alcanza a una tasa de pérdida de filtrado glomerular de 1.5% al año.³⁷ Al llegar a la etapa terminal o IRC se produce una

constelación de síntomas y signos dependientes de la acumulación de azoados, conocidos como uremia.

El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundario a la disfunción renal. Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal. Se han identificado sustancias tóxicas como la homocisteína, las guanidinas y la β_2 microglobulina, además de una serie de alteraciones metabólicas y endocrinas. El paciente con IRC también tiene un riesgo elevado de presentar desnutrición calórico proteica, inducida por la enfermedad subyacente o por el tratamiento de diálisis.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de morbimortalidad en los pacientes con IRC, ocasionando 30 veces más riesgo de morir que el de la población general; este riesgo puede ser atribuible a una correlación entre la uremia y la aterosclerosis acelerada. En pacientes con IRC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemias, edad avanzada, diabetes mellitus y tabaquismo; además manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular.³¹

Toxicidad urémica

La investigación de sustancias calificadas como toxina urémica se remonta a muchos años atrás. La detección de niveles anormalmente elevados de una sustancia no

necesariamente significa que sea tóxica, debe demostrarse que las concentraciones elevadas se relacionan con disfunciones de la uremia. El ejemplo más típico es la urea, ya no existe una clara demostración que en sí misma tenga efectos nocivos.

En la actualidad, se reconocen 90 sustancias como toxinas urémicas (Fig. 4). Se clasifican en moléculas pequeñas hidrosolubles (<500 d), moléculas medias (>500 d) y moléculas pequeñas unidas a proteínas (<500 d); algunos ejemplos pueden ilustrar la responsabilidad de estos compuestos en la uremia, así como sus múltiples facetas.

Moléculas pequeñas (<500d)	Moléculas pequeñas ligadas a proteínas (<500d)	Moléculas medias (>500 d)
Dimetilarginina asimétrica (ADMA)	Á. carboximetilpropilfuranpropiónico (CMPF)	Adrenomedulina
A. B-guanidinopropiónico	Fuctoselisisina	Péptido natriurético atrial
Creatinina	Glioxal	β ₂ microglobulina
Guanidina	A. hipúrico	β-endorfina
A. guanidinoacético	Homocisteína	Factor D complemento
A. guanidinosuccínico	Hidroquinona	Cistatina C
Hipoxantina	A. indoxil-3-acético	Endotelina
Malonildialdehído	Indoxilsulfato	A. hialurónico
Metilguanidina	Metilglioxal	Interleukina 1-β
Mioinositol	Carboximetil-lisina	Interleukina 6
A. erótico	P-cresol	Inmunoglobulinas cadenas ligeras (IgLCs) κ, λ
Drotidina	Pentosidina	Leptina
Oxalato	Fenol	Neuropéptido Y
Urea	A. Hidroxihipúrico	Parathormona (PTH)
A. úrico	A. quinolinico	Proteína ligada al retinol (RBP)
Xantina	Espermidina	TNF α
	Espermina	

*Sólo se citan algunos de los 90 solutos admitidos como toxinas urémicas. De ellos, 68 moléculas son de tamaño pequeño (<500 daltons), 22 de tamaño medio (>500 daltons) y 25 ligadas a proteínas (< 500 daltons)

Fig. 4

Figura 4. Listado de toxinas urémicas.⁷⁹ Ribes E., Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul ar 2004;10(1):8-76

Las guanidinas son un grupo de sustancias hidrosolubles producto del catabolismo muscular con acción neurotóxica. La dimetilarginina asimétrica (ADMA) es un inhibidor endógeno de la sintasa del óxido nítrico (NO). Su acumulación en la insuficiencia renal crónica disminuiría la producción de óxido nítrico, potente vasodilatador, provocando disfunción endotelial.

La homocisteína (Hcy) es un derivado de la desmetilación de la metionina. En la población general, es un factor predictivo de riesgo cardiovascular; en la insuficiencia renal crónica, sus niveles séricos aumentan a medida que declina la función renal, en los pacientes en diálisis, están permanentemente elevados; la hiperhomocisteinemia

es tóxica para el endotelio vascular, favoreciendo la proliferación de la fibra lisa muscular, la agregación plaquetaria y la trombosis.³³

Otros solutos ligados a proteínas como el p-cresol, el ácido carboxi-propil-furan-propiónico (CMPF) y el indoxilsulfato ejercen efectos tóxicos sobre sistemas enzimáticos e interfieren con la unión de fármacos a ciertas proteínas.

La glicosilación no enzimática de cadenas de proteínas con glucosa y sus productos de degradación da lugar a los productos avanzados de la glicosilación (AGEs), en la diabetes y en la insuficiencia renal crónica estos se acumulan; los productos avanzados de la glicosilación inducen varios efectos biológicos como la producción de citoquinas, apoptosis de polimorfonucleares, estimulación del estrés oxidativo, e inhibición de neutrófilos, además se han relacionado con disfunción endotelial y aterogénesis acelerada, habiendo sido localizados en la pared arterial de urémicos. Los AGEs también se relacionan con el depósito de la β_2 microglobulina en la amiloidosis secundaria de diálisis, en los pacientes con diálisis peritoneal el depósito de AGEs en la membrana basal peritoneal se correlaciona con alteraciones en su permeabilidad; en analogía con los AGEs, se han descrito metabolitos resultantes de la oxidación de proteínas, denominados productos avanzados de la oxidación proteica (AOPP). Su acumulación en la insuficiencia renal es el resultado de una alteración del balance en el equilibrio entre factores pro-oxidantes y anti-oxidantes a favor de los primeros, los AOPP activan los monocitos, aumentan la síntesis de factor de necrosis tumoral α (TNF α) y son mediadores de la inflamación, asimismo se relacionan con la aterosclerosis acelerada de la insuficiencia renal.³³

La leptina es un péptido regulado por el gen *ob*, producida por los adipocitos, actúa disminuyendo el apetito, aumentando la termogénesis, disminuyendo el peso y la grasa corporal; en muchos pacientes con insuficiencia renal crónica, aunque no en todos, existe hiperleptinemia, por ello, se ha sugerido que la leptina sería la responsable de la anorexia y caquexia urémicas.³³

Las cadenas ligeras de inmunoglobulinas (IgLC) en sus formas k y l son sintetizadas por las células β en ligero exceso a las cadenas pesadas; están presentes en el suero de individuos normales en muy pequeña cantidad, siendo eliminadas principalmente por la orina; en procesos linfoproliferativos, las IgLCs pueden depositarse en el riñón y ser causa de nefropatía, en la insuficiencia renal crónica se detectan niveles séricos elevados de IgLCs, demostrado que interfieren con las funciones de los neutrófilos, inhibiendo la quimiotaxis, activando la captación de glucosa e inhibiendo la apoptosis, lo que contribuiría a una mayor susceptibilidad a las infecciones. La β 2microglobulina es el componente principal de la amiloidosis secundaria en la IRC, sus depósitos se han podido identificar en huesos, tendones, articulaciones y también sistémicos; los niveles séricos de β 2microglobulina están constantemente elevados en los pacientes en diálisis pero no existe correlación con la existencia de amiloidosis secundaria a β 2microglobulina; se ha invocado que otros factores locales como: proteólisis, deamidación o los productos avanzados de la glicosilación favorecerían el depósito; también otras proteínas como la α -macroglobulina, glucosaminoglicanos y el amiloide P podrían participar en el proceso, a medida que disminuye el filtrado glomerular, aumenta la tasa sérica de muchas de estas moléculas, los valores más elevados se registran en los pacientes en diálisis; las membranas de hemodiálisis (HD)

de flujo bajo depuran muchas de las moléculas pequeñas, no obstante, no sucede lo mismo con las de mayor tamaño o unidas a proteínas. Las membranas de hemodiálisis de flujo alto son capaces de depurar algunas de las moléculas medias, otros solutos son difíciles de eliminar debido a su metabolismo particular.³³

ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS Y DEL EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE

La capacidad del riñón para eliminar agua y electrolitos se mantiene hasta fases avanzadas de insuficiencia renal. El balance glomérulo-tubular, al existir un menor número de nefronas funcionales, se adapta para permitir la eliminación de solutos, para ello la mayor carga filtrada por nefrona se corresponde con un aumento de la fracción excretada; por tanto, los trastornos hidroelectrolíticos o del equilibrio ácido-base no aparecen mientras el filtrado glomerular no esté severamente reducido (fase 4 de la enfermedad renal crónica). Cuando se produce una sobrecarga hidrosalina y hay reducción severa del filtrado glomerular (<25 ml/min), existe tendencia a la hipervolemia e hipertensión, en una situación opuesta de deshidratación y la misma función, el riñón es incapaz de reabsorber sodio. La disminución severa del filtrado glomerular también comporta una pérdida de la adaptación a la sobrecarga de potasio, aunque los niveles séricos de potasio tienen tendencia a aumentar, no suelen observarse hiperpotasemias graves hasta filtrados glomerulares muy bajos (<15 ml/min). No obstante, deben considerarse otros factores que pueden inducir hiperpotasemia, aún con filtrado glomerular no tan reducido, entre ellos, el hipoaldosteronismo hiporeninémico asociado a nefropatía diabética o nefropatías intersticiales, o fármacos como IECA, ARA II y diuréticos ahorradores de potasio.³³

La insuficiencia renal crónica es causa de acidosis metabólica, pero el balance ácido-base normal se mantiene mientras el filtrado glomerular no es <25 ml/min (enfermedad renal crónica, fase 4). La disminución del bicarbonato en el plasma se debe fundamentalmente a la disminución de la amoniogénesis tubular y a la retención de H^+ , es decir acidosis hiperclorémica con hiato aniónico normal. Por otra parte, cuando la insuficiencia renal progresa se produce una retención de aniones fosfato, sulfato y ácidos orgánicos determinando un aumento del hiato aniónico. En la uremia (enfermedad renal crónica, fase 5) la acidosis predominantemente es mixta.³³

NUTRICIÓN

La desnutrición calórico-proteica puede afectar a más del 50% de los pacientes en diálisis y el riesgo de desnutrición en los pacientes con enfermedad renal crónica aumenta en fases muy avanzadas de la misma.³³

Un exceso en la ingesta de proteínas, al contrario de lo que ocurre con los carbohidratos y las grasas, no se acumula en las reservas corporales, sino que se degrada en urea y otros compuestos nitrogenados excretados por el riñón. Además, los alimentos ricos en proteínas contienen cantidades importantes de potasio, fosfato, hidrogeniones y otros iones. La reducción del filtrado glomerular a <60 ml/min permite un menor margen en la eliminación de estos compuestos, siendo cada vez menor a medida que la insuficiencia renal progresa.³³

En la insuficiencia renal crónica, la restricción proteica controlada (0,8 g/Kg peso/día) permite mantener un balance neutro o con cierta síntesis proteica, ello gracias a que disminuye la degradación proteica, disminuye la oxidación de aminoácidos esenciales

(AAE) y se activa la gluconeogénesis hepática. La desnutrición en la insuficiencia renal crónica, y en el paciente en diálisis en especial, no sólo es atribuible a una disminución del aporte, ya que se conocen distintos mecanismos que estimulan el catabolismo proteico y consumen la masa muscular, por ejemplo³³:

La acidosis metabólica activa el sistema proteolítico ubiquitín proteosómico y destruye de forma irreversible los aminoácidos esenciales, degrada las proteínas musculares y disminuye la albúmina en suero.³³

La inflamación crónica, en estrecha relación con la aterosclerosis acelerada, se acompaña de aumento de citoquinas circulantes que también estimulan la proteólisis por la misma vía.³³

La diabetes, causa frecuente de insuficiencia renal crónica, y la resistencia a la insulina, presente también en la misma, producen pérdida de masa muscular por el mismo mecanismo.³³

La hemodiálisis y la diálisis peritoneal inducen el catabolismo por diferentes vías. Por último, ciertas toxinas urémicas, podrían por algún mecanismo no conocido en su totalidad, producir anorexia y desnutrición.³³

ANEMIA

La anemia de la enfermedad renal crónica es en la mayoría de los pacientes, normocítica normocrómica, y se debe principalmente a la reducción de la producción de eritropoyetina por el riñón (un presunto reflejo de la reducción en el

funcionamiento y la masa renal) y la disminución de la vida media de los glóbulos rojos.

Otros factores múltiples contribuyen al desarrollo de la anemia renal, algunas moléculas del grupo de poliaminas, se comportan como toxinas urémicas, inhibiendo la eritropoyesis. Por otra parte, en la insuficiencia renal crónica puede presentarse déficit de hierro y vitaminas, pérdidas hemáticas, intoxicación por aluminio y fibrosis de la médula ósea secundaria a hiperparatiroidismo.³²⁻³³

La eritropoyetina es una glicoproteína sintetizada por las células intersticiales peritubulares renales en el individuo adulto, la hipoxia estimula su secreción, con el fin de conservar la masa de hematíes para satisfacer la demanda tisular de oxígeno. En la insuficiencia renal crónica se observa una respuesta inapropiada, los niveles plasmáticos son anormalmente normales en relación a los niveles bajos de hematocrito o hemoglobina.³²

La anemia, además de la sintomatología propia de cualquier anemia crónica, tiene repercusiones sobre las funciones cognitivas, el sistema cardiovascular, la trombopatía urémica, la nutrición, la inmunidad y la disfunción sexual. Tiene una significación especial la relación de la anemia con la miocardiopatía urémica. La anemia contribuye de forma importante al desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda (HVI).³³

OSTEODISTROFIA RENAL

Las lesiones óseas que aparecen en la insuficiencia renal crónica se clasifican en enfermedad ósea de remodelado alto u osteítis fibrosa o hiperparatiroidismo secundario, y enfermedad ósea de remodelado bajo u osteomalacia.³²

En la primera predomina la actividad de osteoblastos y osteoclastos con aumento de la reabsorción y una anómala estructuración de la matriz osteoide. En la segunda hay una disminución de la celularidad y una disminución en la producción de osteoide. Existen también formas mixtas de ambos tipos; otra clase de lesión ósea ya comentada es la amiloidosis por β 2microglobulina.³³

Cuando disminuye el filtrado glomerular se retiene fosfato con una disminución recíproca de calcio, el cual a su vez estimula la síntesis de paratohormona (PTH); por otra parte, la hiperfosforemia estimula también la síntesis de PTH y la proliferación de células paratiroideas, tanto la hipocalcemia como la hiperfosforemia aumentan ARNm postranscripcional de PTH. Ya con filtrados glomerulares algo superiores a 60 ml/min pueden observarse discretos aumentos de PTH; la pérdida de masa renal funcionante comporta la menor actividad de 1 α -hidroxilasa, necesaria para la síntesis a nivel del túbulo proximal de 1-25(OH)₂D₃ a partir del 25(OH)D₃ de procedencia hepática, el déficit de calcitriol tiene como consecuencia la disminución de la absorción intestinal de calcio que, como se ha dicho, estimula la producción de PTH, otra consecuencia es favorecer la resistencia esquelética a la PTH; a nivel de las glándulas paratiroideas el déficit de calcitriol impide actuar sobre su receptor VDR que disminuye la transcripción del ARNm de la paratohormona y la proliferación celular. A nivel óseo, el exceso de PTH estimula la resorción ósea, a nivel glandular, con el tiempo se produce una proliferación inicialmente policlonal, pudiendo complicarse por una proliferación monoclonal dando lugar al hiperparatiroidismo terciario. En estas glándulas existe una disminución tanto del receptor sensor de calcio como de los receptores VDR de calcitriol.³³

La osteomalacia se produce por intoxicación alumínica que disminuye la actividad de osteoclastos y osteoblastos e inhibe la PTH y otros factores. Hace unos años, la intoxicación por aluminio era la causa preeminente. El aluminio, eliminado regularmente por el riñón, se acumulaba en la insuficiencia renal crónica; el origen eran los quelantes de fósforo que lo contenían o agua para diálisis no adecuadamente tratada.³²⁻³³

Un aspecto de especial relevancia es la tendencia de la uremia a desarrollar calcificaciones metastásicas, estas pueden localizarse en vísceras, articulaciones, arterias de calibre diverso e incluso en válvulas cardíacas; este fenómeno no es pasivo, tal como se pensaba: en presencia de hiperfosfatemia, el cotransportador NPC facilitaría la entrada de fosfato en la célula muscular lisa vascular. El factor de transcripción Cbfa-1 en presencia de factores locales e inhibidores de calcificación haría posible el cambio de fenotipo de la célula muscular lisa a osteoblasto.¹⁵

ALTERACIONES CARDIOVASCULARES

Los eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, vasculopatía periférica, accidente vascular cerebral) son la principal causa de morbimortalidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica antes de diálisis, en diálisis y con trasplante; el motivo son las severas alteraciones que tienen lugar en la estructura del árbol arterial, arterias coronarias incluidas, así como en el músculo cardíaco.³¹ Desde hace años se conoce que con la uremia coexiste un proceso de aterosclerosis acelerada.³²

En la insuficiencia renal crónica son frecuentes los factores de riesgo cardiovascular tradicionales como edad avanzada, HTA, dislipidemia tipo IV, diabetes y tabaquismo. Por otra parte, se dan otros factores relacionados con la uremia, no tradicionales o emergentes, que explicarían la elevada prevalencia de accidentes cardiovasculares, entre los que cabe citar: la anemia, la homocistinuria, el metabolismo fosfocálcico alterado, la hipervolemia, el estrés oxidativo, la inflamación, la tendencia protrombótica y la hiperactividad simpática.³³

La hipertensión arterial es a la vez causa y consecuencia de la insuficiencia renal crónica, su prevalencia aumenta con la disminución del filtrado glomerular, alcanzando el 80% de pacientes en fase 5; Están implicados varios mecanismos patogénicos: estimulación del sistema renina –angiotensina -aldosterona, hiperactividad simpática, expansión extracelular, disfunción endotelial, aumento del calcio intracelular, calcificaciones vasculares y posible enfermedad vascular renal.³³

Los fenómenos que acontecen en la pared arterial son de dos tipos: el primero, la formación de placas de ateroma en la íntima, calcificadas con mayor frecuencia que en la población general, ello se traduce en isquemia del territorio afectado y riesgo de oclusión por trombosis. El segundo, el engrosamiento, la infiltración y la calcificación de la media. La pérdida de elasticidad arterial resultante provoca un incremento de la presión arterial sistólica y de la presión del pulso, una sobrecarga cardíaca de presión, una mala adaptación a la hipotensión y eventualmente hipoperfusión coronaria diastólica.³³

Las alteraciones que tienen lugar en el corazón comprenden calcificaciones de las válvulas con disfunción valvular, calcificaciones y lesiones del sistema de conducción con arritmias, miocardiopatía con insuficiencia cardíaca y aterosclerosis coronaria con cardiopatía isquémica. La miocardiopatía urémica se produce por dos mecanismos, sobrecarga de presión y sobrecarga de volumen, la hipertensión arterial y la falta de elasticidad de la aorta condicionan una sobrecarga de presión que induce una hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, hay un aumento de la presión sistólica, incremento de miofibrillas, engrosamiento de la pared y pocos cambios en el volumen ventricular; la hipervolemia, la anemia y la fístula arteriovenosa crean una sobrecarga de volumen y una hipertrofia ventricular izquierda excéntrica, se produce un aumento de la presión diastólica, formación de nuevos sarcómeros y aumento del volumen de las cavidades, en la progresión de la miocardiopatía subyacen muerte celular de miocitos y fibrosis; un hecho relevante en la miocardiopatía urémica es la disminución de la densidad de capilares, inicialmente, las alteraciones estructurales se traducen en disfunción ventricular diastólica y posteriormente disfunción ventricular sistólica.³³

La aterosclerosis se trata de un proceso de carácter inflamatorio, el estímulo inicial para la formación de la placa de ateroma es la disfunción endotelial, resultado del desequilibrio entre la agresión y las células endoteliales reparadoras (EPCs). En la enfermedad renal crónica con pequeños descensos del filtrado glomerular ya se puede observar disfunción endotelial. La placa de ateroma inestable, cuya ruptura da lugar a la trombosis y al síndrome coronario agudo, se forma por acumulo de macrófagos y células espumosas, mediadores de inflamación y LDL-oxidada, la ruptura de la placa se produce por una erosión superficial, una disrupción por la neoangiogénesis o una

activación de mediadores pro-inflamatorios por células T-helper 1 (Th 1). En la insuficiencia renal crónica las placas son de morfología más agresiva, lo que se traduce en una mayor gravedad.³³

La insuficiencia renal se caracteriza por la presencia de marcadores de estrés oxidativo y de inflamación, ambos estarían implicados en la patogenia de la aterosclerosis. El estrés oxidativo consiste en el predominio de especies reactivas de oxígeno (ROS) en el balance entre factores oxidantes y antioxidantes, el medio urémico es proclive al predominio de las especies reactivas de oxígeno que, junto a otros mediadores son capaces de activar células inflamatorias (macrófagos y linfocitos); mediante el factor de transcripción NF- κ B se liberarían mediadores pro-inflamatorios como la IL-6, que provocarían modificaciones en la pared arterial traduciéndose en el fenómeno de aterosclerosis acelerada con oxidación de LDL, migración de leucocitos, proliferación de células musculares lisas, calcificación y activación de metaloproteinasas (MMP).³³

La angiogénesis y remodelado vascular es otro hecho presente en la aterosclerosis. La expresión del factor de crecimiento endotelial (VEGF) está aumentada, la neovascularización de la placa de ateroma puede promover el crecimiento de lesiones inestables. Por otra parte, la menor capilarización del miocardio en la insuficiencia renal crónica sugeriría la existencia de cierto grado de resistencia al factor de crecimiento endotelial (VEGF) o bien alguna alteración de las EPCs en el medio urémico.³³

La calcificación de la capa media arterial en general y de las arterias coronarias en particular, se produce con mucha mayor frecuencia en la insuficiencia renal crónica,

que en otras circunstancias. El depósito de sales de calcio no es un hecho pasivo, es como consecuencia de un producto de calcio y fósforo demasiado alto, tal como ha sido expuesto; es un proceso activo producido por la transformación osteoblástica de las células musculares lisas.³³

DIAGNÓSTICO

Se sugiere hacer el diagnóstico de la enfermedad renal crónica con base a la presencia persistente (mayor o igual a 3 meses) de indicadores de daño renal o disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) menor a $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ independientemente de la causa.³⁸

Los grupos de pacientes en riesgo de desarrollar la enfermedad y a los que se debe efectuar cribado son: mayores de 60 años, hipertensos, diabéticos, con enfermedad cardiovascular, o familiares de pacientes con insuficiencia renal. El cribado consiste en evaluar el filtrado glomerular y la albuminuria al menos una vez al año.²¹ Si los resultados de las pruebas de tamizaje son positivos, se recomienda repetir la evaluación al menos en dos ocasiones en el plazo de tres meses, el diagnóstico se puede confirmar si las alteraciones ocurren en al menos dos de las tres pruebas, cuando se tiene el diagnóstico establecido, se sugiere que la evaluación inicial incluya lo siguiente (Fig. 5)³⁸:

<i>Historia clínica y exploración física</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la causa de la ERC y factores reversibles de empeoramiento de la función renal. • Identificar complicaciones de la ERC (p. ej., edema, HTA). • Identificar ECV y factores de riesgo CV (hiperlipidemia, tabaquismo, sobrepeso/obesidad, síndrome metabólico). • Identificar otras comorbilidades. • Medicamentos.
<i>Estudios de laboratorio¹</i>	<ul style="list-style-type: none"> • CrS para estimar la TFG. • EGO/sedimento urinario (proteinuria, hematuria, leucocituria). • Tasa Alb/Cr en una muestra de orina al azar. • Electrolitos séricos (Na, K, Cl, HCO₃) y ácido úrico. • Hemoglobina. • Perfil completo de lípidos (para evaluar riesgo CV).
<i>Otros estudios²</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrasonido renal (tamaño renal, ecogenicidad, presencia de quistes o hidronefrosis, nefrolitiasis). • Electrocardiograma.

Figura 5. Evaluación inicial en el paciente con sospecha de enfermedad renal crónica. Fuente: Obrador G., Miahdavi-Mazdeh M., Collins A. On behalf of the Global Kidney Disease Prevention Network. Establishing the Global Kidney Disease Prevention Network (KDPN): A position Statement From the National Kidney Foundation Am J Kidney Dis vol 57 (3): 361-370 2011

La determinación de creatinina sérica no debe ser utilizada como único parámetro para evaluar la función renal, la estimación del filtrado glomerular a través de ecuaciones es el mejor índice disponible en la práctica clínica para evaluar la función renal. La medida del aclaramiento de creatinina mediante la recogida de orina de 24 horas no mejora la estimación del filtrado glomerular obtenido a partir de las ecuaciones.²¹

Para la estimación del filtrado glomerular se recomienda la fórmula del estudio MDRD (Modification of Diet in Renal Disease). Como alternativa puede utilizarse la fórmula de Cockcroft-Gault:²¹

MDRD

FG estimado = $186 \times (\text{creatinina (mg/dL)/88,4})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si etnia negra})$

Cockcroft-Gault

$\text{Ccr} = [(140 - \text{Edad}) \times \text{Peso (kg)}] / [\text{Crs (mg/dL)} \times 72] \times 0,85 \text{ en mujeres}$

Hay que tomar en cuenta que las ecuaciones no son adecuadas en las siguientes circunstancias²¹:

- Peso corporal extremo: índice de masa corporal (IMC) inferior a 19 kg/m² o superior a 35 kg/m².
- Alteraciones importantes en la masa muscular (amputaciones, pérdida de masa muscular, enfermedades musculares o parálisis).
- Insuficiencia renal aguda.
- Embarazo.
- Hepatopatía grave, edema generalizado o ascitis.

La excreción urinaria de proteínas debe valorarse de modo preferente como el cociente albúmina/creatinina en muestra aislada de orina (normal < 30 mg/g), preferiblemente en la primera orina de la mañana. Este cociente representa una buena estimación de la proteinuria y evita utilizar la recogida de orina de 24 horas.²¹

TRATAMIENTO

El manejo general del paciente con insuficiencia renal crónica implica las siguientes intervenciones³²⁻³⁸:

- Prevenir o retardar la progresión de la enfermedad renal
- Tratamiento de las complicaciones de la insuficiencia renal
- Ajuste de dosis de medicamentos cuando sea apropiado para el nivel de la tasa estimada de filtración glomerular (TFG)
- Identificación y preparación adecuada del paciente en el que se requiere terapia de reemplazo renal

RETARDAR LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL

- Disminución de la tasa de progresión

Estudios en animales experimentales y humanos sugieren que la progresión en la enfermedad renal crónica puede ser el resultado, al menos en una parte, de factores secundarios que no están relacionados con la enfermedad desencadenante. Dentro de los factores más importantes se sugieren a la hipertensión intraglomerular y a la hipertrofia glomerular (las principales responsables de la hiperfiltración adaptativa), lo que conlleva a la esclerosis glomerular. Entre otras causas se refieren a la HTA, hiperlipidemia, acidosis metabólica y enfermedad túbulo intersticial.³⁸

- Metas para la protección Renal

La terapia para disminuir la progresión en pacientes con enfermedad renal crónica independientemente del tratamiento dirigido a la enfermedad de base, esta también centrado en mantener una presión arterial adecuada, y en pacientes con enfermedad proteinurica, mantener los niveles de la misma en rangos aceptables.³¹ Los objetivos terapéuticos son²¹:

- Control de presión arterial < 130/80 mmHg (125/75 mmHg si el cociente albuminuria/creatininuria es > 500 mg/g).
- Reducción de la proteinuria (con el objetivo de conseguir un cociente albuminuria/creatininuria < 300 mg/g) con inhibidores de la enzima transformadora de la angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAI).
- Control de dislipidemia: lipoproteínas de baja densidad (LDL) < 100 mg/dL, lipoproteínas de alta densidad (HDL) > 40 mg/dL.
- Control de diabetes: HbA1c < 7%.

En el abordaje global del paciente con insuficiencia renal crónica debe ponerse, especial atención en evitar la yatrogenia²¹.

- Ajustando los fármacos al filtrado glomerular, especialmente en ancianos.
- Evitando en la medida de lo posible la utilización de AINEs.
- Usando con precaución la metformina y antidiabéticos orales de eliminación renal (la mayoría) y evitando su uso con un filtrado glomerular < 30 ml/min.

- Prescindiendo la asociación no controlada de fármacos que retienen potasio: IECA, ARAII, diuréticos ahorradores de potasio, AINE, betabloqueantes.

Derivación a Nefrología

Se la realizará teniendo en cuenta el estadio de la ERC, la edad del paciente, la velocidad de progresión de la insuficiencia renal y el grado de albuminuria.²¹

- Edad > 70 años, ERC estadios 1-3 estable (FG > 30 ml/min) y albuminuria < 500 mg/g, pueden seguirse en atención primaria sin necesidad de derivación, siempre que se mantenga un adecuado control de la presión arterial y del resto de factores de riesgo vascular.

- Edad < 70 años, o FG > 45 ml/min: remitir si albuminuria creciente o > 500 mg/g, o complicaciones (anemia: hemoglobina <11g/dL tras corregir ferropenia, o imposibilidad de controlar factores de riesgo vascular como HTA refractaria).

Seguimiento por atención primaria o seguimiento conjunto, según los casos.

- FG <45 ml/min: remisión a nefrología, seguimiento conjunto o en casos seleccionados, en atención primaria.
- Estadios 4-5: remitir a nefrología en todos los casos.
- Signos de alarma: hematuria no urológica asociada a proteinuria, incremento de la creatinina sérica > 1 mg/dL en menos de 1 mes.

Además se remitirá a todo paciente con:

- Albuminuria: cociente albúmina/creatinina (confirmada) > 300 mg/g, a pesar de un adecuado tratamiento y control de la presión arterial.
- Aumento de la albuminuria a pesar de un tratamiento adecuado.
- Hipertensión arterial refractaria (tres fármacos a dosis plenas y ausencia de control).

Se ha de tomar en cuenta el estadio de la ERC a partir del cual se iniciaran intervenciones (Fig. 6)

<i>Estadio</i>	<i>Tratamiento</i>
En riesgo	• Tamizaje y reducción de factores de riesgo para ERC.
1	• Diagnóstico y tratamiento de: <ul style="list-style-type: none"> – La causa de la ERC. – Factores reversibles de empeoramiento de la función renal. – Factores de riesgo y/o ECV. – Otras comorbilidades. • Intervenciones que retrasan la progresión de la ERC.
2	• Estimar la tasa de progresión de la ERC.
3	• Prevención y tratamiento de las complicaciones de la ERC.
4	• Preparación para la terapia renal sustitutiva.
5	• Inicio oportuno de la terapia renal sustitutiva.

Figura 6. Intervenciones según estadio en enfermedad renal crónica Fuente: Alcazar R. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica Nefrología 2008; 28 (3):273-282

TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

Elección de la terapia de reemplazo

Una vez determinada que la terapia de reemplazo será iniciada de manera eventual, el paciente deberá ser aconsejado para considerar las ventajas y desventajas de la hemodiálisis, diálisis peritoneal y del trasplante renal.⁴¹ Las Guías 2012 (K/DOQI) recomiendan que con una tasa de filtrado glomerular <30 mL/min/1.73 m² se inicie la consejería sobre terapia de reemplazo renal.⁴³

El trasplante renal es el tratamiento de elección para la insuficiencia renal crónica, un trasplante renal exitoso mejora la calidad de vida del paciente y reduce la mortalidad en comparación con los sometidos a diálisis; sin embargo, no todos los pacientes son candidatos a trasplante debido a contraindicaciones sobre el procedimiento o por fármacos asociados al trasplante, lo ideal sería que el trasplante sea realizado en el lapso de un año después de la necesidad de terapia de sustitución renal.³⁴

DIÁLISIS

La decisión de iniciar la diálisis en un paciente con insuficiencia renal crónica implica la consideración de los parámetros subjetivos y objetivos por parte del médico y el paciente. No existen valores absolutos de laboratorio que indican un requisito para comenzar la diálisis; la decisión se basa en parte en la percepción de su calidad de vida y la ansiedad acerca de cómo iniciar una terapia compleja, de largo plazo; además del paciente, la percepción del nefrólogo sobre el estado de salud, disminución de la función renal y los peligros potenciales de la terapia deben influir en el momento de la iniciación de la terapia de reemplazo renal.³²

INDICACIONES

Hay una serie de indicaciones clínicas para iniciar la diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica, estas incluyen:³²

- La pericarditis o pleuritis (indicación urgente)
- Encefalopatía urémica progresiva o neuropatía, con signos como confusión, asterixis, mioclonías, la muñeca o el pie caído, en casos graves, convulsiones (indicación urgente)

- Una diátesis hemorrágica clínicamente significativos atribuibles a uremia (indicación urgente)
- Alteraciones metabólicas persistentes que son refractarios al tratamiento médico; estas incluyen hiperpotasemia, acidosis metabólica, hipercalcemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia
- Respuesta refractaria de sobrecarga de líquidos a los diuréticos
- Hipertensión (mala respuesta a los medicamentos antihipertensivos)
- Náuseas y vómitos persistentes
- Signos de malnutrición

INDICACIONES RELATIVAS

Puesto que un objetivo importante de la diálisis es mejorar la calidad de vida así como prolongar la supervivencia, es importante tener en cuenta las indicaciones menos agudas para diálisis como: anorexia y náuseas, alteración del estado nutricional, aumento de la somnolencia y disminución del nivel de energía, la atención y la asignación de tareas cognitivas.³⁴

Por desgracia, las expresiones de estos signos y síntomas son variables en pacientes con enfermedad renal lentamente progresiva. Los siguientes son algunos de los factores que pueden contribuir a esta variabilidad:³⁴

- Algunos pacientes tienen susceptibilidad para estos síntomas por lo que su sentido de bienestar disminuye en cuanto la insuficiencia renal progresa.
- Muchos de los medicamentos que se administran a los pacientes con enfermedad renal crónica tienen efectos secundarios similares a los síntomas urémicos, como

ejemplos, la terapia de hierro oral a menudo conduce a náuseas y la acción central de ciertos fármacos antihipertensivos puede inducir somnolencia independiente del grado de insuficiencia renal.³⁴

PREPARACIÓN PARA HEMODIALISIS

El tratamiento con hemodiálisis requiere un acceso estable hacia el flujo sanguíneo, para permitir la realización de la misma, que generalmente estará dispuesto en la extremidad superior no dominante, debido al alto riesgo de infección y las consecuencias más severas del síndrome de secuestro arterial de las extremidades inferiores.³⁴

Existen tres tipos principales de accesos vasculares para la hemodiálisis: fístulas arteriovenosas (AV) primarias, injertos AV (sintéticos); y catéteres de doble lumen. Para facilitar estos accesos la SVS (Society for Vascular Surgery) recomienda que los pacientes sean referidos al cirujano al alcanzar el grado 4 de enfermedad renal crónica, lo que se define por una tasa de filtrado glomerular $<25 \text{ mL/min/1.73 m}^2$.⁴⁴

Fístulas AV Primarias: son las de elección debido a su gran durabilidad, permeabilidad y baja tasa de complicaciones, debido a que esta fístula requiere meses para desarrollarse y es el acceso de elección, se necesita referir al paciente para cirugía, con un año de antelación a la necesidad de diálisis, lo que se manifiesta con una tasa de filtrado glomerular $<25 \text{ mL/min/1.73 m}^2$, una concentración de creatinina de $>4 \text{ mg/mL}$ (354 micromol/L), o un ritmo rápido de progresión.³⁴

Las fístulas AV están elaboradas con una técnica terminal- vena, lateral arteria (Fig. 7)⁴⁴, estas fístulas tienen duración a largo plazo, su vida funcional puede llegar a los 20 años, si estas fístulas radiocefálicas funcionan adecuadamente los 6 primeros meses.³⁴

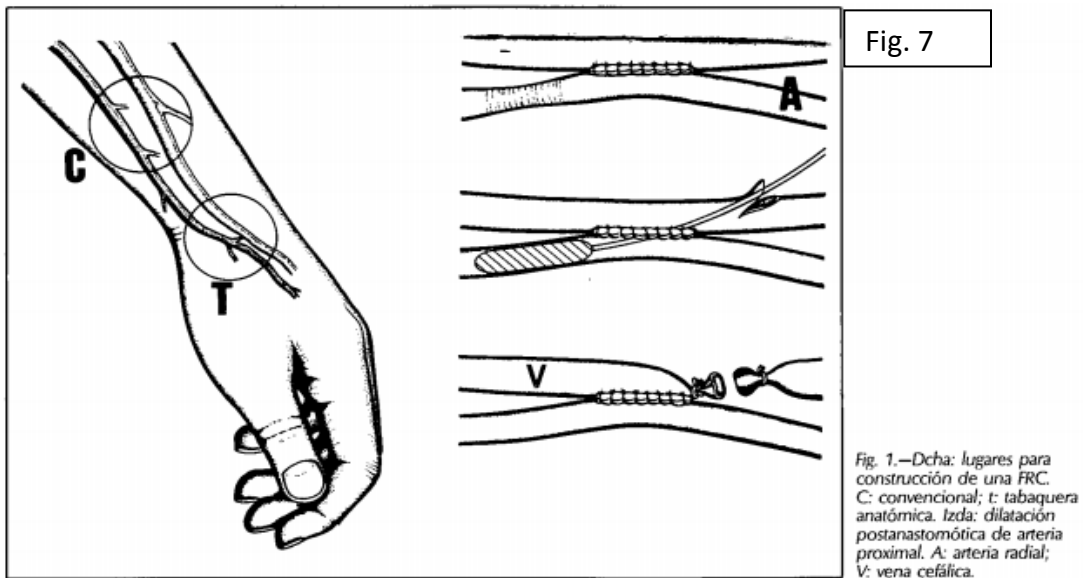


Figura 7. Lugares para construcción de una fístula arteriovenosa. Fuente: Magon N., Chauhan M., Malik S., Shah M. Sexuality in midlife: Where the passion goes? Journal of Mid-life Health [revista en Internet] 2012; (citado 2014 Mar 08); Vol.3 (2):61-65.

El paciente deberá ser instruido en el cuidado de la fístula AV, dicho cuidado incluye chequear de manera rutinaria por el “thrill” y notificar al nefrólogo si no lo siente, además el brazo que tiene la fístula no deberá ser usado para obtener muestras de sangre o toma de presión arterial, así como los pacientes tendrán que evitar dormir sobre la fístula, usar ropa que ajuste esta zona del cuerpo, y no levantar peso mayor a cinco libras con este brazo.³⁴

Injertos: son generalmente elaborados de politetrafluoroetileno (PTFE), proveen un excelente acceso vascular en quienes la fístula AV ha fallado. El PTFE tiene buenas características quirúrgicas y su uso se lo puede realizar luego de dos semanas de

realizado el acceso; los injertos tienen un mayor índice de complicaciones a largo plazo como infección o trombosis. También se debe instruir al paciente acerca del cuidado del injerto, así como se lo haría para una fistula AV.⁴³

Catéter venoso central: pueden ser usados inmediatamente luego de la colocación, son empleados principalmente como un acceso de mediana duración para permitir la maduración de accesos endógenos; sin embargo su flujo es menor y tienen mayor índice de infección.³⁴

PREPARACION PARA DIALISIS PERITONEAL

El catéter para diálisis peritoneal, puede ser usado inmediatamente luego de su colocación; no obstante, para minimizar el riesgo de fuga de líquido, es preferible esperar por lo menos de 10 a 14 días antes del inicio la diálisis.³⁴

PREPARACION PARA TRASPLANTE RENAL

Principalmente envuelve la evaluación del potencial donante y receptor, la referencia a un centro de trasplante debería ocurrir cuando la tasa de filtrado glomerular decline a $<30 \text{ mL/min/1.73 m}^2$.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

La sexualidad femenina es altamente multifacética e impredecible, asumiendo una variada composición de química, fisiología, psicología y componentes interpersonales; aunque se han identificado elementos comunes y vías neurobiológicas, el rol de las diferencias individuales, factores de aprendizaje, influencias socio-culturales y la edad de las mujeres no pueden ser desestimadas. A pesar de los grandes avances en la comprensión de la neurobiología sexual femenina, la respuesta sexual normal en las mujeres todavía sigue siendo muy difícil y controversial de definir.⁴⁴

La función sexual es un componente imperativo en la vida de la mujer y en los últimos años ha tenido cabida de manera progresiva en la salud pública, así como en la atención médica y farmacéutica.⁴⁵ Más del 75% de mujeres de edad media en el estudio SWAN reportaron que el sexo tiene importancia moderada-alta para ellas.⁴⁴ La función sexual óptima se encuentra integrada en la meta de bienestar y calidad de vida, así en general una mujer que tenga mayor satisfacción sexual, tendrá un mayor grado de satisfacción con su relación sentimental y consigo misma.⁴⁷ Estudios han demostrado que hay una asociación entre salud sexual y bienestar no solo para hombres, sino también para las mujeres.⁴⁶

Según el Manual DSM-V las disfunciones sexuales incluyen: desorden orgásmico femenino, desorden de la excitación, dolor genito-pelvico para las patologías femeninas. Las disfunciones sexuales son un grupo heterogéneo de desórdenes que están caracterizados típicamente por un disturbio clínicamente significativo en el individuo, para responder a los estímulos sexuales o para experimentar placer sexual.⁵¹

Dentro de los criterios diagnósticos se encuentran:

<u>Desorden orgásmico femenino:</u>	
<p>A. Presencia de cualquiera de los siguientes síntomas en todos o casi todos(75%-100%) los encuentros sexuales</p> <p>a. Marcado retraso, infrecuencia o ausencia de orgasmo</p> <p>b. Reducción marcada de sensaciones orgásmicas</p>	
<p>B. Los síntomas del criterio A han perdurado al menos por 6 meses</p> <p>C. Los síntomas en el criterio A causan discomfort en la persona.</p> <p>D. La DSF no se explica por un desorden mental no sexual o como consecuencia de síndrome de stress post traumático u otros estresores, además no es atribuible a los efectos de una sustancia o medicación, así como no es debido a otra condición médica.</p>	<p>Especificar:</p> <p>*Permanente: La perturbación ha estado presente desde que el individuo inició actividad sexual.</p> <p>*Adquirida: El disturbio comenzó después de un período de la función sexual relativamente normal.</p> <p>*Generalizada: No se limita a ciertos tipos de estimulación, situaciones o compañeros.</p> <p>*Situacional: Sólo aparece con ciertos tipos de estimulación, situaciones o compañeros. Nunca ha tenido un orgasmo bajo cualquier situación.</p> <p>Gravedad:</p> <p>*Leve: Evidencia de angustia leve en los síntomas en el Criterio A.</p> <p>*Moderado: Evidencia de angustia moderada en los síntomas en el Criterio A.</p> <p>*Grave: Evidencia de angustia severa o extrema en los síntomas del Criterio A</p>

Tabla 1. Desorden orgásmico femenino criterios diagnósticos según DSM V Fuente: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013; p. 453-460. Realizado por: Montenegro Sara y Ponce Francis.

<u>Dispareunia/ Desorden de la penetración</u>	
<p>A. Persistentes o dificultades recurrentes con una (o más) de las siguientes:</p> <p>a. Dificultad para la penetración vaginal durante el coito.</p> <p>b. Dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante el coito o intentos de penetración.</p> <p>c. Marcado miedo o ansiedad sobre el dolor vulvovaginal o pélvico de manera anticipada, durante, o como resultado de la penetración vaginal.</p> <p>d. Marcada tensión o endurecimiento de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.</p>	
<p>B. Los síntomas del criterio A han perdurado al menos por 6 meses</p> <p>C. Los síntomas del Criterio A</p>	<p>Especificar:</p> <p>*Permanente: La perturbación ha estado presente desde que el individuo inició actividad sexual.</p>

<p>provocan malestar clínicamente significativo en el individuo.</p> <p>D. La DSF no se explica por un desorden mental no sexual o como consecuencia de síndrome de stress post traumático u otros estresores, además no es atribuible a los efectos de una sustancia o medicación, así como no es debido a otra condición médica.</p>	<p>*Adquirida: El disturbio comenzó después de un período de la función sexual relativamente normal.</p> <p>*Generalizada: No se limita a ciertos tipos de estimulación, situaciones o compañeros.</p> <p>*Situacional: Sólo aparece con ciertos tipos de estimulación, situaciones o compañeros. Nunca ha tenido un orgasmo bajo cualquier situación.</p> <p>Gravedad:</p> <p>*Leve: Evidencia de angustia leve en los síntomas en el Criterio A.</p> <p>*Moderado: Evidencia de angustia moderada en los síntomas en el Criterio A.</p> <p>*Grave: Evidencia de angustia severa o extrema en los síntomas del Criterio A</p>
--	--

Tabla 2. Dispareunia criterios diagnósticos según DSM V Fuente: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013; p. 453-460. Realizado por: Montenegro Sara y Ponce Francis

<u>Trastorno de Excitación</u>	
<p>A. La falta de, o la reducción significativa, del interés sexual/excitación , tal como se manifiesta en al menos uno de los siguientes :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Reducción o ausencia del interés en la actividad sexual. b. Reducción o ausencia de pensamientos sexuales / eróticos o fantasías. c. No inicio de la actividad sexual o disminución de la misma, además por lo general poco receptivos a los intentos de la pareja. d. Reducción o ausencia de la excitación sexual / placer durante la actividad sexual en casi todos o todos (75% -100%) encuentros sexuales (en situaciones identificadas o, si se generaliza, en todos los contextos). e. Reducción o ausencia del interés sexual/excitación en respuesta a cualquier estímulo sexual interno o externo. f. Reducción o ausencia de sensaciones genitales durante la actividad sexual en casi todos o todos (75%-100%) encuentros sexuales (en situaciones identificadas o, si se generaliza, en todos los contextos). 	
<p>B. Los síntomas del criterio A han perdurado al menos por 6 meses</p> <p>C. Los síntomas del Criterio A provocan malestar clínicamente significativo en el individuo.</p> <p>D. La DSF no se explica por un desorden mental no sexual o como consecuencia de síndrome de stress post traumático u otros estresores, además no es</p>	<p>Especificar:</p> <p>*Permanente: La perturbación ha estado presente desde que el individuo inició actividad sexual.</p> <p>*Adquirida: El disturbio comenzó después de un período de la función sexual relativamente normal.</p> <p>*Generalizada: No se limita a ciertos tipos de estimulación, situaciones o compañeros.</p> <p>*Situacional: Sólo aparece con ciertos tipos de estimulación, situaciones o compañeros. Nunca ha tenido un orgasmo bajo cualquier situación.</p>

atribuible a los efectos de una sustancia o medicación, así como no es debido a otra condición médica.	Gravedad: *Leve: Evidencia de angustia leve en los síntomas en el Criterio A. *Moderado: Evidencia de angustia moderada en los síntomas en el Criterio A. *Grave: Evidencia de angustia severa o extrema en los síntomas del Criterio A
--	--

Tabla 3. Desorden de la excitación criterios diagnósticos según DSM V Fuente: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013; p. 453-460. Realizado por: Montenegro Sara y Ponce Francis

La disfunción sexual femenina afecta a aproximadamente 50 millones de mujeres en los Estados Unidos, esta estimación, no toma en cuenta que aquellas mujeres que buscan ayuda para este problema son menores de aquellas quienes realmente tienen disfunción sexual femenina, por lo que esta patología sigue siendo subestimada y subdiagnosticada, lo que prolonga el tiempo de abordaje y manejo.⁴⁷

RESPUESTA SEXUAL NORMAL

Dado a la alta variabilidad y diversa naturaleza de la respuesta sexual femenina, no es de extrañarse que existan diversos consensos acerca de la definición de “normal”. Múltiples definiciones se han propuesto, pero han fallado en describir las características de una “respuesta sexual normal”; de alguna manera se ha establecido como una respuesta normal en la mayoría de estudios: a la falta de descontento o insatisfacción en cualquier aspecto de la experiencia sexual, ya sea emocional, física o relacional.^{45, 49}

Diversos modelos prominentes del ciclo de la respuesta sexual femenina han sido sugeridos, sin embargo los estudios de Masters y Johnson publicados en 1966, a lo largo de doce años, determinaron que la respuesta sexual es un proceso que consta de un principio y un final. Para hombres y mujeres el esquema de la respuesta sexual es el

mismo: una vez que el deseo se ha despertado comienza la fase de excitación a la que le sigue la fase meseta hasta llegar al orgasmo y la resolución. Cuatro etapas que se diferencian entre los dos sexos por la reacción fisiológica de sus genitales.⁵²

Aunque estos autores describen la respuesta sexual humana en cuatro fases (excitación, meseta, orgasmo y resolución) otros autores como Helen S. Kaplan, añaden una primera fase previa a la excitación, la fase de deseo, mientras otros autores, asumen la no existencia de la fase de meseta planteada por Masters y Johnson, pasando de la excitación al orgasmo.⁵²

LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

Algunos de los cambios físicos en el orgasmo de la mujer son muy similares al del hombre, pero con procesos diferentes.⁵²

1) **Fase de excitación:** (a continuación de la activación del deseo) para la mujer comienza con la lubricación vaginal que puede aparecer entre los 10 y 30 segundos después de procesar los estímulos sexuales, otra característica de esta fase es el aumento del tamaño y longitud de la vagina y el endurecimiento de los pezones; los pechos se hinchan, los genitales al llenarse de sangre se vuelven de un tono más oscuro, el clítoris sale de su prepucio y se hace más grande (capacidad de erección). El cuerpo de la mujer se puede oscurecer levemente debido al aumento de la presión sanguínea.⁵¹

2) **Fase de meseta:** los rasgos previamente descritos se acentúan y el clítoris se esconde bajo el prepucio que lo protege, la vagina sigue segregando más líquido

lubricante y el útero se desplaza hacia arriba. La mujer comienza a sentir algunos espasmos, que se localizan por todo el cuerpo, genitales, en un pie o en el vientre. Los labios menores se engrosan y enrojecen.⁵¹

3) **Fase de orgasmo:** se caracteriza por las contracciones del útero y la vagina, pero para que fisiológicamente se produzca un orgasmo son necesarias las contracciones del músculo pubococcígeo, estas contracciones (variables como ocurre en el caso del hombre) se inician a un ritmo de 0,8 segundos para ir decreciendo paulatinamente. El músculo pubococcígeo es el que recibe directamente del cerebro la orden del orgasmo, una vez que se ha estimulado el clítoris, los labios y la abertura vaginal. El cuerpo también sufre modificaciones, se arquea y los músculos se tensan, además de producirse otras transformaciones a nivel cerebral y emocional.⁵¹

4) **Fase de resolución:** se caracteriza por el repliegue del útero que retorna a su posición de reposo, lo mismo que la vagina. Pero una de las grandes diferencias entre la respuesta sexual masculina y la femenina se produce en esta fase; mientras el hombre necesita de más tiempo para volver a tener otro orgasmo, en la mujer no ocurre esto, es decir, no hay periodo refractario. En este sentido, hablamos de la capacidad multiorgásmica de la mujer, esto ocurre siempre que la estimulación prosiga y sea adecuada para la mujer. Si esto no sucede, el ciclo terminará.⁵²

CEREBRO Y RESPUESTA SEXUAL

Todos los estímulos provenientes de los distintos sentidos van a impresionar el córtex y de ahí se pueden dirigir al sistema límbico para conectar con los afectos y emociones para pasar al hipotálamo, donde parece encontrarse el centro integrador de todas los

estímulos sexuales, responsable de las eferencias que vía haz medial anterocerebral y pedúnculo talámico inferior, provocan la respuesta genital. Al menos esto sucede en los animales, en humanos poco estudios se han realizado al respecto, exceptuando quizás los llevados a cabo con criminales sexuales en los años sesenta realizados por Dieckman y Hassler, 1975, en que se practicaron lesiones neuroquirúrgicas del área medial preóptica y núcleo ventromediano provocando disminución del deseo. No obstante, con las debidas precauciones, se puede considerar de bastante consistencia la idea de que el área pre óptica, la parte lateral del hipotálamo, el tegumento del mesencéfalo y el gyrus cingular, forman parte imprescindible de la mecánica sexual humana. De hecho, el 93% de mujeres con problemas a nivel hipotalámico e hipofisario manifiestan haber tenido problemas sexuales (Hulter y Lundberg, 1994).⁵³

RESPUESTA GENITAL

Los labios mayores suben y tienden a abrirse aplanándose, los labios menores aumentan de grosor y longitud alargando el canal vaginal hasta un centímetro; sin embargo, lo más destacable es el cambio de coloración que experimentan, pasando a un color rojo brillante (nulíparas) o rojo vinoso (multíparas). Este cambio de coloración se denomina “piel sexual” y si se alcanza en la fase de meseta es señal de que el orgasmo es inminente. Si el estímulo cesa, la coloración vuelve rápidamente al estado inicial. De la misma manera, en la fase de resolución se pierde el color en los 10 a 15 segundos siguientes al orgasmo.⁵³

En labios menores se encuentran las glándulas vulvovaginales de Bartholin, que al inicio de la excitación no presentan actividad secretoria pero que durante la fase de meseta segregan de una a tres gotas de líquido que puede servir para lubricar el

introito. Parece que una función más importante sería la de reducir la acidez vaginal para crear un ambiente menos hostil a los espermatozoides.²⁶ El clítoris con la excitación, aumenta de tamaño, ingurgitándose de forma paralela a los labios menores, no obstante es difícil apreciar esos cambios. Recientemente se ha logrado medir el flujo sanguíneo clitoriano por la presión ejercida en la vagina, habiéndose comprobado que presiones en el tercio externo de la vagina, comprendidas entre 20 y 160 mmHg incrementan el flujo de 4 a 11 veces sobre el estado de reposo en un intervalo de 0'1 a 9'5 segundos.⁵³

Al llegar a la fase de meseta, la contracción de los músculos isquiocavernosos provoca una retracción del clítoris que es máxima inmediatamente antes del orgasmo. En la fase de resolución, la retracción cede en cinco a diez segundos, aunque la tumefacción puede durar de 15 a 30 minutos después del orgasmo.⁵³

El clítoris ha sido el protagonista de la respuesta orgásmica, especialmente en la década de los 70, durante este tiempo, todos los investigadores, con Master y Johnson a la cabeza, basaban el orgasmo en la estimulación directa o indirecta del mismo; años más tarde, estudios sobre la sensibilidad vaginal y la aparición del punto G, volvieron a dar a la vagina un papel relevante en el proceso⁵³.

RESPUESTA VAGINAL

La vagina es una cavidad virtual que se encuentra cerrada por la acción del tono activo de la musculatura que la circunda y sólo se relaja para dejar salida libre a las secreciones menstruales;²⁸ está irrigada por muchos vasos y rodeada por un importante plexo venoso; ante un estímulo erótico eficaz, la concentración de sangre

alrededor de la vagina es de tal intensidad que se produce por el exceso de presión una trasudación. Por eso, pese a carecer de glándulas en sus paredes, entre 10 y 30 segundos después del estímulo aparece la trasudación y el suero se filtra por las paredes vaginales. El producto liberado, es rico en potasio y dobla los niveles plasmáticos de urea, los mismos que vuelven a estar por debajo de los plasmáticos en la fase de resolución, cuantitativamente, el flujo se ve disminuido en la fase de meseta y orgásmica.⁵³

Probablemente la intensidad del flujo sanguíneo vaginal, tenga que ver con la excitabilidad, así se encuentra una amplitud del pulso vaginal mayor en mujeres que refieren tener orgasmos frente a mujeres que no lo experimentan, la amplitud del pulso vaginal aumenta ante la visualización de películas eróticas y en la fase REM del sueño.⁵³

En estado de reposo, la mucosa vaginal se encuentra engrosada y discretamente plegada, pero ante la estimulación se estira permitiendo un adelgazamiento y alargamiento de la vagina; de la misma manera, los fondos de saco se dilatan pudiendo alcanzar un diámetro de 5'75 a 7'25 cm. Al mismo tiempo, el color rojo púrpura habitual, se va tornando más oscuro a medida que llega la fase de meseta, para volver al estado original en la fase de resolución pasados 10 a 15 minutos de la misma.⁵³

Si el estímulo erótico es adecuado y se alcanza la fase de meseta, la vasocongestión del tercio externo vaginal comporta una tumefacción del mismo que estrecha la luz del canal vaginal a su entrada, como queriendo abrazar la posible entrada del pene. A esta adaptación funcional se le denomina plataforma orgásmica, la misma que desaparece

de forma rápida tras el orgasmo, pero si este no se produce puede durar hasta 20 o 30 minutos.⁵³

La vagina cumple una misión de suma importancia desde la perspectiva del placer, ya que a nivel psicológico, la sensación de mezcla y fusión con el otro cuerpo genera afectivamente una suma de sensaciones positivas; de ahí, pese a que los distintos aparatos de medida detecten mayor intensidad en los orgasmos conseguidos por autoestimulación, los sujetos experimentales manifiestan mayor satisfacción cuando el orgasmo ha sido conseguido durante el coito.⁵³

RESPUESTA UTERINA

El útero, también sufre notables variaciones a lo largo del ciclo de respuesta sexual, de hecho, la respuesta uterina es muy importante para algunas mujeres, ante el proceso de excitación, el útero se eleva en la pelvis, alcanzando una elevación máxima en la fase de meseta. Una vez en fase de resolución el útero desciende rápidamente cayendo en el recipiente seminal formado por el fondo de saco posterior vaginal; no obstante, la aposición del cuello con la pared posterior no acontece hasta pasados 5 a 10 minutos.⁵³

El cuello uterino, no presenta ningún cambio a lo largo de la respuesta salvo una ligera dilatación, justo después del orgasmo, que puede acompañarse de la expulsión del tapón mucoso, para favorecer la reproducción. En este sentido parece que el orgasmo puede facilitar en alguna medida la fecundación, la mujer expulsa el 35% del esperma a la media hora de la inseminación, y si tiene un orgasmo, solamente expulsaría el 30%.⁵³

RESPUESTA PERIVAGINAL

Recto y ano también sufren cambios durante la respuesta sexual, la fase inicial de excitación va acompañada de una tensión muscular del esfínter anal y del elevador del ano, además de una mayor tensión en la región glútea; si la estimulación continúa hasta el orgasmo, se producen contracciones involuntarias anales. El meato urinario en algunas ocasiones sufre una distensión en el momento del orgasmo.⁵³

RESPUESTA MAMARIA

En la fase de excitación lo primero que ocurre es la erección del pezón que puede aumentar en longitud de 0.5mm a 1 cm; si el estímulo persiste, aumenta de tamaño la mama por acumulo de sangre, llegando a ocultar parte de la erección previamente conseguida, quedando manifiesta a nivel subcutáneo la red venosa mamaria. Durante el orgasmo no se visualizan cambios, volviendo la mama a su estado habitual de 5 a 10 minutos después del mismo.⁵³

RESPUESTA EXTRAGENITAL

En la piel se observan algunos cambios durante la respuesta sexual, Masters y Johnson pusieron de manifiesto un enrojecimiento de la misma durante la excitación sexual así como un aumento de la temperatura, este enrojecimiento se va concretando en la aparición de una erupción eritematosa de tipo maculo-papular que aparece en el epigastrio y se extiende luego hasta la mama. Con el orgasmo, esta erupción se podría extender hacia los muslos, región glútea y dorso. El enrojecimiento correlacionaría en intensidad con el orgasmo, desapareciendo bruscamente después del mismo en orden inverso.⁵³

Con la resolución aparece una sudoración profusa por toda la piel, cuya intensidad va en relación con la desplegada en el desempeño sexual y en correlación con el orgasmo; si el orgasmo no se produce no hay respuesta sudorífica salvo en las palmas y plantas.⁵³

Durante la práctica sexual se produce un aumento de la frecuencia respiratoria que alcanza un máximo durante el orgasmo donde se llegan a las 40 respiraciones por minuto, parece que el ritmo respiratorio aumenta en función de la intensidad orgásmica. El ritmo cardíaco que llega a alcanzar de 110 a 180 latidos por minuto. Además de la TA que también se ve aumentada de 30 a 80 mm Hg.⁵³

RESPUESTA ORGÁSMICA

Desde el punto de vista del placer, el orgasmo constituye el culmen de la respuesta sexual, y si el conjunto de estímulos que habían puesto en marcha la excitación persiste de forma adecuada, llegado un momento, en forma de descarga, el placer se incrementará de forma cuantitativa y cualitativa, dando comienzo una oleada de contracciones en el tercio externo de la vagina.²⁸

En el ámbito cerebral, en los estudios realizados por Heat en 1972, se comprobó con electroencefalografía, una especie de minicrisis epiléptica en septum, amígdala y núcleos tálamicos, durante el orgasmo femenino.⁵³

Una compleja estructura nerviosa interviene en el proceso: la sensibilidad del clítoris y capuchón es recogida por el nervio dorsal del clítoris, rama del pudendo interno con fibras desde los niveles S2, S3, S4. Este mismo nervio, recoge sensibilidad esteroceptiva de los tegumentos, propioceptivas de los cuerpos eréctiles clitorideos y es

motor para los músculos del periné. La inervación de los cuerpos eréctiles clitorideos parte de la zona anterior del plexo hipogástrico, donde se forma el nervio cavernoso que pasa por la cara lateral de la vejiga y atraviesa el elevador del ano penetrando por último en el clítoris.⁵³

El plexo hipogástrico está constituido por fibras procedentes de los niveles D10, D11, D12, L1, L2, y por fibras medulares sacras S2, S3 y S4. Desde el plexo mesentérico inferior provienen los dos nervios presacros que inervan la vejiga, estos nervios están relacionados con el orgasmo interviniendo poco en la retracción del clítoris. De los niveles sacros S2, S3, S4 surgen los nervios de Eckardt, clásicamente parasimpáticos, en los que últimamente se han descubierto fibras simpáticas procedentes de los niveles S3 y S4.⁵³

Estas estructuras permiten las contracciones orgásmicas y una lubricación refleja en la que intervienen los niveles medulares sacros, así como una lubricación psicógena producida fundamentalmente por niveles dorso-lumbares con eferencias centrales.⁵³

SEXUALIDAD EN ENFERMEDAD CRÓNICA

Efectos directos e indirectos de una enfermedad crónica sobre la salud sexual son frecuentes y complejos⁵⁰:

Mecanismos Directos.

Cambios en el deseo sexual debido a la enfermedad: típicamente reducido en la insuficiencia renal crónica por ejemplo por la hiperprolactinemia y anemia.⁵⁰

Interrupción de la respuesta genital en la enfermedad: como en la hipertensión, esclerosis múltiple y diabetes; en las mujeres la principal queja es la falta de lubricación vaginal reportada en un tercio de las pacientes, además que por la neuropatía diabética disminuye la capacidad del clítoris de responder a estímulos eróticos, por lo que estas necesitan de mayor estimulación para alcanzar el orgasmo.⁵⁰

Interrupción del deseo y respuesta sexual debido al dolor: el dolor de cualquier enfermedad crónica es un potente distractor sexual.⁵⁰

Mecanismos Indirectos.

Disminución del yo: se reduce por cirugías deformantes, fistulas, y alteración de la apariencia, en la insuficiencia renal crónica por pérdidas del tono muscular y cambios en la tonalidad de la piel.⁵⁰

Animo depresivo: la depresión y labilidad emocional usualmente acompañan a una enfermedad crónica.⁵⁰

Alteración de la movilidad: la disminución de la capacidad de movilizarse, abrazar, sostener a la pareja, así como de auto estimularse, o moverse a diversas posiciones durante el intercurso de una experiencia sexual.⁵⁰

Disminución de la energía: la fatiga puede aportar para la disfunción sexual femenina, sobretodo en el deseo.⁵⁰

Dificultades con la pareja: dificultades para encontrar una pareja, disfunción en la pareja quien se convierte en un cuidador, institucionalización, miedo de convertirse en carga, falta de independencia.⁵⁰

Miedo de empeorar su condición médica: evitar el sexo para prevenir recaídas, dolor, o daños a implantes, fistulas, etc.⁵⁰

DISFUNCION SEXUAL ASOCIADA CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La prevalencia de la disfunción sexual femenina es alta y la etiología es difícil de establecer debido a las comorbilidades comúnmente encontradas en la insuficiencia renal crónica, entre las que se listan: diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria, y depresión.⁵⁰

Las mujeres con insuficiencia renal crónica terminal se quejan frecuentemente de un descenso de la libido y una experiencia reducida para alcanzar el orgasmo, se alcanza una prevalencia de alrededor de 70% en este grupo de pacientes.

En las mujeres con insuficiencia renal crónica el principal factor alterado por la uremia son los ciclos anovulatorios, asociados a una ausencia de los efectos de la progesterona y una alteración para aumentar la temperatura basal corporal cuando la ovulación esta prevista. Esto se acompaña a la falta del pico pre ovulatorio de la LH y el aumento de estrógenos.⁸⁹

Las alteraciones endocrinas como el hipogonadismo urémico incluyen concentraciones elevadas de las gonadotropinas (LH y FSH) y una disminución del estradiol circulante. El aumento de la prolactina explicada a su vez como una alteración del eje hipotálamo hipófisis que a su vez es consecuencia del aumento desmedido de la prolactina que posteriormente se ve reflejada en la disfunción sexual y la galactorrea.⁸⁹ La menstruación en estas mujeres es variable apenas entre el 8% y 10%, sin mencionar que la concepción y el embarazo son poco probables.³

Disminución del deseo: está presente entre un 45-100% de pacientes urémicas y bajo hemodiálisis, además de en un 30-80% en pacientes post trasplantadas. El mecanismo fisiopatológico por el cual se manifiesta esta característica, es debido a la ausencia o disminución de LH, además de la anemia que se asocia a la fatiga, dolor crónico que ha sido reportado en 85% de pacientes.⁵⁰

Desorden orgásmico: reportado en un 21% en hemodiálisis, 17% en diálisis peritoneal, y 14% en pacientes post trasplantadas; lo que se explica a través de la neuropatía urémica, diabetes, anovulación: asociada a baja de testosterona.⁵⁰

Dispareunia: con prevalencia de 25% en pacientes en tratamiento con hemodiálisis y en un 20% en post trasplantadas, debido en parte a la atrofia vulvovaginal por la deficiencia de estrógenos tanto pre como postmenopausia, además también se reportan casos de menopausia temprana.⁵⁰

TRATAMIENTO

1. Terapia psicosexual individual y/o de pareja (TSI-TSP)

La terapia psicosexual cumple un rol importante, su objetivo principal es ayudar a la paciente y a la pareja a tener una vida sexual más placentera, no así, de centrar el éxito de la terapia en el cumplimiento de una conducta sexual, esto terminaría por generar más ansiedad y tensión en las pacientes.⁵⁴

2. Terapia psicotrópica

Debido a la asociación entre la disfunción sexual femenina y los trastornos psicoafectivos, ya sea como causa o efecto, se pueden usar drogas inhibitoras de la

recaptación de serotonina (IRSS), antidepresivos, bupropion, entre otros. Especialmente en disfunciones sexuales secundarias a estados depresivos, ansiosos, aversión sexual o fobias.

3. Tratamientos hormonales: Cabe recalcar que no hay tratamientos aprobados para la disfunción sexual femenina.

○ Terapia de reemplazo hormonal combinada:

- **Estrógenos con o sin progestágenos**
- **Estrógenos con o sin progestágenos más andrógenos**
- **Tibolona**

4. Terapia vasoactiva oral o tópica-EROS

○ Drogas vasoactivas (DVA): se encuentran en fase de investigación y su uso no está aprobado en mujeres.

○ EROS: para uso en pacientes con DSF de la excitación y el orgasmo. Se trata de un dispositivo de vacío que genera aumento de flujo sanguíneo hacia el clítoris.

CALIDAD DE VIDA

Conceptualmente la calidad de vida es un término multidimensional, que abarca lo físico, psíquico y socioambiental de un individuo. La Organización Mundial de la Salud la define como la percepción que tiene un individuo de su posición respecto a la vida dentro de un contexto cultural y de valores propios, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes.⁵⁵

Debido al progresivo aumento de la longevidad de la población a nivel mundial y al surgimiento de enfermedades crónicas, el sistema de salud se ve obligado a implementar y mejorar los procedimientos de atención al paciente crónico buscando objetivos claros en cuanto a su manejo integral, no únicamente teniendo como propósito prolongar su esperanza de vida, sino también mejorar su calidad de vida. Desde este punto de vista, parte el término de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS)⁵⁶, que incorpora básicamente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, empezando por desarrollar los instrumentos necesarios para que esta medida sea válida y confiable, además de que aporte una evidencia con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.⁵⁹

Podemos definir a la CVRS como la evaluación subjetiva de los dominios del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar.²¹ Podríamos señalar que otorga las apreciaciones que un paciente tiene acerca de las consecuencias de su enfermedad o tratamiento; se convierte en un

concepto unipersonal y determinado por múltiples situaciones y no siempre coincide con las estimaciones realizadas por el médico.⁵⁸

Dentro de las dimensiones de la calidad de vida podemos encontrar siete, sin embargo el número varía de un estudio a otro.⁶⁰ Las variables comprenden:

1. **Funcionamiento físico:** Grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escaleras, cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos.⁶⁰
2. **Funcionamiento emocional:** grado en que el sufrimiento psicológico, la falta de bienestar emocional, la ansiedad y la depresión interfieren en las actividades diarias.⁶⁰
3. **Funcionamiento social:** grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, con la familia, amigos y vecinos.⁶⁰
4. **Rol funcional:** grado en que la salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento y el tipo de actividades comunitarias.⁶⁰
5. **Funcionamiento cognitivo:** grado en que los problemas cognitivos interfieren en el trabajo o en las actividades diarias.⁶⁰
6. **Percepción de salud general y de bienestar:** valoración personal de la salud que incluye salud actual, perspectivas y resistencia a enfermar.⁶⁰
7. **Síntomas:** específicos de cada enfermedad.⁶⁰

Utilidad de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud

Al investigar la CVRS de un paciente se toma el reto de ir más allá de lo biológico, decidimos tomar el camino subjetivo, sin dejar el objetivo. Su medición involucra la rehabilitación del paciente a una calidad de vida óptima, siendo este uno de los

objetivos fundamentales del manejo integral de un paciente con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), una de las utilidades de medir la CVRS es el hecho de medir lo que pasa o siente el paciente, así como los parámetros bioquímicos y fisiológicos (ej. biometría hemática, hematocrito, entre otras) los que aportan la información suficiente para el personal de salud, sin embargo tienen un interés limitado para los pacientes y a menudo se correlacionan pobremente con su bienestar y su capacidad funcional.⁵⁷

Diversos estudios han señalado una estrecha relación entre la CVRS y la mortalidad de los pacientes con IRCT, por lo tanto una de las utilidades al medirla, es el valor predictivo independiente que nos presenta en cuanto a morbimortalidad.⁵⁷

Factores Asociados a la Calidad de Vida en la Enfermedad Renal Crónica

El tratamiento de insuficiencia renal para los pacientes es complejo, crónico e influye completamente sobre su estilo de vida. Los nuevos avances tecnológicos en cuanto al tratamiento sustitutivo de la enfermedad renal crónica han garantizado la supervivencia de los pacientes, lo que no se traduce necesariamente en un completo bienestar físico, emocional y social.⁶¹

Tanto la incertidumbre al futuro, desarrollo de la enfermedad, el cansancio y la falta de energía son los principales factores que alteran la calidad de vida de este grupo de pacientes.

La insuficiencia renal crónica afecta el estado físico, emocional, social, conyugal y económico (Fig. 8) de un paciente que al involucrarse en el tratamiento sustitutivo, se ve obligado a seguirlo estrictamente. Las múltiples canulaciones, el cambio casi radical

en su dieta, la restricción de líquidos, las jornadas largas y repetitivas, las técnicas dolorosas, la falta de esperanza de un posible trasplante y muchas veces los conflictos familiares que incluso pueden acabar en el abandono familiar, afectan al paciente provocando la falta de colaboración y una actitud negativa al proceso de diálisis.⁶¹

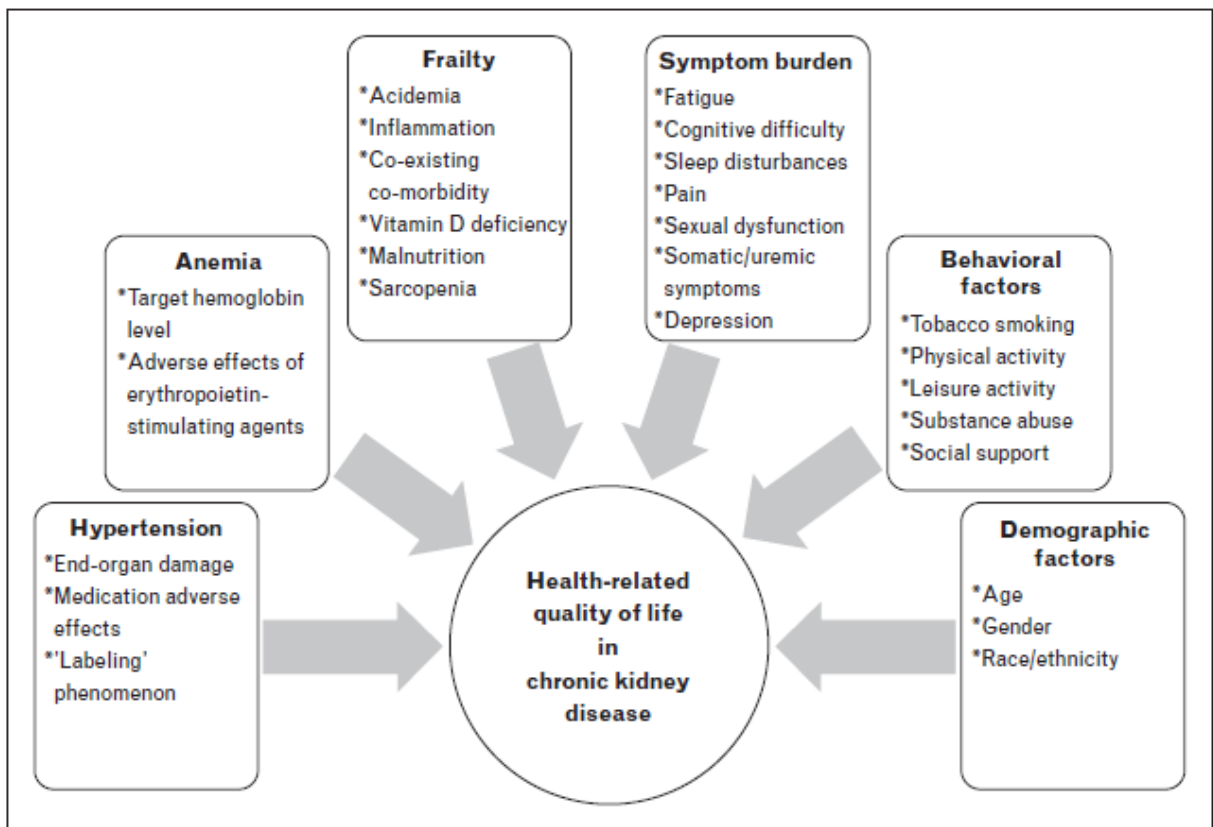


Figura 8. Factores asociados a la CVRS Tomado de: Ritu K.S , Steven D. W., Mark L.U., Health-related quality of life outcomes in chronic kidney disease, Current Opinion in Nephrology and Hypertension, 2010; 19:153–159

Factores Sociodemográficos

Edad

Se ha demostrado que la calidad de vida sobre todo las dimensiones físicas y de función empeoran con la edad,⁷⁵ las dimensiones emocionales y sociales al contrario, se ven afectadas en personas más jóvenes.⁶³

Nivel de estudios y situación socioeconómica

Estudios han demostrado que una mayor escolaridad y una mejor situación socioeconómica, tienen un efecto positivo sobre las dimensiones físicas y emocionales de la CVRS.⁶²

Sexo

Las mujeres son las pacientes con más deterioro de su calidad de vida, esto puede atribuirse a los casos de ansiedad y depresión, más frecuentes en este grupo.⁶³

Situación laboral

El porcentaje de pacientes en diálisis que trabajan es escaso, a pesar de que varios estudios demuestran que el trabajo activo supone mejores niveles de CVRS, debido a que los pacientes se ven obligados a dejar su trabajo en la mayoría de los casos causa problemas socioeconómicos, problemas familiares y empiezan a surgir sentimientos de culpa y ansiedad.⁶³ Este factor a su vez, depende de otros factores, como la edad, la escolaridad, el tipo de diálisis, el tratamiento con eritropoyetina, la situación funcional física, flexibilidad de horario para realizarse la diálisis, y las características del trabajo en sí. Los pacientes que trabajan necesitan mantener la mejor situación física posible, además de horarios de diálisis que no se interponga con su trabajo.⁵⁷

Apoyo familiar social

Estudios demuestran que las pacientes viudas, solteras o divorciadas perciben una calidad de vida más deteriorada, quienes se encuentran en diálisis se enfrentan a severas limitaciones y auto exigencias, lo que genera cambios en las relaciones

familiares, roles sociales, relaciones de pareja debido al deterioro de la respuesta sexual.⁶³

Factores Clínicos

Comorbilidades

La mayoría de estudios en los que se ha medido la severidad de las patologías asociadas, demuestran que estas influyen significativamente sobre la CVRS, principalmente en las dimensiones físicas y de función.⁵⁷ Los pacientes con anemia, diabetes y comorbilidades cardiovasculares tienen un mayor deterioro en la calidad de vida,⁶⁶ debido a que estas comorbilidades se presentan desde la etapa de pre-diálisis, es indispensable, su diagnóstico y tratamiento precoz con el fin de mejorar el estado de salud y la supervivencia.⁵⁷

La CVRS va disminuyendo conforme pasa el tiempo, siendo los predictores de esta declinación: la edad, las comorbilidades, los cambios en la hemoglobina y en los niveles de albumina.⁶⁶

Cuidados en la etapa de Pre-diálisis

Progresivamente han aparecido estudios que demuestran que una atención precoz y cuidadosa en esta etapa, así como la posibilidad de elección de la modalidad de diálisis, mejoran la supervivencia y su CVRS durante la etapa de diálisis.²¹ Este control precoz permite:

a) La corrección de diversas alteraciones físicas en los pacientes urémicos como la anemia, la osteodistrofia, hipertensión arterial, desnutrición entre otras, que determinan un claro impacto sobre su bienestar y supervivencia en el paso ulterior.⁵⁷

b) La adecuada información a los pacientes y sus familias de las diversas alternativas de tratamiento sustitutivo, facilitando elegir el método y preparación anticipada.⁵⁷

c) Educar a los pacientes y sus familias en autocuidado.⁵⁷

d) Promocionar conductas saludables como el ejercicio, eliminar hábitos perniciosos como el tabaco y una dieta desequilibrada.⁵⁷

e) Empezar por familiarizar al paciente con el tratamiento elegido y el personal que deberá atenderlo, esto disminuye el nivel de estrés y mejora su estado emocional, promoviendo una anticipada aceptación del tratamiento.⁵⁷

Cuidados en la etapa de Diálisis

La calidad de los cuidados que se administra a un paciente determina su bienestar, este efecto podría predecir de manera significativa e independiente el nivel de CVRS.⁵⁷

Las características de la diálisis y del tratamiento podrían influir en una adecuada adhesión por parte del paciente, se ha encontrado un gran porcentaje de pacientes con baja adhesión al tratamiento debido al régimen demandante que implica, las restricciones en la dieta y sobretodo en el consumo de líquidos, la toma de medicamentos a diario y las sesiones de diálisis de al menos tres veces por semana con un promedio de cuatro horas por sesión. Factores como la edad, el sexo, la cohesión familiar y el nivel sociocultural no determinan pero sí inciden en la adhesión al tratamiento. Los varones jóvenes con una cohesión familiar baja y un menor nivel sociocultural podrían adaptarse menos al tratamiento.⁶³

Recientemente se ha identificado que el incumplimiento del paciente como saltarse y acortar las sesiones de diálisis, se asocia con mayores tasas de mortalidad y de hospitalizaciones.⁶⁵

Anemia

La anemia es un factor de mortalidad en los pacientes con IRC, se disminuye el riesgo de muerte en el primer año de diálisis cuando la anemia es corregida con tratamiento de eritropoyetina. Puede causar alteraciones cardiovasculares, produce hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo. El riesgo de muerte disminuye con niveles de hematocrito superiores a 33%.⁶⁴

Todavía hay controversia al establecer un nivel de hemoglobina y hematocrito que contribuyan a mejorar la CVRS, algunos estudios sugieren que el nivel de hemoglobina estimado para llegar a la mejoría máxima de la CVRS, oscila entre 10g/dl -12g/dl, con una disminución de los efectos beneficiosos en los niveles superiores.⁶⁶ La anemia afecta a la esfera física, de vitalidad y de funcionalidad.⁶⁶

Hipertensión arterial

Los pacientes hipertensos han demostrado experimentar una reducción significativa en la CVRS en comparación con los pacientes normotensos. La hipertensión es tanto causa como complicación de la enfermedad renal crónica, y está bien establecida como factor de riesgo para la progresión de la misma. Además, la enfermedad renal crónica y la hipertensión son factores de riesgo independientes para enfermedad cardiovascular, siendo esta última reconocida como la principal contribuyente a la carga de morbilidad a nivel mundial.⁶⁶

Un estudio pequeño realizado por Cavalcante et al. (2007) reporta que las dimensiones de lo emocional y de la calidad de vida sexual se ven mayormente afectadas.⁶⁶

Las comorbilidades y complicaciones de la hipertensión arterial son los principales factores que alteran la CVRS, pues esta enfermedad no tiene manifestaciones en sus

estadios iniciales. Se ha visto sin embargo, que durante el manejo de la misma en ERC el mantener una presión diastólica normal o baja, está ligado a una mejor CVRS.⁶⁶

Síntomas Físicos "Residuales"

Podemos llamar residuales a los síntomas físicos que demuestran malestar de los pacientes que se realizan hemodiálisis, esto incluye la sed, el cansancio, dolores osteoarticulares e insomnio; siendo uno de los principales determinantes de la salud percibida por estos pacientes, afectando de manera significativa su calidad de vida relacionada con la salud.⁵⁷

Alteraciones emocionales

La carga de síntomas subjetivos afecta negativamente la calidad de vida relacionada con la salud, dentro de estos síntomas podemos encontrar fatiga, dificultades cognitivas, disfunción sexual, trastornos del sueño, dolor y depresión, la mayoría de estos se relacionan entre sí. Estudios han comprobado que esta carga de síntomas además de la prevalencia de depresión no varía de los pacientes con insuficiencia renal estadios 4 y 5, no difieren de los pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa terminal;⁶⁶ por lo tanto, los trastornos emocionales asociados a la carga sintomática de estos pacientes contribuyen a deteriorar significativamente su bienestar y además es por eso que esta esfera está incluida en las herramientas que nos ayudan a medir la CVRS.

Factores Asociados a la Calidad de Vida en la Disfunción Sexual Femenina

La disfunción sexual se compone tanto de factores fisiológicos como psicológicos y puede ser causa de alteraciones tanto clínicas como interpersonales significativas, que al ser multifactorial está asociada fuertemente con la calidad de vida.

Se ha demostrado que pacientes con una mayor satisfacción en cuanto a relaciones sexuales tienen una mejor salud en general.⁸⁹ De igual manera la calidad de vida y su afectación involucra pérdida de la función sexual con disminución del interés y la frecuencia de las relaciones sexuales.

Las limitaciones funcionales del tratamiento en hemodiálisis afectan de manera global a las actividades profesionales, sociales y sexuales de los pacientes y esto genera un conflicto personal afectando principalmente el autoestima, además del componente físico que se evidencia por el olor del aliento, el cambio de coloración de la piel, la fístula AV y las largas horas de diálisis que acaban agotando al paciente.

RESILIENCIA

Definición

"[...] y se la entiende como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas" (Edith Grotberg, 1998).⁶⁸

El vocablo resiliencia se origina en el término latín *resilo* que significa volver de atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El concepto físico del término lo define como las condiciones de un material que le permiten recobrar a su forma original luego de someterse a una presión deformadora.⁶⁷

Dentro del marco de investigaciones de epidemiología social se observó que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufrían enfermedades o padecimientos de algún tipo, sino que, por el contrario, había quienes superaban la situación y hasta surgían fortalecidos de ella. A este fenómeno se lo denomina en la actualidad resiliencia.⁶⁸

A través de los tiempos se ha tratado de definir a la resiliencia dentro del campo psicosocial sin embargo no se ha llegado a un acuerdo, la mayoría de investigadores coinciden en que implica un positivo y efectivo afrontamiento en respuesta a la adversidad. Bartelt 1996 considera que este concepto es difícil de especificar empíricamente y está relacionado al éxito o fracaso situacional. Una de las definiciones más acertadas es la Garmezy (1991) que la define como «la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante»;⁶⁹ Luthar (2003) la define como la manifestación positiva a pesar de las adversidades significativas en la vida;⁶⁷

finalmente en la revisión de Fergus y Zimmerman (2005) es un proceso de superación de los efectos negativos de una exposición al riesgo, un afrontamiento exitoso de experiencias traumáticas y un escape a los posibles caminos negativos asociados al riesgo.⁶⁷

El concepto de resiliencia no implica tanto una invulnerabilidad al estrés sino la habilidad de recuperarse de eventos negativos.⁶⁷ Actualmente es vista como un constructo multidimensional que en la práctica es un conjunto de cualidades del comportamiento psicosocial que permiten que un individuo prospere a pesar de los acontecimientos estresantes.⁷¹

Desde finales del siglo XX se ha venido estudiando la resiliencia tanto en la infancia como en la adolescencia, sin embargo en esta última década se ha dado un progresivo aumento de estos estudios en la población adulta en diferentes temáticas que van desde el maltrato y pobreza extrema hasta cuidadores de enfermos crónicos y adultos mayores.⁷⁰

Características

Dentro de las investigaciones realizadas se ha venido estudiando a la resiliencia en adultos como un proceso adaptativo dependiente de la dinámica de diversos factores de riesgo y factores protectores.⁷⁰

Dentro de los factores de Riesgo podemos mencionar:

1. Biológicos (bioquímicos y fisiológicos): la presión arterial (diastólica >90mmHg y sistólica >140mmHg), niveles de colesterol (>240mg), glucosa (>124 mg), índice de

masa corporal (IMC) (>25Kg/m²), factores genéticos asociados con la ansiedad, alta reacción de la proteína C o de otras elevaciones en los procesos inflamatorios.

2. Individuales: antecedentes de enfermedad mental, depresión y desesperanza y lesión cerebral traumática.
3. Interpersonales/familiares: entre los cuales podemos hacer referencia a la historia de trauma infantil, historia de abuso en edad adulta o a los expuestos a un estrés crónico de tipo social.
4. Social comunitario/organizacional: presencia de amenazas o peligros para el medio ambiente, las tasas de criminalidad y el estrés laboral.

Por otro lado investigaciones destacan características psicobiológicas y de genética molecular de las personas resilientes, tomando en cuenta esto, podemos considerar dentro del marco protector⁷⁰:

1. Emociones positivas como optimismo y sentido del humor (heredado y aprendido), que a nivel neurobiológico posibilitan la disminución de la actividad autonómica y permiten el fortalecimiento de los circuitos de recompensa (áreas del SNC encargadas de sensaciones de placer, bienestar y satisfacción).⁷⁰
2. Afrontamiento activo frente a la búsqueda de soluciones y el control emocional: este parámetro es aprendido y se explica porque a nivel neurobiológico se previene el condicionamiento del miedo y la desesperanza aprendida, y se promueve la extinción del miedo y la inoculación del estrés.⁷⁰
3. Flexibilidad cognitiva y aceptación: La primera es la interpretación positiva ante eventos adversos, encontrando un significado y oportunidad; la aceptación se basa en el reconocimiento de situaciones estresantes incontrolables, la

reevaluación de las mismas a la luz de la información, el cambio de expectativas de las consecuencias y el control de resultados de manera realista de manera que se pueda focalizar en los aspectos controlables del estresor. La aceptación se ha relacionado con la salud física y bajos niveles de ansiedad y estrés que, a nivel neurobiológico, activa la memoria y fortalece el control cognitivo emocional.⁷⁰

4. Límites morales: se considera la adherencia a una guía de principios y al altruismo, estas acciones aumentan el bienestar personal. A nivel neurobiológico, las experiencias de fe, moral, espiritual-religiosas y altruistas aumentan el sistema de funcionamiento de la serotonina, promoviendo la resiliencia y protegiendo a la persona de desarrollar enfermedades mentales postraumáticas.⁷⁰
5. El ejercicio físico: tiene efectos benéficos al mejorar el estado de ánimo y disminuir los niveles de depresión, sobre todo en mujeres, mejora el autoestima y las funciones cognitivas como memoria y aprendizaje. Además, promueve la neurogénesis, mejora la cognición, atenúa la reacción al estrés del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), incrementa la liberación de endorfinas e acrecienta los niveles en plasma de monoaminos y triptófano (precursor de serotonina), ayudando así, en la regulación de las emociones y a su vez estimulando al sistema inmune.⁷⁸
6. Apoyo social: siendo uno de los recursos más importantes en la promoción de resiliencia, esta característica promueve una red de seguridad frente acontecimientos vitales estresantes, disminuye comportamientos de alto riesgo, percepciones negativas de amenazas, discapacidad funcional, además contrarresta sentimientos de soledad, fomenta el afrontamiento adaptativo e incrementa el sentido de autoeficacia y adherencia a los tratamientos en caso de enfermedad. A

nivel de los mecanismos neurobiológicos, la oxitocina participa en la mediación del apego social y los lazos afectivos, favoreciendo el apoyo social, disminuyendo los niveles ansiolíticos y reduciendo las respuestas negativas al miedo;³⁰ además podría añadirse una visión social-comunitaria/organizacional, que sugiere la participación en actividades de preservación del medio ambiente, como el voluntariado y la satisfacción de la vida laboral.⁷⁷

FACTORES RESILIENTES:

Se afirma que las personas resilientes tienen una forma particular de expresarse en los momentos de adversidad, que se puede clasificar en cuatro categorías:

Las expresiones que tienen que ver con el apoyo que la persona cree que puede recibir expresan perspicacia e interrelación y le permiten afirmar⁷⁴:

YO TENGO

- Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder
- Personas quienes quieren que aprenda a desenvolverme sólo
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender

YO SOY

- Una persona por las que otros sienten aprecio y cariño

-Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto

- Respetuoso de mí mismo y del prójimo

YO ESTOY

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos

- Seguro de que todo saldrá bien

YO PUEDO

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan

- Buscar la manera de resolver los problemas

- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien

- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar

- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito

PILARES DE LA RESILIENCIA

Los atributos que aparecen con frecuencia en seres humanos considerados resilientes se han denominado como pilares de la resiliencia⁷², a partir de esta constatación se trató de buscar los factores que resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados. Así se describieron los siguientes⁷³:

-Introspección: es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.⁷²

-Independencia: el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.⁷²

-Capacidad de relacionarse: la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.⁷²

-Iniciativa: el gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

-Humor: encontrar lo cómico en la propia tragedia.⁷²

-Creatividad: la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.⁷²

-Moralidad: entendida como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.⁷²

-Autoestima consistente: es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo.⁷³

-Capacidad de pensamiento crítico: es un pilar de segundo grado, fruto de la combinación de todos los otros, que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta.⁷³

RESILIENCIAS RELACIONALES:

Familiar y grupal:

A partir de los trabajos de Walsh, se propone una concepción sistémica de la resiliencia, enmarcada en un contexto ecológico y evolutivo, y presenta el concepto de resiliencia familiar atendiendo a los procesos interactivos que fortalecen con el transcurso del tiempo tanto al individuo como a la familia, la resiliencia relacional puede seguir muchos caminos, variando a fin de amoldarse a las diversas formas, recursos y limitaciones de las familias y grupos y a los desafíos psicosociales que se les plantean.⁷⁵ En este sentido se pueden señalar: reconocer los problemas, limitaciones a enfrentarlos, comunicarlos abierta claramente, registrar los recursos personales y colectivos existentes, organizar y reorganizar las estrategias y metodologías tantas veces como sea necesario, revisando y evaluando tanto logros como pérdidas.⁷⁵

En síntesis, los elementos básicos de la resiliencia familiar serían: cohesión, que no descarte la flexibilidad; comunicación franca entre los miembros de la familia; reafirmación de un sistema de creencias comunes, y resolución de problemas a partir de las anteriores premisas.⁷⁵

Resiliencia comunitaria:

Es una concepción latinoamericana desarrollada teóricamente por Suárez Ojeda, a partir de observar que cada desastre o calamidad que sufre una comunidad, que produce dolor, pérdida de vidas y recursos, muchas veces genera un efecto movilizador de las capacidades solidarias que permiten reparar los daños y seguir adelante. Eso permitió establecer los pilares de la resiliencia comunitaria: autoestima colectiva que involucra la satisfacción por la pertenencia a la propia comunidad,

identidad cultural constituida por el proceso interactivo que a lo largo del desarrollo implica la incorporación de: costumbres, valores, giros idiomáticos, danzas, canciones, etcétera, proporcionando la sensación de pertenencia, humor social consistente en la capacidad de encontrar la comedia en la propia tragedia para poder superarla, honestidad estatal como contrapartida de la corrupción que desgasta los vínculos sociales, solidaridad fruto de un lazo social sólido que resume los otros pilares.⁷⁶

CAPITULO III

Metodología

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La insuficiencia renal es un problema de salud pública, que ha incrementado su incidencia en los últimos años, los insuficientes renales son un grupo de personas que están expuestos a niveles elevados de estrés tanto físico, psicológico y social.

Son un grupo social dependiente de máquinas de diálisis para poder prolongar su tiempo de vida, lo que reduce de manera notable su vitalidad, repercutiendo no solo en su actividad física, sino también en la función sexual.

La disfunción sexual en nuestro país ha sido infravalorada debido a los estigmas sociales y culturales que se ocultan detrás de la sexualidad, sobre todo en las mujeres quienes debido a estatutos socio-culturales han sido relegadas en el tema sexual, invalidando el concepto de disfrute, y llevándola a ser un mero individuo de reproducción.

Sin embargo, las estadísticas a nivel mundial reflejan que dentro los insuficientes renales es uno de los problemas con mayor prevalencia, y que además acarrea alteraciones psicológicas, sociales, conyugales y familiares, pudiendo alterar la resiliencia de cada individuo

La función sexual repercute tanto a nivel individual como colectivo, pues proporciona una buena autoestima y autopercepción, lo que involucra una mejor calidad de vida.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto de la insuficiencia renal crónica tratada con hemodiálisis sobre la funcionalidad sexual femenina, el impacto de ésta sobre su calidad de vida, y la resiliencia de las pacientes, en las clínicas de diálisis Clindef Norte, INSNEP y Nefrology en el período comprendido entre noviembre 2013-febrero 2014?

OBJETIVOS

Objetivo General

Relacionar y explorar la función sexual femenina, calidad de vida y resiliencia en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis.

Objetivos Específicos

- a) Identificar el impacto de la hemodiálisis en la función sexual femenina
- b) Determinar el impacto de la función sexual femenina sobre la calidad de vida de las pacientes.
- c) Distinguir que factores socioculturales y conyugales tienen mayor nivel de asociación para la presentación disfunción sexual femenina.
- d) Relacionar que dimensión de la calidad de vida se ve afectada por la función sexual femenina.
- e) Discriminar el grado de resiliencia de las pacientes frente a la insuficiencia renal crónica, el tratamiento con la hemodiálisis, la funcionalidad sexual y calidad de vida

HIPÓTESIS

Las pacientes femeninas con insuficiencia renal crónica terminal que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis presentan un deterioro en su función sexual, lo que influye negativamente sobre su calidad de vida y resiliencia.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de la presente investigación está constituido por pacientes femeninas con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal, que se encuentren en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en tres clínicas nefrológicas de la ciudad de Quito, el Centro Clínico Nefrológico CLINEF Norte, Centro de Diálisis NEFROLOGY y el Instituto de Nefrología Pichincha INSNEP.

La elección de la muestra se realizó por muestreo aleatorio simple mediante la siguiente fórmula:

$$n = z^2 * p(1-p) / e^2$$

$$n = 1.96^2 * 0.4(1-0.4) / 0.05^2$$

$$n = 3.82 * 0.24 / 0.0025$$

$$n = 366$$

En donde

n = tamaño de la muestra

p = proporción de la variable bajo estudio, tomando en cuenta que la prevalencia de disfunción sexual femenina es cercana al 40% según estadísticas globales y latinoamericanas.⁸⁰

e = límite de error (0.05 a 0.01 para estudios con pacientes)

La muestra de este estudio es representativa y serán elegidas todas las mujeres con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis, luego de cumplir los criterios de inclusión, es decir que todos los sujetos que constituyen el universo tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos. Al no poder contar con la cantidad de pacientes requeridas mediante el cálculo de muestra, debido a su gran número, las investigadoras decidieron que para constituir la muestra del estudio, se tomará la misma mediante la técnica de saturación, llegando a un número de 149 encuestadas habiendo descartado a 45 pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión se realizará el análisis estadístico con 104 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión:

- Pacientes femeninas con IRCT sometidas a tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, usuarias de los centros de diálisis: Centro Clínico Nefrológico Clindef Norte, Instituto de Nefrología Pichincha INSNEP y Centro de Diálisis Nefrology.
- Pacientes con un adecuado estado mental.
- Pacientes que aceptan su participación al estudio con la firma de consentimiento informado.
- Pacientes sexualmente activas

Criterios de Exclusión

- Pacientes masculinos con IRCT en tratamiento con hemodiálisis.

- Pacientes con IRCT en tratamiento con HD que al momento de la encuesta presenten estado agudo grave de su comorbilidad.
- Pacientes con trastorno psíquico, retraso mental o cualquier alteración psíquica u orgánica que afectara el juicio o contacto con la realidad.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

Instrumentos de recolección de información

La información del estudio será recolectada mediante: cuestionario general de datos sobre la paciente (Anexo 2), con el cual se obtendrá referencias sobre las variables a medir en el estudio.

Procedimientos de intervención

Se utilizarán 4 cuestionarios, los mismos que son auto reportes, tomados en un solo tiempo, en primer lugar un cuestionario general de datos, después el cuestionario de función sexual femenina, a continuación las láminas de Coop Wonka y finalmente el cuestionario de resiliencia.

Instrumentos:

Cuestionario de disfunción sexual femenina FSFI-6 (ANEXO 3):

El FSFI-6 es un cuestionario que ha sido creado a partir de las preguntas del FSFI, el mismo que fue desarrollado y validado en el 2000 por Rosen et al, a la luz de las recomendaciones del grupo de expertos que se reunió en los EEUU (19 expertos de 5 países) para desarrollar un nuevo sistema de clasificación, que pueda ser aplicado a todas las formas de disfunción sexual femenina con independencia de su etiología⁹

El FSFI – 6, es una herramienta que fue creada a partir de la necesidad de optimizar el tiempo dentro de la consulta no especializada, para identificar problemas en la función sexual femenina. El FSIF-6 se basó tomando las 6 preguntas más representativas a partir del FSFI de 19 preguntas, las mismas que han sido validadas y se encuentran en el contexto de la definición de Disfunción Sexual Femenina dada por el DSM IV

El estudio que validó el FSFI-6 se realizó en 160 mujeres, con una reproducibilidad satisfactoria, además se observó que el número de preguntas del cuestionario ofrece una buena media de tiempo 1.5 minutos vs el FSFI que toma 13 minutos aproximadamente, lo que hace que esta herramienta sea adecuada de manejar a todo nivel de atención de salud.

El análisis del ROC muestra que el FSFI-6 tiene una excelente agudeza para determinar alteraciones de la función sexual, con una sensibilidad y especificidad mayores al 94 % ($P < 0.001$), además de VPP y VPN elevados con el corte de 19 puntos, eliminando el riesgo de subdiagnóstico y desperdicio de tiempo en procedimientos adicionales.

INTERPRETACIÓN

Se trata de un cuestionario breve, sencillo y fácil de aplicar, el mismo que ha demostrado su fiabilidad y capacidad para discriminar entre poblaciones enfermas y sanas, por lo que podría ser utilizado como instrumento de screening. La puntuación total del test oscila entre 2 y 30 ⁸¹, tomando como punto de corte 19, siendo una puntuación por bajo del punto de corte manifestación del disfunción sexual.

Cuestionario de láminas COOP-WONCA (ANEXO 4):

Las láminas COOP fueron diseñadas originalmente por un grupo de médicos investigadores de atención primaria en Estados Unidos: The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project), Hanover, New Hampshire,

denominaron al nuevo instrumento *COOP charts*, por *Cooperative* y porque además la escala mostraba una serie de dibujos para ilustrar cada una de las posibles opciones de respuesta.

El cuestionario constaba de 9 escalas de un único ítem; cada ítem intenta medir una dimensión de la calidad de vida. Cada lámina consta de un título, una cuestión referida al estado del paciente en las últimas 4 semanas y 5 alternativas de respuesta. Cada opción está ilustrada por un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de 5 puntos; las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento.⁸²

En 1988, basándose en la naturaleza del instrumento y los datos psicométricos publicados, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) seleccionó este cuestionario como el más apropiado para llevar a cabo un sistema de medición del estado funcional en el ámbito internacional. Se decidió revisar las láminas COOP ampliamente: se eliminaron las correspondientes al apoyo social y la calidad de vida y se dejó la escala de dolor como opcional. El tiempo de referencia de las cuestiones se redujo de 4 a 2 semanas. El nuevo instrumento se denominó *COOP/WONCA charts* para diferenciarlo de las originales *COOP charts*. Los títulos de las láminas y las preguntas se modificaron y los dibujos se simplificaron al máximo.⁸²

Así, de esta forma sustancialmente revisada, las *COOP/WONCA charts* constituyen un nuevo instrumento de medida. Cada lámina contiene un ítem que se refiere al estado funcional del paciente durante las dos últimas semanas; cada ítem cubre supuestamente una dimensión de la calidad de vida. Las láminas han de presentarse siempre en el mismo orden: forma física, sentimientos, actividades cotidianas,

actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor (opcional). En cada lámina hay una viñeta con 5 dibujos que ilustran cada una de las posibles categorías de respuesta unipolar para cada ítem; cada uno de los dibujos lleva en el margen derecho un número, del 1 al 5. Las puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional de la dimensión evaluada. La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa del estado funcional en la dimensión estudiada.¹⁶

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA (ANEXO 5):

Es un instrumento realizado en 2010 por M. Martínez, en una población de 140 pacientes, mediante encuestas directas, además se realizó el análisis factorial para averiguar cuál es el número de factores adecuados en relación a los ítems. Antes de realizar los estadísticos pertinentes se han desinvertido todos los ítems inversos que son: 2, 3, 6, 13, 20, 24, 27, 30, 32 y 34 para que correspondan con la escala de valores, siendo 1 la puntuación dada para al mayor grado de resiliencia posible y 5 para el menor grado posible. El Alfa de Cronbach adecuado, de 0,845 y un cuestionario con 28 ítems fiables para medir el constructo resiliencia; los mismos que se agrupan en cinco factores sensibilidad, superación, positivismo, pensamiento estereotipado y tolerancia a la frustración.⁸³ Se interpreta de la misma manera evaluando componente por componente de la resiliencia, evaluada con la escala anteriormente mencionada.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Se realizará un análisis de correlación y significancia, para evaluar la relación de cada variable con la funcionalidad sexual femenina, la calidad de vida y la resiliencia en pacientes con ERCT en tratamiento con Hemodiálisis.

Se utilizará el programa estadístico SPSS 22 ya que es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio cumple con las normas éticas para la investigación encontrándose el respeto de la confidencialidad de las personas que nos ayudarán a realizar esta investigación. Previa aplicación de los instrumentos, las pacientes encuestadas serán informadas sobre los objetivos de la investigación, la confidencialidad de los datos y en caso de participar se requerirá consentimiento informado firmado.

CAPITULO IV

RESULTADOS

1.) ANÁLISIS UNIVARIAL

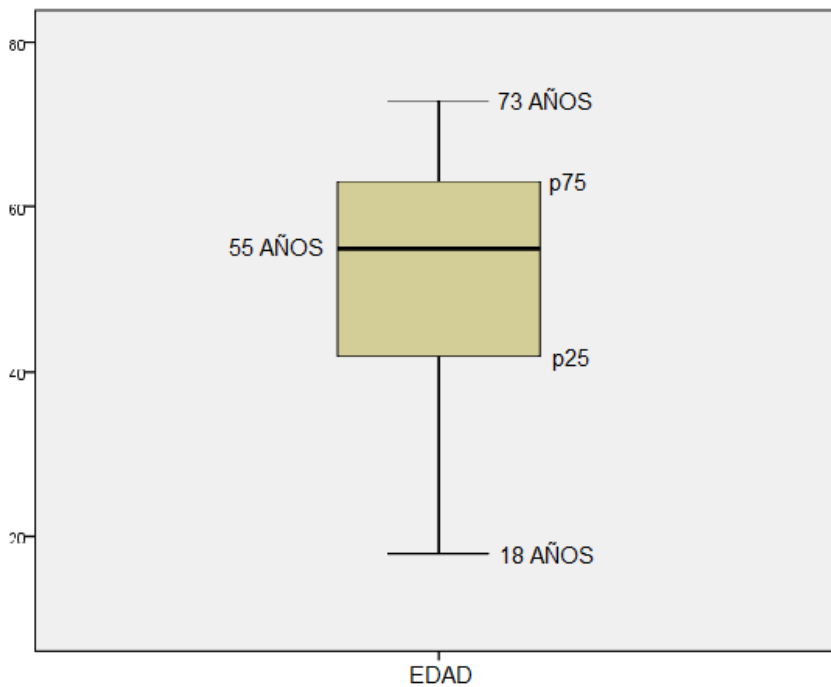
Se estudiaron 104 pacientes sometidas a terapia sustitutiva renal con hemodiálisis en las clínicas nefrológicas CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, localizadas en la ciudad de Quito - Ecuador, durante el período Febrero- Marzo del año 2014. Todas las participantes en el estudio fueron encuestadas, completando cuatro cuestionarios: datos sociodemográficos, índice de función sexual femenina de FSFI-6, láminas de COOP-WONKA para medir la calidad de vida relacionada con la salud, y el cuestionario de resiliencia; con el fin de determinar la existencia o no de disfunción sexual femenina, y su impacto en la calidad de vida y resiliencia.

- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD

La edad de las pacientes estudiadas se encontró entre un mínimo de 18 años y un máximo de 73 años, con una mediana de 55 años (Gráfico 1), siendo las participantes pertenecientes al grupo de adultas jóvenes y maduras.

Gráfico 1. Datos descriptivos de edad en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

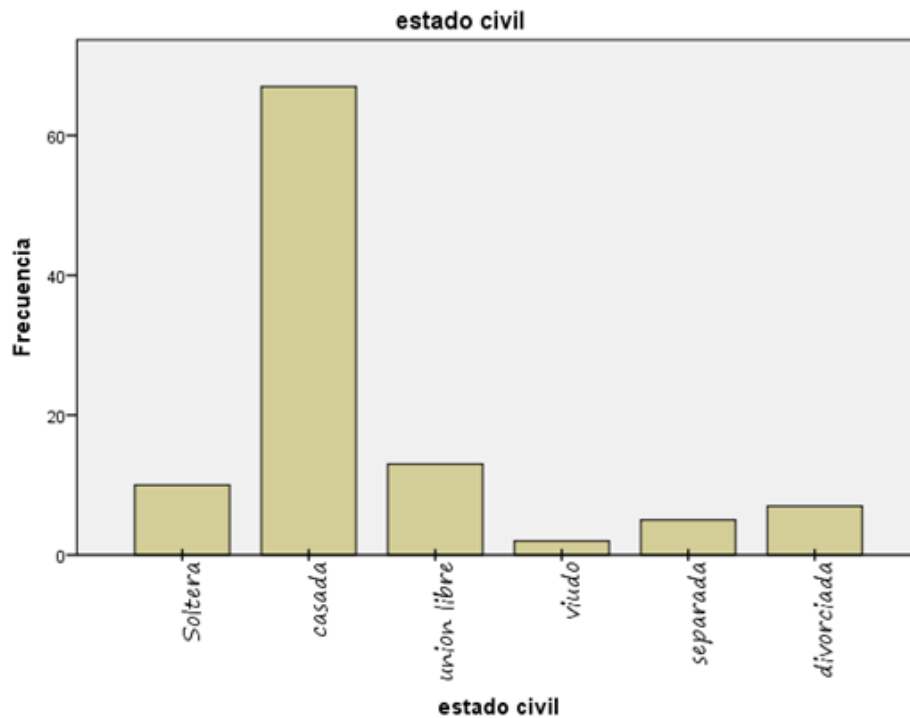


Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

ESTADO CIVIL

El estado civil de las pacientes sometidas a hemodiálisis, en su gran mayoría correspondió a mujeres casadas (Gráfico 2), seguida por unión libre, sumando estas dos un porcentaje acumulado de 76,92% de las participantes, correspondiendo el grupo con pareja estable el dominante en este estudio.

Gráfico 2. Datos descriptivos de estado civil en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

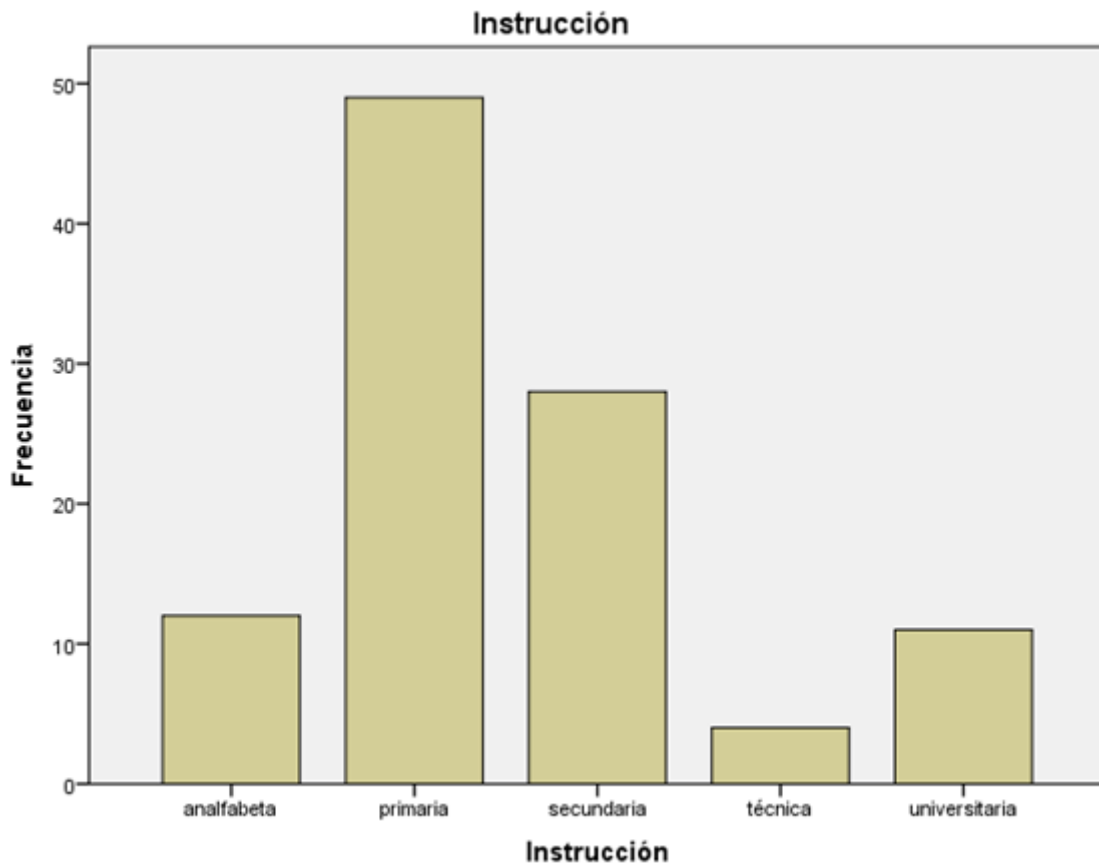


Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

INSTRUCCIÓN

Con respecto a la instrucción en las participantes de este estudio se encontró, que la mayoría de pacientes presentan un nivel primario de educación, que sumado al analfabetismo representan el 58,7% de pacientes, además se puede observar que solo el 10.6% de pacientes han accedido a educación superior (Gráfico 3), pudimos detectar que nuestra población en su mayoría se clasifica dentro del grupo de baja escolaridad.

Gráfico 3. Datos descriptivos de instrucción en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

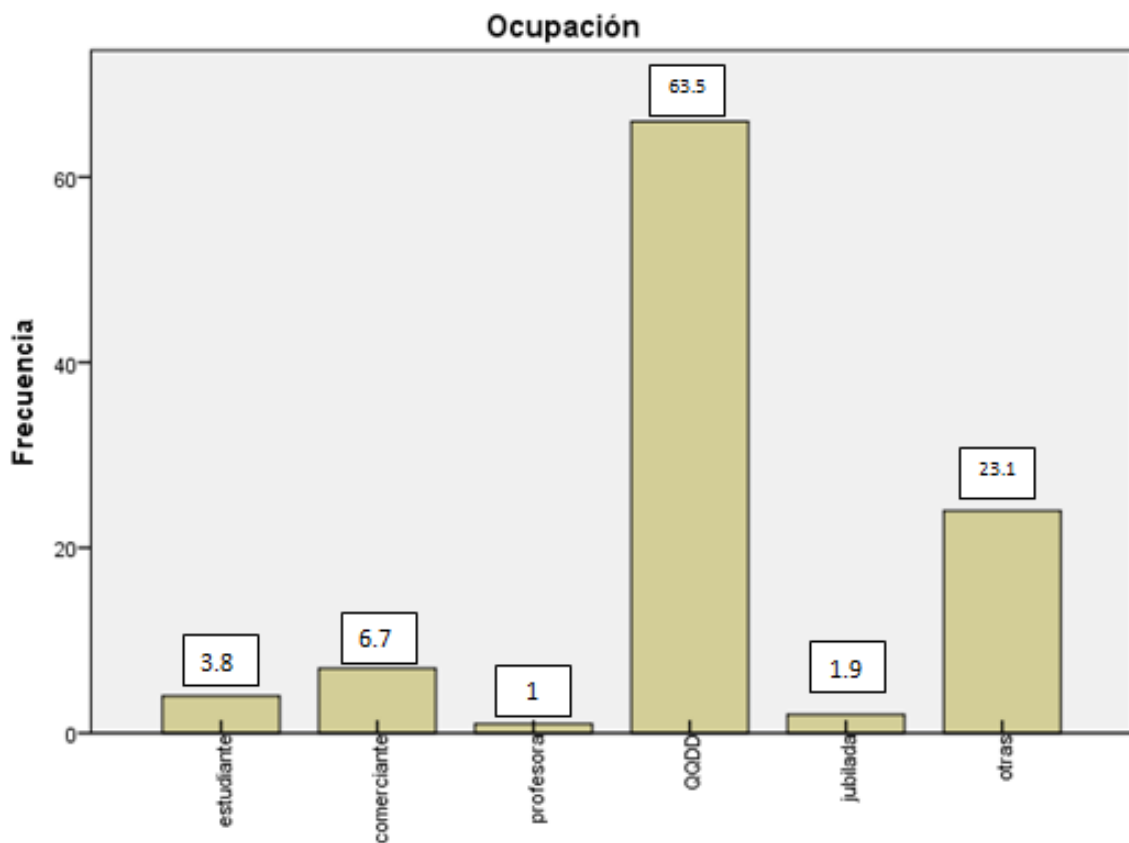


Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

OCUPACIÓN

En relación a la ocupación, el 63.5% (Gráfico 4) de las pacientes realizan QQDD, como su actividad cotidiana y fuente de ingresos, el 25.1% de pacientes se dedican a otras actividades, seguidas por las comerciantes, y las estudiantes, siendo un pequeño porcentaje pacientes jubiladas 1,9%. Infiriendo que las pacientes que participaron de este estudio son dependientes económicamente de terceros.

Gráfico 4. Datos descriptivos de ocupación en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

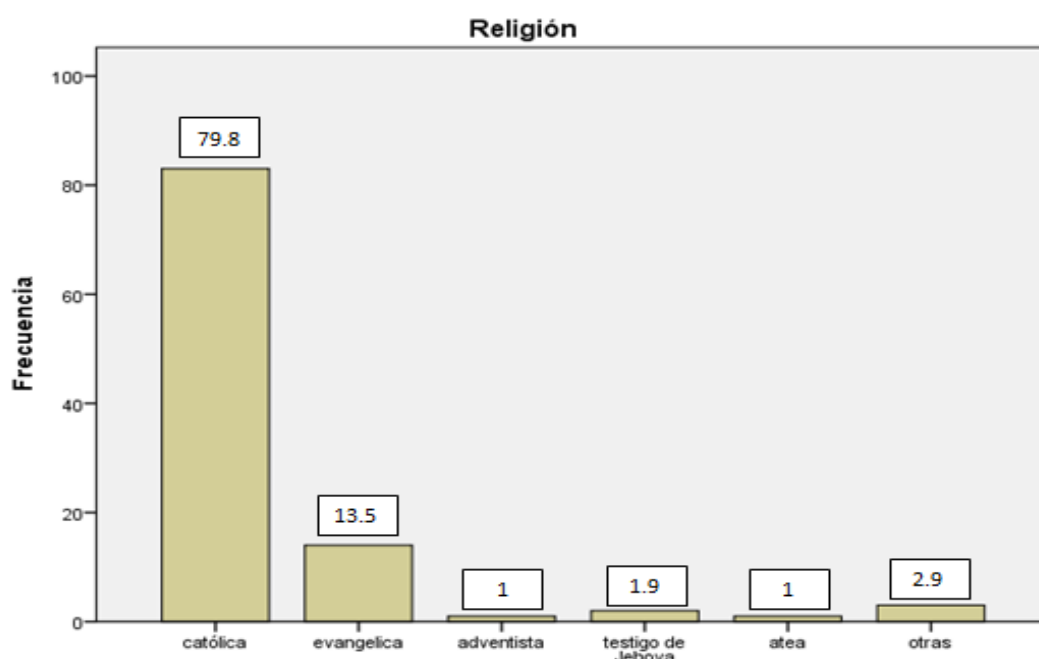


Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RELIGIÓN

La religión que dominó en las participantes del estudio es la católica con el 79,8% (Gráfico 5), además al revisar el porcentaje acumulado, se cuentan como creyentes al 96,1% de las encuestadas, dejando a las no creyentes representadas por el 3,9%, lo que es concordante con la realidad nacional.

Gráfico 5. Datos descriptivos de religión en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014



Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

MENOPAUSIA

Los datos de la población encuestada revelaron que el 60,6% (Tabla 4) de las pacientes han terminado su etapa fértil reproductiva, manteniendo el ciclo sexual mensual el resto de la población.

Tabla 4. Frecuencia de menopausia en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

		Menopausia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	63	60,6	60,6	60,6
	NO	41	39,4	39,4	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

COMORBILIDAD

En torno a la comorbilidad se encontró que solamente el 16,3% (Tabla 5) no padecen comorbilidades, mientras que el 83,6% de participantes adolecen de otras patologías, lo que implica mayor cuidado por parte de la paciente y sus familiares además de generar en ellas conciencia de sus enfermedades y autocuidado.

Tabla 5. Frecuencia de comorbilidades en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

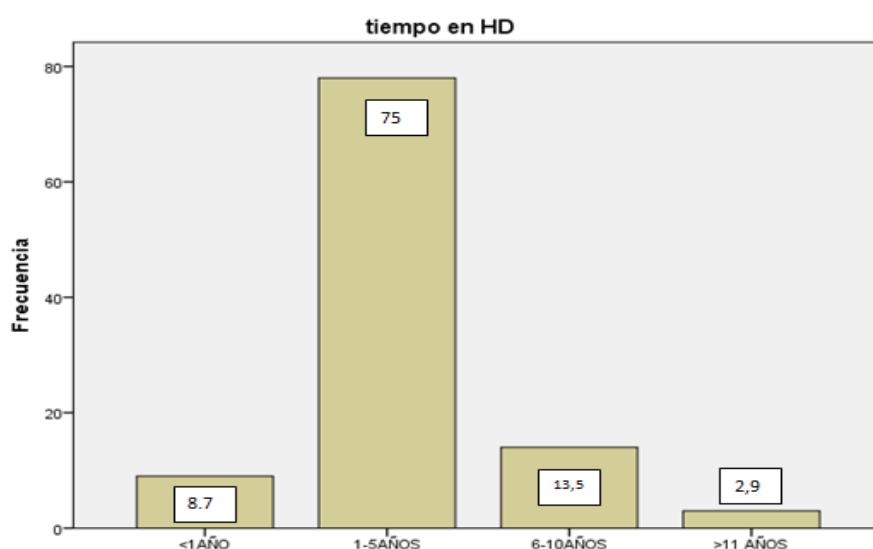
		Comorbilidad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNA	17	16,3	16,3	16,3
	UNA	49	47,1	47,1	63,5
	2 O MAS	38	36,5	36,5	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

TIEMPO EN HEMODIÁLISIS

El tiempo en hemodiálisis predominante fue de 1 a 5 años (Gráfico 6), mientras que apenas el 2,9 % de encuestadas se encontraba por más de 10 años en hemodiálisis, mostrando concordancia con las estadísticas de supervivencia.

Gráfico 6. Tiempo en hemodiálisis en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014



Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Con relación a disfunción sexual femenina se observó que en la población encuestada el 40,4% (Tabla 6) de pacientes padecen de esta patología, habiendo puntuado menos de 19 puntos en el test de FSFI-6, siendo la mayoría 59,6% de pacientes sanas en cuanto a su función sexual. En el siguiente capítulo se discutirá las posibles causas de este resultado.

Tabla 6. Disfunción sexual femenina en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

		DSF			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI DSF	42	40,4	40,4	40,4
	NO DSF	62	59,6	59,6	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- DESEO

Se encontró que en el dominio deseo, las pacientes en un 52,9% (Tabla 7) presentan disfunción para este componente de la función sexual femenina, siendo la mayoría quienes respondieron tener deseo bajo o nulo para iniciar una relación sexual.

Tabla 7. Disfunción sexual femenina/ deseo en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

		DFS DESEO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI DSF	55	52,9	52,9	52,9
	NO DSF	49	47,1	47,1	100,0
Total		104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- EXCITACIÓN

En cuanto al componente excitación, las pacientes en un 52,9% (Tabla 8) presentaron disfunción, siendo la mayoría de las pacientes, al igual que en el componente deseo.

Tabla 8. Disfunción sexual femenina/excitación en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

DFS EXCITACIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI DFS	55	52,9	52,9	52,9
	NO DFS	49	47,1	47,1	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- LUBRICACIÓN

Para el componente lubricación del test FSFI-6, las mayoría de pacientes, 65,4% (Tabla 9) no presentaron esta disfunción, marcando una amplia diferencia con quienes si la padecen, considerando que este componente puede ir relacionado al último componente que es el dolor.

Tabla 9. Disfunción sexual femenina/lubricación en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

DFS LUBRICACIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI DSF	36	34,6	34,6	34,6
	NO DFS	68	65,4	65,4	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

***DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- ORGASMO**

En cuanto al dominio orgasmo, se evidenció que la mayoría de pacientes, 57,4% (Tabla 10) no tiene disfunción en este dominio, mientras que el 43,3% de encuestadas no tienen orgasmos en todas sus relaciones sexuales haciendo de este, un proceso poco experimentado.

Tabla 10. Disfunción sexual femenina/orgasmo en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

DSF ORGASMO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI DFS	45	43,3	43,3	43,3
	NO DFS	59	56,7	56,7	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- SATISFACCIÓN

Los datos en relación a satisfacción revelaron que la gran mayoría de mujeres participantes no tienen disfunción en cuanto a la satisfacción, 85,6%, (Tabla 11) sintiéndose satisfechas con su calidad, tiempo e intervalo de relaciones sexuales, sin embargo es necesario recalcar que la satisfacción es la gran mayoría de pacientes fue ligada a la retención de la pareja sexual

Tabla 11. Disfunción sexual femenina/satisfacción en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

DFS SATISFACI3N					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v3lido	Porcentaje acumulado
V3lido	SI DFS	15	14,4	14,4	14,4
	NO DFS	89	85,6	85,6	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodi3lisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

DISFUNCI3N SEXUAL FEMENINA- DOLOR

En lo que corresponde a dolor en la relaci3n sexual en la poblaci3n estudiada se encontr3 que en un 20,2% se present3 esta disfunci3n, (Tabla 12), mientras que la mayor3a de mujeres no la padeci3, haciendo de la relaci3n sexual una pr3ctica satisfactoria como se evidencia en los datos que anteceden a esta tabla.

Tabla 12. Disfunci3n sexual femenina/dolor en las pacientes sometidas a hemodi3lisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

DFS DOLOR					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v3lido	Porcentaje acumulado
V3lido	SI DFS	21	20,2	20,2	20,2
	NO DFS	83	79,8	79,8	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

CALIDAD DE VIDA- FÍSICA

En cuanto a la calidad de vida, en el ámbito físico los datos expresan que del total de encuestadas el 83,7% refirieron una mala calidad de vida (Tabla 13), ya que la hemodiálisis y la propia insuficiencia renal terminal, les impide realizar actividad física intensa de impacto y en algunos casos inclusive limita su movilidad y genera dependencia de un familiar.

Tabla 13. Calidad de vida/ física en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

CV FISICA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BUENO	17	16,3	16,3	16,3
MALO	87	83,7	83,7	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

CALIDAD DE VIDA- SENTIMIENTOS

En cuanto a la calidad de vida, en el ámbito sentimental los datos expresaron que del total de encuestadas el 64,4% consideraban tener buena calidad de vida (Tabla 14), en contraste con los resultados expresados en calidad de vida física.

Tabla 14. Calidad de vida/ sentimientos en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

CV SENTIMIENTOS				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	BUENO	67	64,4	64,4
	MALO	37	35,6	35,6
	Total	104	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

CALIDAD DE VIDA- SOCIAL

Del total de encuestadas el 84,6% expresaron buena calidad de vida (Tabla 15), refiriendo que su actividad física y sus emociones no pueden mermar su actividad social, de manera especial manteniéndola con sus compañeras (os) de diálisis.

Tabla 15. Calidad de vida/ social en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

CV SOCIAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BUENO	88	84,6	84,6	84,6
	MALO	16	15,4	15,4	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

CALIDAD DE VIDA- ACTIVIDADES COTIDIANAS

En cuanto a la calidad de vida y el desarrollo de las actividades cotidianas del total de encuestadas el 79,6% describieron buena calidad de vida (Tabla 16), resaltando que pueden realizar las actividades de la vida diaria a pesar de recibir tratamiento con hemodiálisis o las fístulas.

Tabla 16. Calidad de vida/ actividades cotidianas en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

CV ACT COTIDIANAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BUENO	83	79,8	79,8	79,8
	MALO	21	20,2	20,2	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

CALIDAD DE VIDA- CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

Los datos de cambio en el estado de salud indicaron que la mayoría de encuestadas en un 65,4% refieren buena calidad de vida (Tabla 17), sintiendo mejoría en su estado de salud en las últimas dos semanas.

Tabla 17. Calidad de vida/cambio en el estado de salud en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BUENO	68	65,4	65,4	65,4
	MALO	36	34,6	34,6	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

CALIDAD DE VIDA- ESTADO DE SALUD

Los datos de estado de salud en general y su calificación demostraron que las mujeres en un 76,9% tuvieron buena calidad de vida (Tabla 18), a pesar de la insuficiencia renal terminal, siendo importante recalcar que es muy amplia la diferencia de porcentajes entre los grupos en esta variable ya que quienes respondieron tener mala calidad de vida en relación al estado de salud son el 23,1% de participantes

Tabla 18. Calidad de vida/estado de salud en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BUENO	80	76,9	76,9	76,9
	MALO	24	23,1	23,1	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

CALIDAD DE VIDA- DOLOR

En cuanto al dolor en calidad de vida las participantes manifestaron en un 58,7% tener buena calidad de vida (Tabla 19), lo que indicaría un buen manejo de la hemodiálisis además de que el dolor no es un limitante dentro de la vida de las participantes.

Tabla 19. Calidad de vida/dolor en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

		DOLOR			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BUENO	61	58,7	58,7	58,7
	MALO	43	41,3	41,3	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RESILIENCIA

Nuestra población muestra ser resiliente en un 52,9% (Tabla 20), datos que pueden ser tomados como correspondientes a las estadísticas, ya que se ha demostrado que las mujeres son más resilientes que el género masculino, a pesar de no poder comparar

datos entre género, la mayor parte de encuestadas son resilientes y esto se puede observar también en las esferas de resiliencia que evalúa la herramienta utilizada.

Tabla 20. Resiliencia en las pacientes sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Feb-Mar del 2014

RESILIENCIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI RESILIENTE	55	52,9	52,9	52,9
	NO RESILIENTE	49	47,1	47,1	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

2.) ANÁLISIS BIVARIAL

RELACIÓN DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- PAREJA ESTABLE

Cuando se realizó la correlación estadística entre disfunción sexual femenina y pareja estable (Tabla 21), pudimos observar que tener una pareja estable el riesgo de padecer disfunción sexual femenina disminuye.

Tabla 21. Relación estadística entre DSF y Pareja

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Valor P
		Inferior	Superior	
OR Pareja/DSF	,014	,002	,107	0.000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RELACIÓN DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- TIEMPO DE HEMODIÁLISIS

Al realizar la correlación entre las variables de disfunción sexual femenina y tiempo en hemodiálisis (Tabla 22) se observó que un tiempo en hemodiálisis menor de 3 años es un factor de riesgo para tener disfunción sexual, determinando una asociación estadísticamente significativa.

Tabla 22. Estimación riesgo entre Tiempo en hemodiálisis y Disfunción sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para TIEMPO EN DIÁLISIS/ DSF	14.353	1.722	119.667	0,003

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RELACIÓN DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- COMORBILIDAD

Al realizar la correlación estadística entre disfunción sexual femenina y comorbilidad (Tabla 23), se pudo establecer que padecer al comorbilidades el riesgo de sufrir disfunción sexual femenina aumenta.

Tabla 23. Estimación riesgo entre Disfunción sexual femenina y Comorbilidades en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para Comorbilidad	37,538	4,728	298,016	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RELACIÓN DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- CALIDAD DE VIDA ESFERA FÍSICA

En la tabla 24 se observa que el tener una buena función sexual es un factor protector para la esfera física de la calidad de vida.

Tabla 24. Estimación riesgo entre Disfunción sexual femenina y la Esfera Física de la Calidad de vida en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF/ CALIDAD DE VIDA FÍSICA	0.067	0.009	0.527	0,001

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RELACIÓN DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- CV ESFERA SENTIMIENTOS

Al realizar la correlación estadística entre disfunción sexual femenina y la calidad de vida esfera sentimientos (Tabla 25), se obtuvo como resultado que al tener buena función sexual se puede proteger la esfera de sentimientos de la calidad de vida.

Tabla 25. Estimación riesgo entre Disfunción sexual femenina y la Esfera Sentimientos de la Calidad de vida en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DFS/ CV SENTIMIENTOS	0.002	0.000	0.020	0,001

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RELACIÓN DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- CALIDAD DE VIDA ESFERA SOCIAL

En la tabla 26 se observa que el tener una buena función sexual es un factor protector para la esfera social de la calidad de vida.

Tabla 26. Estimación riesgo entre Disfunción sexual femenina y la Esfera Social de la Calidad de vida en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF/ CALIDAD DE VIDA SOCIAL	0.067	0.004	0.235	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RELACIÓN DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- CALIDAD DE VIDA ESFERA ACTIVIDADES COTIDIANAS

Al realizar la correlación estadística entre las variables de disfunción sexual femenina y la esfera actividades cotidianas de la calidad de vida (Tabla 27), se observó una relación de protección, determinando una asociación estadísticamente significativa.

Tabla 27. Estimación riesgo entre DFS- CV esfera actividades cotidianas en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DFS/ CV ACT COTIDIANAS	0.016	0.002	0.129	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RELACIÓN DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- CALIDAD DE VIDA ESFERA CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

Al realizar la correlación estadística entre las variables de disfunción sexual femenina y la esfera actividades cambio en el estado de salud (Tabla 28), nos indicó que a pesar de la relación débil que existe entre estas variables, una buena función sexual es un factor protector para presentar una mejoría en el estado de salud

Tabla 28. Estimación riesgo entre DFS- CV esfera cambio en el estado de salud en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DFS/ CV Cambio ES	0.003	0.000	0.028	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RELACIÓN DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- ESFERA DEL ESTADO DE SALUD DE LA CALIDAD DE VIDA

En la tabla 29 encontramos que el tener una buena función sexual es un factor protector para tener un buen estado de salud.

Tabla 29. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - calidad de vida esfera estado de salud en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF/ CALIDAD DE VIDA ESTADO DE SALUD	0.014	0.002	0.107	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RELACIÓN DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA- ESFERA DE DOLOR DE LA CALIDAD DE VIDA

En la tabal 30 encontramos que el tener una buena función sexual es un factor protector para no tener dolor.

Tabla 30. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - calidad de vida esfera de dolor en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF /Calidad de Vida Dolor	0.000	0.000	0.007	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RESILIENCIA- PAREJA ESTABLE

En la Tabla 31 se puede observar que el ser resiliente en el estudio resultó ser un factor protector para mantener una pareja estable.

Tabla 31. Estimación riesgo entre resiliencia - pareja estable en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RESILIENCIA/PAREJA ESTABLE	0.028	0.004	0.214	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RESILIENCIA- COMORBILIDADES

En la Tabla 32 se puede evidenciar que el no ser resiliente incrementó en un 19.69 el riesgo de padecer comorbilidades.

Tabla 32. Estimación riesgo entre no resiliencia - comorbilidad en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RESILIENCIA NO/ COMORBILIDADES	19.69	2.50	155.12	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

RESILIENCIA- CALIDAD DE VIDA FÍSICA

Se pudo inferir de la Tabla 33 que las pacientes quienes son resilientes, presentaron un factor de protección para una buena calidad de vida en la esfera física

Tabla 33. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida física en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RESILIENCIA / CV- FISICA	0.08	0.01	0.039	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Tabla 34. Tabla resumen de análisis bivariado

RESUMEN ANÁLISIS BIVARIAL			
VARIABLES	OR	IC	P
Pareja Estable vs. DSF	0.01	0.002-0.10	0.000
Tempo de diálisis vs. DSF	14.353	1.722-119.667	0.003
Comorbilidades vs. DSF	37.53	4.72-298.01	0.000
DSF vs. CV Física	0.67	0.009-0.527	0.001
DSF vs. CV Sentimientos	0.02	0.00-0.020	0.000
DSF vs. CV Social	0.030	0.004-0.235	0.000
DSF vs CV Actividades cotidianas	0.016	0.002- 0.129	0.000
DSF vs. CV Cambio en el estado de salud	0.003	0.000-0.028	0.000
DSF vs. CV Estado de salud	0.014	0.002-0.107	0.000
DSF vs. CV Dolor	0.000	0.000-0.007	0.000
DSF vs. Resiliencia	11.95	1.50-74.98	0.000
Resiliencia vs. Pareja estable	0.029	0.004-0.22	0.000
Resiliencia vs. Comorbilidades	19.69	2.50-155.12	0.00

En la tabla 35 podemos ver el resumen de todo el análisis bivariado tomando como lo más importante los determinantes sociodemográficos como el tener una pareja estable tuvo una asociación de protección con la función sexual, a diferencia del tiempo de hemodiálisis mayor a 3 años y las presencia de comorbilidades que tienen una asociación de riesgo. Se observó también que la una buena función sexual actúa como un factor protector para las dimensiones de calidad de vida, y finalmente que la disfunción sexual es un factor de riesgo para ser resiliente al igual que tener comorbilidades, y se encontró asociación de protección para la resiliencia y pareja estable.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, al padecer una enfermedad incurable, que implica una limitación funcional, alteración de bienestar tanto social como ocupacional debido al tratamiento con hemodiálisis trisemanal y diario en el caso de diálisis peritoneal; además de una larga lista de síntomas físicos y emocionales, sufren una baja considerable en su calidad de vida relacionada con la salud. Por lo cual, en el presente estudio se propone que es necesario conocer el impacto que tiene esta enfermedad en cuanto a los 3 ámbitos puntuales como son: la función sexual, calidad de vida y resiliencia en pacientes femeninas.

La disfunción sexual femenina ha sido pobremente estudiada en Latinoamérica, se pueden encontrar datos de estudios como el de Blümel et. Al⁸⁴, que se realizó a las pacientes, el "Índice de función sexual femenina" establecido en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions; encontrándose que las mujeres mayores de 44 años tienen mayor riesgo de presentar disfunciones sexuales (OR: 3,6; IC: 2,1 - 6,3; $p < 0,0001$); contrario a lo que en el presente estudio las investigadoras han verificado (OR:0.;IC:0.38-1.83;p:0.480)(Tabla 62); además cabe señalar que en estudios con insuficientes renales como el de Strippoli et al, se presentan datos de 1472 mujeres en tratamiento sustitutivo renal, de las cuales 659 respondieron tener vida sexual activa y accedieron a responder el cuestionario, presentando un porcentaje de 84% para disfunción sexual, además se indica que las pacientes con pareja tienen menor riesgo de padecer disfunción sexual femenina,

datos que en la investigación realizada varían, ya que en la presente 40.4% (Tabla 4) de participantes tuvieron disfunción sexual femenina, sin embargo al verificar datos de relación entre pareja estable y disfunción sexual, se encontró que la pareja cumple un papel protector para no presentar disfunción sexual (OR:0.01; IC:0.002-0.1;p0.000)(Tabla 62). Siguiendo con esta línea, también Strippoli comparó la disfunción sexual femenina con comorbilidades como la diabetes e hipertensión, encontrando una frecuencia de 89.6%; añadiendo a estas patologías como factores de riesgo para presentar DSF (p: 0.04) lo mismo que concuerda con datos encontrados por las investigadoras (OR: 37.53IC:4.72-298.01; p: 0.00). La prevalencia de disfunción sexual femenina en la población general ecuatoriana no ha sido investigada, sin embargo podemos valorar datos de Moscoso y Solis (Ecuador 1987) que evidencian que la sexualidad en la mujer ecuatoriana “no es la experiencia enriquecedora que debe ser, una vida sexual libre de prejuicios y mitos, y la necesidad que este estado de cosas cambie⁸⁵”. Al revisar esta bibliografía se puede evidenciar que las mujeres quienes respondieron al cuestionario acerca de la sexualidad y el papel de la mujer ecuatoriana en ella, correspondían a un grupo de entre 17 a 50 años, a pesar de no presentar resultados estadísticos de función o disfunción sexual toma en cuenta las respuestas de un grupo de la población a preguntas basadas en mitos, tendencias y creencias tradicionales arraigadas a la sociedad ecuatoriana desde su inicio.

Es importante relacionar y determinar el impacto de la disfunción sexual en la calidad de vida de este grupo de pacientes, encontrándose en estudios de Noshad H et al⁸⁶ (2009) realizado en Irán, en el que se usó GHQ28 (cuestionario general de salud de 28 preguntas) y se encontró un riesgo de 17.87 con una p de 0.01 para tener mala calidad de vida relacionada a la salud en relación a la hemodiálisis, además en el estudio de

Caballero-Morales y cols. (2006) en México usando el instrumento KDQoL SF en pacientes bajo terapia de sustitución renal, se encontró el porcentaje de 61.76 % de mala calidad de vida. Al analizar los resultados las investigadoras podemos observar que la calidad de vida se ve afectada únicamente en la esfera física reportando el 83.7% de pacientes padecerla; mientras que en las esferas restantes las pacientes manifestaron tener una buena calidad de vida así se valora: sentimientos 64.4%, social 84.6%, actividades cotidianas 79.8%, cambio en el estado de salud 65.4%, estado de salud 76.9% y para dolor 58.7%.

Al comparar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica y hemodiálisis por larga data, un estudio realizado por Coelho-Marques⁸⁷ en Porto Alegre Brasil , en 124 mujeres mayores de 18 años de las cuales 36 se encontraban en tratamiento, se observó que tenían reducción en su calidad de vida de manera significativa en comparación con mujeres sanas, sobre todo en los componentes: físico y actividades sociales; además su sexualidad estaba notablemente reducida en todas las edades, llegando a ser ausente a los 60 años.

En un estudio de Peng et al.⁸⁹ (2007) se demostró que una puntuación más alta en la esfera de deseo, predice puntuaciones más altas en las esferas física y de funcionamiento social (OR = 0.015 and p = 0.018 respectivamente), en este estudio se observa que las mujeres con una buena función sexual tienen un factor protector para tener buena calidad en vida en todas las esferas: esfera física (OR: 0.67 IC:0.009-0.567, y p 0.001), esfera de sentimientos (OR: 0.02 , IC:0.00-0.021 y p 0.00), esfera social (OR:0.03;IC.0.004-0.235P:0.00), esfera actividades cotidianas (OR:0.016 IC:0.002-0.129p:0.00) , esfera cambio estado de salud (OR:0.003 IC:0.000-0.028; p0.00) esfera

estado de salud (OR:0.014 IC:0.00-0.028 p:0.00), esfera dolor (OR:0.00; IC:0.00 -0.007 p 0.00).

En el estudio de Coelho-Marques⁸⁷ se indica que las mujeres sanas practican otro tipo de estimulación sexual, como la masturbación o fantasías sexuales, mientras que en el grupo de mujeres dializadas no se encontró otro tipo de práctica sexual que no sea la vaginal, lo que se podría explicar por la edad de las pacientes y su educación cultural; mismo hecho que se evidenció por la investigación.

A pesar de que la literatura en resiliencia se ha enfocado en niños y adolescentes, hallazgos en estudios como el de Fuller et al.⁸⁸ nos permiten conocer que la calidad de vida social, así como tener pareja estable, son factores protectores para mantener una buena resiliencia; es importante reconocer su papel en las etapas de madurez y adultez, períodos de la vida en los que el ser humano afronta eventos negativos, como pérdidas de familiares o afrontamiento de enfermedades crónicas; en la investigación realizada en pacientes femeninas con tratamiento sustitutivo renal se ha evidenciado por parte de las investigadoras un rol protector por parte de la pareja así como mantener buenas relaciones sociales (OR:0.029;IC:0.004-0.22p:0.00)(OR:0.05 IC:0.00-0.43; p0.00).

Con respecto a la sexualidad se encontró que el tener una mala función sexual es un factor de riesgo para tener no ser resiliente (OR:11.95;IC:1.50-74.98p:0.00).

CONCLUSIONES

1. En el presente estudio, se encontró una función sexual femenina conservada en las pacientes sometidas a hemodiálisis en las clínicas nefrológicas Clinef Norte, INSNEP y Nefrology de la ciudad de Quito, esto a diferencia de los datos mundiales y principalmente los europeos.
2. Los resultados de este estudio mostraron que la disfunción sexual femenina en pacientes en tratamiento con hemodiálisis afecta de manera directamente proporcional a la calidad de vida y a la resiliencia, esto constituye un factor de protección.
3. Se pudo determinar que variables sociodemográficas como tener una pareja estable actúa como factor protector para no presentar disfunción sexual femenina.
4. Aplicando el análisis estadístico se notó que la edad, la menopausia, y la religión no se asocian directamente con la vida sexual femenina, así como tampoco con la resiliencia, ni la calidad de vida.
5. Dentro de los dominios de sexualidad los más afectados fueron el deseo y la excitación, mostrando una disfunción en más de la mitad de las pacientes.
6. Dentro de las esferas de calidad de vida, la única afectada fue la física, la misma que se puede explicar por la fístula AV que se necesita como acceso para la realización de la hemodiálisis, además de la disminución de la fuerza para practicar ejercicio físico de alto impacto, el efecto inmediato de la hemodiálisis y sus efectos adversos y todo esto añadido a la edad de las pacientes.
7. No se cumplió la hipótesis establecida al inicio del estudio, pues a diferencia de las estadísticas mundiales; nuestras pacientes a pesar de la hemodiálisis no

presentan disfunción sexual femenina y por ende no encontramos alteración en su calidad de vida relacionada con la salud en general, con respecto a la resiliencia el estudio demostró que las pacientes a pesar de su condición han sabido sobreponerse a las adversidades.

8. Se evidenció una relación significativa entre las variables de función sexual femenina y calidad de vida, considerando que una buena función sexual en sus seis esferas contribuyen como factores protectores para tener una buena calidad de vida relacionada con la salud, y que el componente de la resiliencia forma un papel protector en ambos aspectos. El tiempo de hemodiálisis se consideró un factor de riesgo para la disfunción sexual, tomando en cuenta que desde el inicio del tratamiento, la etapa de prediálisis y la elaboración de la fístula AV, se ve comprometida la función sexual y este impacto sobre la calidad de vida en todas sus esferas principalmente en la esfera física, de los sentimientos y también la vida conyugal; pues se demostró que la pareja es un factor protector tanto para la función sexual como para calidad de vida. Las pacientes femeninas en terapia de sustitución renal con hemodiálisis son resilientes a pesar de su enfermedad, disfunción sexual y calidad de vida.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

1. FORTALEZAS

El estudio de disfunción sexual femenina en pacientes tratadas con terapia de reemplazo renal como la hemodiálisis, ha sido poco explorado, siendo pocas las investigaciones en este tema, aún más, la asociación entre calidad de vida y resiliencia con la disfunción sexual, no ha sido estudiada. Mediante este estudio se pudo conocer la prevalencia de la disfunción sexual femenina, el impacto de la misma sobre la calidad de vida y la resiliencia, permitiendo así manejar al paciente de manera integral brindándole bienestar y apoyo en todos los ámbitos.

2. LIMITACIONES

La muestra fue recogida en tres unidades que mantienen convenio con el IESS o el MSP, la misma está formada por una población determinada; siendo diferente a la población general.

Con respecto a la disfunción sexual, las pacientes por cuestiones culturales pudieron haber respondido de manera no sincera las preguntas, en el momento de aplicar los cuestionarios las pacientes en su gran mayoría prefirieron que las investigadoras llenaran los formularios, debido entre otros, a la disminución de su capacidad visual o analfabetismo, sin embargo se mostraron abiertas al tema.

RECOMENDACIONES

PACIENTES

Las investigadoras consideran que se requiere mayor educación para la paciente con insuficiencia renal crónica terminal, tanto de su enfermedad como de las repercusiones que la misma tiene a nivel biopsicosocial, ya que durante las encuestas se percataron que sentían gran curiosidad y desconocimiento de su patología y mucho más de su sexualidad.

Se cree pertinente, que se debería crear grupos de pacientes con enfermedad renal crónica terminal en los cuales, las pacientes compartan experiencias, e interactúen entre pares, es menester fomentar el crecimiento de redes de apoyo. Además de alentar que se mantengan buenas relaciones familiares, agilitando el proceso de comunicación, expresión de ideas y sentimientos sin vergüenza alguna, aceptando el nuevo rol que desempeñan en la familia y acoplándose a esta nueva realidad.

FAMILIA

Mantener una actitud positiva, abierta al diálogo y a la comprensión, facilitando así la toma de decisiones.

Organizar las tareas del hogar de manera que las pacientes tengan deberes que cumplir, lo que les ayudará a sentirse valoradas y útiles.

Fomentar espacios de comunicación entre esposos para así mejorar la sexualidad de la pareja, conociendo intereses mutuos y satisfacciones de ambos.

Las investigadoras creen que la familia debe conocer de la enfermedad de su familiar y todos los efectos que ocasiona en su vida, por lo que también se deberían crear grupos

de familiares donde los cuidadores tengan un espacio para expresarse e interactuar con sus símiles.

INSTITUCIONES

Evaluar al personal que labora en la institución, con el fin de mantener informados a los pacientes acerca de su enfermedad y de los estilos de vida saludables.

Disponer de carteles informativos, banners, trípticos que enseñen a la paciente renal sobre su enfermedad en general, incluyendo información sobre la sexualidad.

Implementar cadenas de trabajo ordenadas para que a través de la cooperación solidaria se garantice la atención integral de la paciente detectando de manera oportuna cualquier problema.

PERSONAL DE SALUD

NEFRÓLOGO

Emplear instrumentos que valoren de manera holística a la paciente con insuficiencia renal crónica terminal, así se harán constar aspectos que se necesitan reforzar e intervenir por parte de otros actores de las clínicas.

Dedicar el tiempo adecuado y necesario a cada paciente que se trate, así se logrará que ellas sientan empatía y tengan una buena comunicación, amplitud para preguntar sobre su enfermedad y obtengan las respuestas más acertadas de la mejor fuente.

PSICÓLOGA

Se cree necesario realizar valoraciones continuas de disfunción sexual y otros aspectos, así como valorar la calidad de vida en todos los pacientes que acudan a los centros de diálisis.

Contribuir a la formación de grupos en los que se realice terapias grupales, fomentando la autonomía, perseverancia y creatividad.

Elaborar programas de apoyo para satisfacer las necesidades afectivas que presentan, poniendo especial énfasis en la comunicación grupal, comunicación de pareja, nuevo rol dentro del hogar, así como la visualización de metas a corto plazo.

Crear un ambiente de confianza y fortalecer la relación con la paciente, esto sin duda acortará las brechas existentes y promoverá el rompimiento de mitos y tabúes en torno a la sexualidad.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Las investigadoras consideran que se debería dar un mayor espacio al tema de la sexualidad, dentro del pensum establecido en los programas de estudio de la Facultad de Medicina; ya que los datos revelan que es una situación subdimensionada y poco conocida, no obstante es de gran importancia para las pacientes, sus familias y para los profesionales formados de manera integral.

Además se valora la enseñanza brindada, aunque se reconoce que la resiliencia es un tema que ha sido abordado de manera superficial y se cree oportuno su estudio.

ESTUDIO

Debido a que no hay estudios que valoren la función sexual femenina en la pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis en el Ecuador, sería importante, efectuar nuevas investigaciones, con un número mayor de muestra y haciendo una comparación entre mujeres de diferentes provincias y regiones.

Se deberían también hacer más exploraciones acerca de función sexual en la población en general, así como en distintos grupos etarios y sociales dentro del país.

BIBLIOGRAFIA

1. National Kidney Foundation, Inc. KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. Part 4 (internet). 2002. Disponible en: http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm
2. Rodríguez G, Rodríguez I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. RevMed IMSS. 2004; 42 (2): 97-102.
3. Cabrera Soriano. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología 2004; (24): 27-34
4. Weisbord SD. Female Dysfunction in ESRD: An Underappreciated Epidemic?. Clin J Am Soc Nephrol. Editorial 2012; (6) Vol 7:881-83
5. Martín Díaz F., Reig Ferrer A. , Ferrer Cascales R. Función sexual y calidad de vida en pacientes varones de hemodialisis. Nefrología. 2006 Vol. 26: 452-460
6. Cabello Francisco. Introducción Guía de la Buena Práctica Clínica en Disfunciones Sexuales. Atención Primaria de Calidad [Internet]. 2004. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sex0.pdf
7. Pintado V S, Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida. *Revista Internacional de Andrología*, 2007; vol. 5, (3): 289-296.
8. Organización Mundial de la Salud. Definición salud sexual [internet]. Última actualización 2013 Disponible en: <http://www.who.int/es/>
9. Basson R, et al Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications J Urol. 2000; Mar;163(3):888-893.

10. Strippoli Giovanni FM. Sexual Dysfunction in Women with ESRD Requiring Hemodialysis. Clin J Am SocNephrol. 2012 (4); 7: 974-81
11. Santos PR, Capote JR et all. Quality among woman with sexual dysfunction undergoing hemodialysis: a cross-sectional observational study. Health Qual Life Outcomes. 2012 (08). Vol.10: 103-108
12. F. Martín-Díaz, A. Reig-Ferrer* y R. Ferrer-Cascales: Función sexual y calidad de vida en pacientes varones de hemodiálisis NFROLOGÍA. 2006;26(4): 452-60
13. Palmer BF. Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. Ovid Medline. 2003;(01): 48-60 disponible en: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi>
14. Viveros Mara, Rivera C, Rodriguez M. De mujeres, hombres y otras ficciones... Género y sexualidad en América Latina. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de ciencias humanas. 2006: 1-28
15. Rosen R. Et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex and Marital Therapy. 2011(2);26:2 191-208.
16. Mendez Durán A, Mendez Bueno J, Tapia Yáñez T, Muñoz A, Aguilar L. Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en México. Diálisis y Trasplante. 2010 (2); 31: 4-7M
17. Martín De Francisco A, Piñera C, Gago M, Ruiz J, Robledo C, Arias M. Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica en Pacientes no Nefrológicos. Nefrología 2009; 29: 101-05
18. Rathj M, Ramachandran R. Sexual and gnaaldysfunction in chronic kidney disease: Pathophysiology. EndocrinolMetab 2012 (3-4); 16(2): 214–219.

19. Andrew S.. et al. National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification Level, *Ann Intern Med.*2003; 139:137-147
20. Andrew S Definición y clasificación de la enfermedad renal crónica: Propuesta de KDIGO (Edición en español)2005; 1: 135–146
21. Alcazar R. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica *Nefrología* 2008; 28 (3):273-282
22. Obrador T. Epidemiology of chronic kidney disease UPTODATE 05/03/2014
23. United States Renal Data System. USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Bethesda, MD, 2013.
24. World Health Organization. WHO Global report. Preventing Chronic Diseases. A vital investment. Geneva: WHO; 2005.
25. Coresh J, Byrd-Holt D, Astor B, Briggs J, Eggers P, Lacher D et al. Chronic kidney disease awareness, prevalence and trends among U.S. adults, 1999 to 2000. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16: 180-188.
26. Flores J.Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo *Rev. Med. Clin. Condes*2010; 21(4): 502-507
27. Bernarda Morín Sociedad Chilena de Nefrología DISPONIBLE EN [Hhttp://diadelrinon.nefro.cl/nosotros/dia-mundial-del-rinon](http://diadelrinon.nefro.cl/nosotros/dia-mundial-del-rinon)
28. SLANH. REGISTRO LATINOAMERICANO DE DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL. VI Congreso de la Sociedad Internacional para Hemodiálisis; 2013 Sep 11-14; Buenos Aires. Argentina

29. Gracia S.; Documento de consenso: Recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos NEFROLOGÍA. Volumen 26. Número 6. 2006
30. Flores J.C., et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Ene [citado 2014 Mar05]; 137(1):137-177. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100026&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100026>
31. Venado A., Moreno J., Rodriguez M., Lopez M. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, Revista Meidc Universitaria U.N.A.M. [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 2014 Mar 05]; 9(2) 1:31 Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
32. Mark Rosenberg Overview of the management of chronic kidney disease in adults Up To Date Marzo 2014
33. Bleyer A, Indications for initiation of dialysis in chronic kidney disease uptodate Marzo 2014
34. Alabart Eduardo; ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: UNA EPIDEMIA. Revista Médica Universitaria - F.C.M. UNCuyo [revista en Internet] 2009 (citado 2014 Mar 08); Vol 5 N° 1 Marzo 2009 Disponible en : http://rmu.fcm.uncu.edu.ar/vol05_01/11/index.php
35. Noriega J. El tratamiento de enfermos renales es costoso para el Seguro Social. El Comercio. Domingo 14 de agosto de 2011. Salud (Sociedad). Disponible en:

http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/tratamiento-enfermos-renales-Seguro-Social_0_535146563.html

36. Bauer C, Melamed ML, Hostetter TH. Staging of chronic kidney disease: time for a course correction. *J Am Soc Nephrol*; 19:844. 2008
37. SLANH. Registro Latinoamericano de Dialisis y Trasplante Renal. Guías Latinoamericanas de Práctica Clínica sobre la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de los Estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica; 2012(4); México DF, México.
38. Obrador G., Miahdavi-Mazdeh M., Collins A. On behalf of the Global Kidney Disease Prevention Network. Establishing the Global Kidney Disease Prevention Network (KDPN): A position Statement From the National Kidney Foundation *Am J Kidney Dis* vol 57 (3): 361-370 2011
39. Orth SR. Effects of smoking on systemic and intrarenal hemodynamics: influence on renal function. *SOJ Am Soc Nephrol*; Vol 15(1):S58. 2004.
40. KDIGO. Definition and classification of CKD. *Kidney Int Suppl* 2013; 3:19. http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf (Acceso Marzo 04, 2013).
41. Gómez CG, Valido P, Celadilla O, et al. Validity of a standard information protocol provided to end-stage renal disease patients and its effect on treatment selection. *Perit Dial Int* 1999; 19:471.
42. Sidawy AN, Spergel LM, Besarab A, et al. The Society for Vascular Surgery: clinical practice guidelines for the surgical placement and maintenance of arteriovenous hemodialysis access. *J Vasc Surg* 2008; 48:2S.

43. Polo J. Fistulas radiocefalicas para diálisis. Analisisde una experiencia de 14 años. NEFROLOGIA vol 13(4):314-319
44. Magon N., Chauhan M., Malik S., Shah M. Sexuality in midlife: Where the passion goes? Journal of Mid-life Health [revista en Internet] 2012; (citado 2014 Mar 08); Vol.3 (2):61-65. Disponible en:
<http://www.jmidlifehealth.org> on Friday, March 07, 2014, IP: 192.188.55.60]
45. Magon N. Babu KM. Medicalisation of female sexuality. Int J Clin Cases Investig. 2011; 2(2)1-2.
46. Biddle AK, West SL, D'Aloisio AA, Wheeler SB, Borisov NN, Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. Int Soc Pharmacoecon Outcomes Res (ISPOR). 2009; 12:763-772.
47. Green MA., Martinez L. Female Sexual Dysfunction: Recognizing the Impact on Patient and Partner. Medscape [revista en Internet] 2010 (citado 2014 Mar 08) disponible en : <http://www.medscape.org/viewarticle/721520>.
48. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999; 281:537-544.
49. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. CMAJ; 2005.172(10):1327-33.
50. Basson R. , Rees M., Wang R., Montejo A., Incrocci L., SexualFunction in Chronic Illness. J Sex Med 2010 ;7: 374-388.
51. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013; p. 453-460.

52. Sociedad Sexológica de Extremadura. La respuesta sexual humana [sede Web]; 2003 (citado 2014 Mar 18) disponible en <http://www.ssexremadura.es/userfiles/26e2879b403760037738295dc5523276.pdf>
53. Cabello, F. Apuntes del Master en Sexología del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. [revista en Internet] 2012 (citado 2014 Mar 18) disponible en : <http://www.psicologiaysexologia.org/wp-content/uploads/2011/02/respuesta-sexual-femenina2.pdf>
54. Berman JR, Goldstein I. Disfunción sexual de la mujer. Clínicas Urológicas de Norteamérica. 2001; (2): 431-444.
55. WHO. Constitution of the World Health Organization. En: Ten years of the World Health Organization (Annexe I). Geneva, 1958
56. Ronen, G. M., Fayed, N., & Rosenbaum, P. L. Outcomes in pediatric neurology: A review of conceptual issues and recommendations The 2010 Ronnie Mac Keith lecture. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2011; 53(4), 305–312
57. Alvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 2001; 14, 64-68.
58. Sánchez, J. L, et al. "Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hemodiálisis." *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* 2011; 14 (2): 98-104.
59. Salvador, R, Romero, Z H. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2010; 48(1), 91-102.

60. Madrigal, TM, Velandrino, NA. Evaluación de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud 2005; 17 :467-93 [Portal web Murcia Salud] [consultado 5 de Marzo de 2014] disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf
61. Guzmán, R. C., Arnaiz, B. U., Martínez, C. C. Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal .*Psicología y Salud*, 2013; 21(1).
62. Rebollo, P., Bobes, J., González, M. P., Saiz, P., Ortega, F. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). *Nefrología*,2000; 20(2):171-181.
63. Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G. A. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y salud*, 2013:18(2).
64. Arencibia, J. V., Gutiérrez, C. G., Almora, E. D., Felipe, D. M., Ramírez, J. T., Madero, I. F. Epidemiología de la enfermedad renal crónica y los factores de riesgo relacionados con la supervivencia. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, 2012; 3(1): 65-75.
65. Fukuhara, S., et al. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney international*,2003; 64(5): 1903-1910.
66. Ritu K.S , Steven D. W., Mark L.U., Health-related quality of life outcomes in chronic kidney disease, *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 2010; 19:153–159

67. Becoña E. Resiliencia: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y UTILIDAD DEL CONCEPTO. Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica. 2006;11(3):125-146.
68. Melillo A, Suárez Ojeda E. compiladores. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós SA|ICF; 2001
69. Garmezy, N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. Pediatric Annals. 1991; 20: 459-466
70. Quiceno JM, Vinaccia S. Resiliencia una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Pensamiento Psicológico[en línea]. 2011; 9(17):69-82 (acceso 07 de Marzo 2013) Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80122596006>> ISSN 1657-8961
71. Schure MB, Odden M, Goins RT. THE ASSOCIATION OF RESILIENCE WITH MENTAL AND PHYSICAL HEALTH AMONG OLDER AMERICAN INDIANS: THE NATIVE ELDER CARE STUDY. Am Indian Alsk Native Ment Health Res (on line) 2013; 20(2):27-41
72. Suarez N.; Perfil del niño resiliente, trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos sociales, Universidad Nacional de Lanús, Fundación Bernard van Leer; 1998
73. Melillo A, Estamatti M., Cuestas A.; Algunos Fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia en Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas, 1ªed. Buenos Aires: Ediciones Paidós SAICF; 2001.
74. Grotberg E; Nuevas Tendencias en Resiliencia en Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas, Paidos, Buenos Aires: Ediciones Paidós SAICF, 2001.
75. Walsh, F.: "El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío", en Sistemas familiares, año 14, nº 1, marzo de 1998, pág. 11.

76. Suárez Ojeda, N.: Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas, Buenos Aires, Paidós, 2001, pág. 72 y 73.
77. Zautra, A. J., Hall, J. S., Murray, K. E., the Resilience Solutions Group 1. Resilience: a new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2008; 2(1): 41-64.
78. Feder, A., Nestler, E. J., Charney, D. S. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci*, 2009; 10(6): 446-457
79. Ribes E., Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul ar 2004;10(1):8-76
80. Blümel JE. Disfunción sexual en la mujer chilena. *Medwave* 2009 Oct;9(10) doi:10.5867/medwave.2009.10.4211
81. Isidori M. Andrea, et al; Development and Validation of a 6-Item Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a Diagnostic Tool for Female Sexual Dysfunction *The journal of sexual medicine*, 2010; vol. 7,(3): 1139-1146.
82. Tudela L, Ferrer R. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*. 2002; 29 (6): 378-84.
83. Serrano M. Martínez, Cuestionario de Evaluación de la Resiliencia; Universidad de Zaragoza; 2010 (3) 1-13 disponible en: http://www.unizar.es/abarrasa/tea/200910_25906/serrano2010.pdf
84. Blümel M Juan Enrique, Binfa E Lorena, Cataldo A Paulina, Carrasco V Alejandra, Izaguirre L Humberto, Sarrá C Salvador. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. 2004 [citado 2014 Abr 14] ; 69(2): 118-125. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

85. Moscoso G., Solis F., La sexualidad femenina en el Ecuador, primera edición. Quito, Ecuador Editorial El Conejo, 1986.
86. Noshad H, Comparison of outcome and quality of life: haemodialysis versus peritoneal dialysis patients; Singapore Med J 2009; 50 (2) : 187
87. Coelho Marques FZ, Wagner MB, Poli de Figueiredo CE, D'Ávila DO Quality of life and sexuality in chronic dialysis female patients, *International Journal of Impotence Research* 2006; 18: 539–543.
88. Fuller-Iglesia H, Sellars B, Antonucci t, Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor *Research in Human Development*, 2008; 5(3): 231-239
89. Leão, R., Sousa, L., Azinhais, P., Conceição, P., Jorge Pereira, B., Borges, R., & Sobral, F. Sexual dysfunction in uraemic patients undergoing haemodialysis: predisposing and related conditions. *Andrologia*, 2010;42(3): 166-175
90. Lue T; Erectile Dysfunction N Engl J Med. 2000 Jun 15;342(24):1802-13

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo	Categoría	Intervalos	Indicador
Edad	Cantidad de años de vida cumplidos hasta la aplicación del estudio.	Cuantitativa continua	Años		Mediana, percentiles, rango.
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Cualitativa nominal	Soltero/a Casado/a Unión Libre Viudo/a Separado/a		Porcentaje, porcentaje acumulado
Instrucción	Grado de estudios completados por una persona.	Cualitativa ordinal	Analfabeto/a Primaria Secundaria Técnica Universitaria		Porcentaje, porcentaje acumulado
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento, que generalmente es un, trabajo asalariado, al servicio de un empleador.	Cualitativa nominal	Estudiante Comerciante Abogado Profesor Médico Jubilado Ama de casa Otros		Porcentaje, porcentaje acumulado.
Religión	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Cualitativa nominal	Católico Evangélico Adventista Testigo de Jehová Ateo Otras		Porcentaje, porcentaje acumulado.

Menopausia	Cese permanente de la menstruación que resulta de la disminución o depleción de la actividad ovárica folicular, una vez que han transcurrido doce meses consecutivos de amenorrea desde la última menstruación, sin que existan causas fisiológicas o patológicas.	Cuantitativa	Menopausia Edad		Porcentaje, porcentaje acumulado.
Comorbilidad	Coexistencia en el mismo individuo de uno o más trastornos, además de la enfermedad principal.	Cualitativa nominal	DM2 HTA Hipotiroidismo LES Riñón poliquístico Otras		Porcentaje, porcentaje acumulado.
Tiempo en hemodiálisis	Período que el paciente lleva en terapia de hemodiálisis.	Cuantitativa continua	Años	< 1 año 1 - 5 años 6 - 10 años ≥11 años	Mediana, valores mínimos y máximos, rango.
Función sexual		Cuali-cuantitativa	¿Cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?	5 Muy alto 4 Alto 3 Moderado 2 Bajo 1 Muy bajo o ninguno	Porcentaje, porcentaje acumulado.
			¿Cómo calificaría su nivel (grado) de excitación durante la relación sexual o coito?	0 No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas 5 Muy alto 4 Alto 3 Moderado 2 Bajo 1 Muy bajo o ninguno	
			¿Con qué frecuencia se lubricó (notar más secreción genital) durante la	0 No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas 5 Siempre o casi siempre 4 La mayoría de las veces	

			<p>actividad sexual o coito?</p> <p>3 A veces 2 Pocas veces 1 Casi nunca o nunca</p>		
			<p>¿Con qué frecuencia alcanzó el orgasmo cuando tuvo estímulo sexual o coito?</p> <p>0 No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas 5 Siempre o casi siempre 4 La mayoría de las veces 3 A veces 2 Pocas veces 1 Casi nunca o nunca</p>		
			<p>¿Qué tan satisfecha se ha sentido con su actividad sexual?</p> <p>5 Muy satisfecha 4 Moderadamente satisfecha 3 Igual de satisfecha que insatisfecha 2. Algo (moderadamente) insatisfecha 1 Muy insatisfecha</p>		
			<p>¿Con qué frecuencia nota molestia o dolor vaginal con la penetración?</p> <p>0 No he intentado tener coito (penetración vaginal) en las últimas 4 semanas 5 Casi nunca o nunca 4 Pocas veces 3 A veces 2 La mayoría de las veces 1 Casi siempre o siempre</p>		
Calidad de Vida	Se refiere al bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.	Cualitativa Cuantitativa	<p>Durante las 2 últimas semanas... ¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?</p>	<p>Muy intensa Intensa Moderada Ligera Muy ligera</p>	Porcentaje, porcentaje acumulado.

			<p>Durante las 2 últimas semanas... ¿En qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?</p>	<p>Nada, en absoluto Un poco Moderadamente Bastante Intensamente</p>	<p>Porcentaje, porcentaje acumulado.</p>
			<p>Durante las 2 últimas semanas... ¿Cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?</p>	<p>Ninguna Un poco Moderada Mucha Toda, no he podido hacer nada</p>	<p>Porcentaje, porcentaje acumulado.</p>
			<p>Durante las 2 últimas semanas... ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos y grupos?</p>	<p>No, nada, en absoluto Ligeramente Moderadamente Bastante Muchísimo</p>	<p>Porcentaje, porcentaje acumulado.</p>
			<p>¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?</p>	<p>Mucho mejor Un poco mejor Igual, por el estilo Un poco peor Mucho peor</p>	<p>Porcentaje, porcentaje acumulado.</p>
			<p>Durante las 2 últimas semanas... ¿Cómo calificaría su salud en general?</p>	<p>Excelente Muy buena Buena Regular Mala</p>	<p>Porcentaje, porcentaje acumulado.</p>
			<p>Durante las 2 últimas semanas... ¿Cuánto dolor ha</p>	<p>Nada de dolor Dolor muy leve Dolor ligero Dolor moderado</p>	<p>Porcentaje, porcentaje acumulado.</p>

			experimentado?	Dolor intenso	
Resiliencia	Resistencia al sufrimiento, y señala tanto la capacidad de resistir las magulladuras de la herida psicológica como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia	Cualitativa	Siento melancolía al recordar situaciones del pasado	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	Porcentaje, porcentaje acumulado.
		Cualitativa	Miro al futuro con optimismo aunque este atravesando un mal momento	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	
			Me adapto fácilmente a los cambios	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	
			Cuando me culpan por algo injustamente me quedo callado y no me defiendo	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	
			Suelo llevar mal equivocarme	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	
			Opino que es bueno aprender de los errores	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	
			En ocasiones me gustaría ser otra persona	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	
			Me preocupo en exceso	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	

		No soporto demasiado bien la presión	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
		En épocas de mucho trabajo siento ansiedad y nerviosismo	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
		Tras una discusión me siento hundido y vacío	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
		Realizo mis cometidos aunque este atravesando un mal momento	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
		Siento miedo de que los demás me rechacen y me quede solo	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
		Me dejo llevar por las ideas establecidas socialmente	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
		Cuando recibo una mala noticia tardo días e incluso meses hasta que me repongo	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
		Veó las cosas blancas o negras, pero nunca veo el término medio	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5

	Me cuesta mucho reponerme de una separación emocional	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
	Ante cualquier contratiempo me siento inseguro y creo que no voy a ser capaz de soportarlo	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
	No sé hacer frente a situaciones difíciles	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
	Ante situaciones imprevistas siento que pierdo el control	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
	Tiendo a exagerar los acontecimientos negativos que me ocurren	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
	Soy de los que piensa que en todo lo malo hay algo bueno	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
	Me obsesiono con los acontecimientos negativos	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5
	Sufro mucho cuando estoy un largo período de tiempo sin ver a mis seres queridos	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5

		Me considero una persona integra	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	
		Tengo facilidad para encontrar el lado positivo a una situación negativa	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	
		Suelo considerar desagradable e insoportable cualquier situación estresante	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	
		Me enfrento a las situaciones estresantes sin dejar que me dominen las situaciones	Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Siempre 5	

ANEXO 2. DATOS GENERALES

A continuación vamos a proceder a realizar una encuesta, estas preguntas son de información general, por favor contéstelas de la manera más honesta y clara posible.

Cuestionario de Información de la paciente

Edad _____

Estado civil

- Soltera
- Casada
- Unión Libre
- Viuda
- Separada
- Divorciada

Religión

- Católica
- Evangélica
- Adventista
- Testigo de Jehová
- Atea
- Otras _____

Instrucción

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Técnica
- Universitaria

Edad de Menopausia

Otras Enfermedades

- Diabetes
- Hipertensión
- Otras _____
-

Ocupación

- Estudiante
- Comerciante
- Profesora
- Quehaceres Domésticos
- Jubilada
- Otras _____

Tiempo en Hemodialisis

- Menos de 1 año
- De 1 a 5 años
- De 5 a 10 años

ANEXO 3. INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA - 6

Estas preguntas son sobre su sexualidad. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales y en reserva.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, auto estimulación (masturbación) y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Deseo o interés sexual: es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

Marque sólo una alternativa por pregunta

¿Durante las últimas 4 semanas ha tenido relaciones sexuales? SI NO

1. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

Muy Alto	Alto	Moderado	Bajo	Ninguno
5	4	3	2	1

2. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de excitación durante la relación sexual durante las últimas 4 semanas?

No he tenido actividad sexual	Muy Alto	Alto	Moderado	Bajo	Ninguno
0	5	4	3	2	1

3. ¿Con qué frecuencia se lubricó (notó más secreción genital) durante la actividad sexual durante las últimas 4 semanas?

No he tenido actividad sexual	Siempre o casi siempre	La mayoría de las veces	A veces	Pocas veces	Nunca
0	5	4	3	2	1

4. ¿Con qué frecuencia alcanzó el orgasmo cuando tuvo una relación sexual en estas últimas 4 semanas?

No he tenido actividad sexual	Siempre o casi siempre	La mayoría de las veces	A veces	Pocas veces	Nunca
0	5	4	3	2	1

5. ¿Qué tan satisfecha se ha sentido con su actividad sexual en las últimas 4 semanas?

Muy satisfecha	Algo satisfecha	Igual de satisfecha que insatisfecha	Algo insatisfecha	Muy insatisfecha
5	4	3	2	1

6. ¿Con qué frecuencia nota molestia o dolor genital (vaginal) con la penetración durante las últimas 4 semanas?






No he tenido relaciones sexuales	Nunca	Pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
0	5	4	3	2	1

ANEXO 4. LÁMINAS COOP WONKA – CALIDAD DE VIDA

A continuación le ofrecemos un grupo de preguntas acerca de cómo se ha sentido usted durante las últimas dos semanas agradecemos su honestidad al responderlas, la información dada será reservada y confidencial.

Forma física






Durante las 2 últimas semanas...
¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)	1	
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)	2	
Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)	3	
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)	4	
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)	5	

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Sentimientos


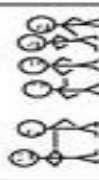
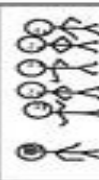
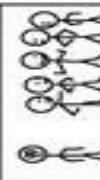
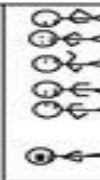
Durante las 2 últimas semanas...
¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto	1	
Un poco	2	
Moderadamente	3	
Bastante	4	
Intensamente	5	

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades sociales






Durante las 2 últimas semanas...
¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto	1	
Ligeradamente	2	
Moderadamente	3	
Bastante	4	
Muchísimo	5	

Dartmouth Coop Funcional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades cotidianas

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad	1	
Un poco de dificultad	2	
Dificultad moderada	3	
Mucha dificultad	4	
Toda, no he podido hacer nada	5	

Dartmouth Coop Funcional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Cambio en el estado de salud






¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	↑↑	++	1
Un poco mejor	↑	+	2
Igual, por el estilo	↔	=	3
Un poco peor	↓	-	4
Mucho peor	↓↓	--	5

Dartmouth Coop Funcional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Estado de salud

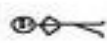




Durante las 2 últimas semanas...
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente	1	
Muy buena	2	
Buena	3	
Regular	4	
Mala	5	

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Dolor

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor	1	
Dolor muy leve	2	
Dolor ligero	3	
Dolor moderado	4	
Dolor intenso	5	

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

¡GRACIAS POR SUS RESPUESTAS!

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE RESILIENCIA

A continuación se le presenta un cuarto cuestionario, el cual consta de 28 preguntas a las que deberá responder con la mayor sinceridad posible. No hay preguntas correctas o incorrectas, además el test es de carácter anónimo, de modo que sus respuestas no serán propagadas bajo ningún concepto. La escala con la que ha de responder es la siguiente:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	2	3	4	5

Conteste con el número de escala correspondiente que considere. Gracias

1. Siento melancolía al recordar situaciones del pasado	1 2 3 4 5
2. Miro al futuro con optimismo aunque este atravesando un mal momento	1 2 3 4 5
3. Me adapto fácilmente a los cambios	1 2 3 4 5
4. Cuando me culpan por algo injustamente me quedo callado y no me defiendo	1 2 3 4 5
5. Suelo llevar mal equivocarme	1 2 3 4 5
6. Opino que es bueno aprender de los errores	1 2 3 4 5
7. En ocasiones me gustaría ser otra persona	1 2 3 4 5
8. Me preocupo en exceso	1 2 3 4 5
9. No soporto demasiado bien la presión	1 2 3 4 5
10. En épocas de mucho trabajo siento ansiedad y nerviosismo	1 2 3 4 5
11. Tras una discusión me siento hundido y vacío	1 2 3 4 5
12. Realizo mis cometidos aunque este atravesando un mal momento	1 2 3 4 5
13. Siento miedo de que los demás me rechacen y me quede solo	1 2 3 4 5
14. Me dejo llevar por las ideas establecidas socialmente	1 2 3 4 5
15. Cuando recibo una mala noticia tardo días e incluso meses hasta que me repongo	1 2 3 4 5
16. Veo las cosas blancas o negras, pero nunca veo el término medio	1 2 3 4 5
17. Me cuesta mucho reponerme de una separación emocional	1 2 3 4 5
18. Ante cualquier contratiempo me siento inseguro y creo que no voy a ser capaz de soportarlo	1 2 3 4 5
19. No sé hacer frente a situaciones difíciles	1 2 3 4 5
20. Ante situaciones imprevistas siento que pierdo el control	1 2 3 4 5
21. Tiendo a exagerar los acontecimientos negativos que me ocurren	1 2 3 4 5
22. Soy de los que piensa que en todo lo malo hay algo bueno	1 2 3 4 5
23. Me obsesiono con los acontecimientos negativos	1 2 3 4 5
24. Sufro mucho cuando estoy un largo período de tiempo sin ver a mis seres queridos	1 2 3 4 5
25. Me considero una persona íntegra	1 2 3 4 5
26. Tengo facilidad para encontrar el lado positivo a una situación negativa	1 2 3 4 5
27. Suelo considerar desagradable e insoportable cualquier situación estresante	1 2 3 4 5
28. Me enfrento a las situaciones estresantes sin dejar que me dominen las situaciones	1 2 3 4 5

Anexo 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO
INFORMACIÓN PRELIMINAR

Somos Sara Montenegro y Francis Ponce, estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos realizando una investigación para nuestra tesis de graduación como Medicas es acerca de Disfunción sexual femenina calidad de vida y resiliencia en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis; el tema fue escogido por la necesidad de tratar cada aspecto en la vida de las personas con insuficiencia renal y la disfunción sexual es uno de estos aspectos que por ser controversial a veces lo dejamos de lado, es muy importante detectarlo y tratarlo pues involucra a la persona afectada, a su pareja, a su familia y a la sociedad. Además puede influir sobre su calidad de vida interponiéndose entre usted y su afrontamiento de la enfermedad.

Estamos invitando a participar a nuestro estudio a las mujeres que mantengan vida sexual activa, con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis de esta casa de salud.

Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con nosotras, quienes estaremos gustosas en aclarar cualquier duda. Puede ser que existan algunas palabras o preguntas que no entienda, puede hacerlas a nosotras para ayudarla.

Esta investigación consiste en la realización de una encuesta donde nos proporcionara datos sobre usted. Todas sus respuestas a dicha encuesta solo serán procesadas por nosotras las investigadoras, nadie más tendrá acceso a esta información.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta casa de salud y nada cambiará así mismo para quienes son estudiados. Es probable que su participación en este estudio ayude a mejorar la atención en las pacientes con insuficiencia renal crónica y sus complicaciones incluyendo al tema estudiado.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted. No se compartirá información confidencial. Se publicaran los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he sido invitada a participar en la investigación "Disfunción sexual femenina calidad de vida y resiliencia en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis". Se me han informado de que la información aquí dada es confidencial y se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Fecha (Día/mes/año) _____
Nombre del Participante _____
Cédula de identidad o huella _____
Lugar: _____

Firma

Anexo 7. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - positivismo en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para POSITIVISMO/ DSF	0.002	0.000	0.016	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 8. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - superación en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF/ SUERACIÓN	154.53	19.387	1231.84	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 9. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - pensamiento estereotipado en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF/ TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	1790.83	21.313	1369.306	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 10. Estimación riesgo entre disfunción sexual femenina - sensibilidad en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF/ SENSIBILIDAD	117.87	14.969	928.249	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 11. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - positivismo de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV FÍSICA/ POSITIVISMO	16.37	2.07	128.91	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 12. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - superación de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV FÍSICA/ SUPERACIÓN	0.036	0.005	0.287	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 13. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - sensibilidad de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV FÍSICA/ SENSIBILIDAD	0.031	0.004	0.247	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 14. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - pensamiento estereotipado de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV FÍSICA/ PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO	0.038	0.005	0.302	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 15. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - tolerancia a la frustración de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV FÍSICA/ TOLRANCIA A LA FRUSTRACIÓN	0.04	0.005	0.316	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 16. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - positivismo de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /POSITIVISMO	232.00	28.2	1980.66	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 17. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - superación de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /SUPERACIÓN	0.01	0.001	0.079	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 18. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - sensibilidad de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /SENSIBILIDAD	0.013	0.002	0.098	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 19. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - pensamiento estereotipado de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO	0.009	0.001	0.074	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 20. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - tolerancia a la frustración de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	0.01	0.001	0.08	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 21. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - positivismo de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CVSOCIAL/POSITIVISMO	29.00	3.65	230.205	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 22. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - superación de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para SUPERACIÓN /CVSOCIAL	0.056	0.007	0.439	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 23. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - sensibilidad de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para SENSIBILIDAD /CVSOCIAL	0.064	0.008	0.503	0,001

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 24. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - tolerancia a la frustración de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN /CVSOCIAL	0.053	0.007	0.419	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo25. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - pensamiento estereotipado de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO /CVSOCIAL	0.053	0.007	0.419	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 26. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - estado civil /pareja estable en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para ESTADO CIVIL /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	4.04	1.46	11.19	0,008

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 27. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - menopausia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para MENOPAUSIA /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.29	0.09	0.94	0,02

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 28. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - tiempo en diálisis en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para TIEMPO EN DIÁLISIS /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.02	0.002	0.172	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 29. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - tiempo en diálisis en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para COMORBILIDADES /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.00	0.00	0.04	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 30. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - ser creyente en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RELIGIÓN /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	13.66	1.34	139.06	0,025

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 31. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - función sexual deseo en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF DESEO /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.034	0.004	0.263	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 32. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - función sexual excitación en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF EXCITACIÓN /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.358	0.261	0.490	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 33. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - función sexual lubricación en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF LUBRICACIÓN /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.011	0.001	0.086	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 34. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - función sexual orgasmo en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF ORGASMO /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.020	0.003	0.155	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 35. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - función sexual satisfacción en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF SATISFACCIÓN /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.006	0.001	0.053	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 36. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - disfunción sexual dolor en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF DOLOR /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.001	0.00	0.01	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 37. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - positivismo de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para POSITIVISMO /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	48.167	6.200	387.176	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 38. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - superación de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para SUPERACIÓN /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.036	0.005	0.285	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 39. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - sensibilidad de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para SENSIBILIDAD /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.042	0.005	0.329	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 40. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - tolerancia a la frustración de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.033	0.004	0.258	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 41. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera actividades cotidianas - pensamiento estereotipado de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO /CV ACTIVIDADES COTIDIANAS	0.035	0.004	0.271	0,000

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 42. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – pareja estable en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD / PAREJA ESTABLE	118.53	14.68	956.81	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 43. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – comorbilidades en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD / COMORBILIDAD	0.001	0.00	0.014	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 44. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina deseo en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD / DSF DESEO	0.012	0.02	0.093	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 45. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina excitación en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD / DSF EXCITACIÓN	0.212	0.132	0.339	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 46. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina lubricación en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD / DSF LUBRICACIÓN	0.000	0.000	0.007	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 47. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina orgasmo en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Oddsratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD / DSF ORGASMO	0.022	0.003	0.178	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 48. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina satisfacción en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Oddsratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD / DSF SATISFACCIÓN	0.022	0.003	0.178	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 49. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – función sexual femenina dolor en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD / DSF DOLOR	0.011	0.001	0.089	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 50. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – positivismo de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD / POSITIVISMO	200.60	24.60	1635.67	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 51. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – superación de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD/ SUPERACIÓN	0.012	0.002	0.093	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 52. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – tolerancia a la frustración de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD/ TOLERANCIA A FRUSTACIÓN	0.011	0.001	0.087	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 53. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera cambio del estado de salud – pensamiento estereotipado de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV CAMBIO ESTADO DE SALUD/ PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO	0.011	0.001	0.087	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 54. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera estado de salud - estado civil /pareja estable en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para ESTADO CIVIL /CV ESTADO DE SALUD	4.36	1.60	11.84	0,004

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 55. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera estado de salud - tiempo de diálisis en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para TIEMPO DE DIÁLISIS /CV ESTADO DE SALUD	0.023	0.003	0.201	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 56. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera estado de salud - comorbilidades en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para COMORBILIDAD /CV ESTADO DE SALUD	0.00	0.00	0.04	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 57. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera estado de salud - religión o ser creyente en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para SER CREYENTE/CV ESTADO DE SALUD	12.00	1.18	121.57	0,03

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 58. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - pareja estable en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/PAREJA	33	7.12	152.92	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 59. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor -comorbilidades en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ COMORBILIDAD	0.05	0.01	0.26	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 60. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual femenina dolor en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ DSF DESEO	0.0006	0.0001	0.051	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 61. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual femenina excitación en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ DSF EXCITACIÓN	324.00	38.36	2736.72	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 62. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual femenina lubricación en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ DFS LUBRICACIÓN	0.004	0.000	0.032	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 63. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual femenina orgasmo en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ DSF ORGASMO	0.001	0.000	0.012	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 64. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual femenina satisfacción en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ DSF SATISFACCION	0.035	0.004	0.275	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 65. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - función sexual femenina dolor en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ DSF DOLOR	0.019	0.002	0.151	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 66. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - positivismo de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR MALO/ POSITIVISMO	1239	108.76	14113.8	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 67. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - superación de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ SUPERACION	0.006	0.001	0.051	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 68. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor -tolerancia la frustración de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ TOLERANCIA A FRUSTACIÓN	0.005	0.001	0.042	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 69. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - pensamiento estereotipado de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO	0.006	0.001	0.047	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 70. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera dolor - sensibilidad de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV-DOLOR/ SENSIBILIDAD	0.008	0.001	0.067	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 71. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - esfera deseo de función sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF DESEO/ CV FÍSICA	27.5	3.481	217.23	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 72. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - esfera excitación de función sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV FÍSICA/ DSF EXCITACIÓN	0.04	0.006	0.238	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 73. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - esfera lubricación de función sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV FÍSICA/ DSF LUBRICACIÓN	11.29	1.43	89.04	0,03

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 74. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera física - esfera orgasmo de función sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV FÍSICA/ DSF ORGASMO	17.14	2.177	134.99	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 75. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - estado civil en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para ESTADO CIVIL / CV SENTIMIENTOS	108.42	13.49	870.97	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 76. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - tiempo en hemodiálisis en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para TIEMPO EN DIÁLISIS / CV SENTIMIENTOS	0.555	0.007	0.460	0,001

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
 Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 77. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - comorbilidades en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para COMORBILIDADES / CV SENTIMIENTOS	4.06	2.722	6.058	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 78. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de deseo de función sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /DSF DESEO	0.01	0.001	0.079	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 79. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de excitación de función sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /DSF EXCITACIÓN	166.5	20.75	1335.99	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 80. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de lubricación de función sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /DSF LUBRICACIÓN	0.000	0.000	0.007	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 81. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de orgasmo de función sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /DSF ORGASMO	0.04	0.00	0.031	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 82. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de satisfacción de función sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /DSF SATISFACCIÓN	0.025	0.003	0.200	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 83. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - esfera de dolor de índice de disfunción sexual en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para CV SENTIMIENTOS /DSF DOLOR	0.013	0.002	0.103	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 84. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera sentimientos - tolerancia a la frustración de la resiliencia en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para ESTADO CIVIL /CV SOCIAL	8.81	2.75	28.16	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 85. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - tiempo en hemodiálisis en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para TIEMPO EN HEMODIÁLISIS /CV SOCIAL	0.01	0.001	0.091	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 86. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - comorbilidades en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para TIEMPO EN COMORBILIDADES /CV SOCIAL	0.00	0.00	0.03	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 87. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - religión en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RELIGIÓN /CV SOCIAL	22.00	2.11	228.88	0,009

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 88. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - función sexual deseo en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF DESEO/ CVSOCIAL	0.056	0.007	0.439	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 89. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - función sexual excitación en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF EXCITACIÓN/ CVSOCIAL	0.412	0.308	0.552	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 90. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - función sexual lubricación en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF LUBRICACIÓN/ CVSOCIAL	0.021	0.003	0.168	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 91. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - función sexual orgasmo en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF ORGASMO/ CVSOCIAL	0.03	0.004	0.274	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 92. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - función sexual satisfacción en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF SATISFACCIÓN/ CVSOCIAL	0.010	0.000	0.014	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 93. Estimación riesgo entre calidad de vida esfera social - disfunción sexual dolor en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para DSF DOLOR/ CVSOCIAL	0.004	0.000	0.031	0,00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 94. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida sentimientos en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RESILIENCIA / CV-SENTIMIENTOS	0.01	0.00	0.08	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 95. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida social en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RESILIENCIA / CV-SOCIAL	0.05	0.00	0.43	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 96. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida actividades cotidianas en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RESILIENCIA / CV-ACT. COTIDIANAS	0.03	0.00	0.26	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 97. Estimación riesgo entre resiliencia - CV cambio en el estado de salud en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RESILIENCIA / CV- CAMBIO ESTADO SALUD	0.01	0.00	0.10	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 98. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida estado de salud en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RESILIENCIA / CV- ESTADO DE SALUD	0.03	0.00	0.24	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador
Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 99. Estimación riesgo entre resiliencia – calidad de vida actividades cotidianas en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology

Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		Chi-cuadrado de Pearson
		Inferior	Superior	
Odds ratio para RESILIENCIA / CV-DOLOR	0.00	0.00	0.06	0.00

Fuente: Encuestas realizadas entre Feb-Mar del 2014 en pacientes femeninas sometidas a hemodiálisis en CLINEF Norte, INSNEP y Nefrology, Quito-Ecuador

Elaborado por: Montenegro Sara y Ponce Francis; SPSS 22.0

Anexo 100. Tabla de Análisis Bivariado

VARIABLES	OR	IC	P
DISFUNCION SEXUAL FEMENINA			
EDAD	0.84	0.38- 1.83	0.408
PAREJA ESTABLE	0.01	0.002-0.10	0.000
MENOPAUSIA	1.54	0.68-3.48	0.20
TIEMPO DIALISIS	14.353	1.722-119.667	0.003
COMORBILIDADES	37.53	4.72-298.01	0.000
CREYENTE	0.213	0.021-2.123	0.17
CV FISICA	0.67	0.009-0.527	0.001
CV SENTIMIENTOS	0.02	0.00-0.020	0.000
CV SOCIAL	0.030	0.004-0.235	0.000
CV ACTIVIDAD COTIDIANA	0.016	0.002- 0.129	0.000
CV CAMBIO EN EL ESTADO SALUD	0.003	0.000-0.028	0.000
CV ESTADO SALUD	0.014	0.002-0.107	0.000
CV DOLOR	0.000	0.000-0.007	0.000
RESILIENCIA	11.95	1.50-74.98	0.000
POSITIVISMO	0.002	0.00-0.016	0.000
SUPERACION	154.5	19.38-1231.84	0.000
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	170	21.31-1369	0.000
PENSAMIENTO ESTEREOPTIPADO	170.83	21.31-1369.30	0.000

SENSIBILIDAD	117.87	14.96-928.24	0.000
CALIDAD DE VIDA FISICA			
EDAD	0.573	0.92-1.714	0.233
PAREJA ESTABLE	5.75	0.72-45.82	0.05
MENOPAUSIA	1.69	0.64-5.22	0.26
TIEMPO DIALISIS	0.617	0.072-5.284	0.548
COMORBILIDADES	0.27	0.03-0.24	0.18
CREYENTE	0.571	0.056-5.84	0.51
DSF DESEO	27.5	3.481-217.23	0.000
DSF EXCITACIÓN	0.04	0.006- 0.38	0.000
DSF LUBRICACIÓN	11.29	1.43-89.04	0.03
DSF ORGASMO	17.14	2.177-134.99	0.00
DSF SATISFACCION	3.06	0.375-25.03	0.31
DSF DOLOR	1.22	0.037-1.442	0.94
POSITIVISMO	16.37	2.07-128.91	0.000
SUPERACION	0.036	0.005-0.287	0.000
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	0.04	0.005- 0.316	0.000
PENSAMIENTO ESTEREOPTIPADO	0.038	0.005-0.302	0.000
SENSIBILIDAD	0.031	0.004- 0.247	0.000
CALIDAD DE VIDA SENTIMIENTOS			
EDAD	1.11	0.500-2.470	0.478
ESTADO CIVIL	108.42	13.49-870.97	0.000
MENOPAUSIA	0.75	0.32-1.73	0.32
TIEMPO DIALISIS	0.555	0.007- 0.460	0.001
COMORBILIDADES	4.06	2.722-6.058	0.000
CREYENTE	5.82	0.58-58.12	0.12
DSF DESEO	0.010	0.001-0.079	0.000
DSF EXCITACIÓN	166.50	20.75- 1335.99	0.000
DSF LUBRICACIÓN	0.00	0.00-0.007	0.000
DSF ORGASMO	0.004	0.00-0.031	0.000
DSF SATISFACCION	0.025	0.003-0.200	0.000
DSF DOLOR	0.013	0.002-0.103	0.000
POSITIVISMO	232.00	28.2- 1980.66	0.000
SUPERACION	0.010	0.001-0.079	0.000
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	0.01	0.001-0.08	0.000
PENSAMIENTO ESTEREOPTIPADO	0.009	0.001-0.074	0.000
SENSIBILIDAD	0.013	0.002-0.098	0.000
CALIDAD DE VIDA SOCIAL			
EDAD	3.439	1.029-11.494	0.33
PAREJA ESTABLE	8.81	2.75-28.16	0.000
MENOPAUSIA	4.55	1.09-19.00	0.14
TIEMPO DIALISIS	0.010	0.001-0.091	0.000
COMORBILIDADES	0.00	0.00-0.03	0.00

CREYENTE	22.00	2.11-228.88	0.009
DSF DESEO	0.056	0.007-0.439	0.000
DSF EXCITACIÓN	0.412	0.308-0.552	0.000
DSF LUBRICACIÓN	0.021	0.003-0.168	0.000
DSF ORGASMO	0.03	0.004-0.274	0.000
DSF SATISFACCION	0.01	0.000-0.014	0.000
DSF DOLOR	0.004	0.000-0.031	0.000
POSITIVISMO	29.00	3.65- 230.205	0.000
SUPERACION	0.056	0.007-0.439	0.000
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	0.053	0.007-0.419	0.000
PENSAMIENTO ESTEREOPTIPADO	0.053	0.007-0.419	0.000
SENSIBILIDAD	0.064	0.008-0.503	0.001
CALIDAD DE VIDA ACT. COTIDIANAS			
EDAD	2.481	0.916-6.722	0.056
PAREJA ESTABLE	4.04	1.46-11.19	0.008
MENOPAUSIA	0.29	0.09-0.94	0.02
TIEMPO DIALISIS	0.020	0.002-0.172	0.000
COMORBILIDADES	0.00	0.00-0.04	0.00
CREYENTE	13.66	1.34-139.06	0.025
DSF DESEO	0.034	0.004-0.263	0.000
DSF EXCITACIÓN	0.358	0.261-0.490	0.000
DSF LUBRICACIÓN	0.011	0.001-0.086	0.000
DSF ORGASMO	0.020	0.003-0.155	0.000
DSF SATISFACCION	0.006	0.001-0.053	0.000
DSF DOLOR	0.001	0.000-0.010	0.000
POSITIVISMO	49.167	6.2-387.176	0.000
SUPERACION	0.036	0.005-0.285	0.000
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	0.033	0.004-0.258	0.000
PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO	0.035	0.004-0.271	0.000
SENSIBILIDAD	0.042	0.005-0.329	0.000
CALIDAD DE VIDA CAMBIO ESTADO SALUD			
EDAD	1.118	0.498-2.509	0.475
PAREJA ESTABLE	118.538	14.68-956.81	0.000
MENOPAUSIA	0.72	0.30-1.67	0.29
TIEMPO DIALISIS	0.050	0.006-0.416	0.001
COMORBILIDADES	0.01	0.00-0.14	0.00
CREYENTE	6.37	0.63-63.70	0.11
DSF DESEO	0.012	0.02-0.093	0.000
DSF EXCITACIÓN	0.212	0.132-0.339	0.000
DSF LUBRICACIÓN	0.000	0.000-0.007	0.000
DSF ORGASMO	0.005	0.001-0.040	0.000
DSF SATISFACCION	0.022	0.003-0.178	0.000
DSF DOLOR	0.011	0.001-0.089	0.000

POSITIVISMO	200.60	24.60-1635.67	0.000
SUPERACION	0.012	0.002-0.093	0.000
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	0.011	0.001-0.087	0.000
PENSAMIENTO ESTEREOPTIPADO	0.011	0.001-0.087	0.000
SENSIBILIDAD	0.015	0.002-0.113	0.000
CALIDAD DE VIDA ESTADO SALUD			
EDAD	1.842	0.723-4.695	0.145
PAREJA ESTABLE	4.36	1.60-11.84	0.004
MENOPAUSIA	0.46	0.16-1.29	0.10
TIEMPO DIALISIS	0.023	0.003-0.201	0.000
COMORBILIDADES	0.00	0.00-0.04	0.00
CREYENTE	12.00	1.18-121.57	0.03
DSF DESEO	0.029	0.004-0.225	0.000
DSF EXCITACIÓN	47.76	6.11-373.321	0.000
DSF LUBRICACIÓN	0.008	0.001-0.068	0.000
DSF ORGASMO	0.016	0.002-0.130	0.000
DSF SATISFACCION	0.008	0.001-0.068	0.000
DSF DOLOR	0.002	0.000-0.019	0.000
POSITIVISMO	59.00	7.49-464.28	0.000
SUPERACION	0.29	0.004-0.225	0.000
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	0.028	0.004-0.220	0.000
PENSAMIENTO ESTEREOPTIPADO	0.028	0.004-0.214	0.000
SENSIBILIDAD	0.034	0.004-0.263	0.000
CALIDAD DE VIDA DOLOR			
EDAD	1.283	0.588-2.799	0.335
ESTADO CIVIL	33.0	7.12-152.92	0.000
MENOPAUSIA	0.64	0.28-1.46	0.20
TIEMPO DIALISIS	0.167	0.033-0.847	0.021
COMORBILIDADES	0.05	0.01-0.26	0.00
CREYENTE	1.50	0.20-11.08	0.53
DSF DESEO	0.006	0.001-0.051	0.000
DSF EXCITACIÓN	324.00	38.36-2736.72	0.000
DSF LUBRICACIÓN	0.004	0.000-0.032	0.000
DSF ORGASMO	0.001	0.000-0.012	0.000
DSF SATISFACCION	0.035	0.004-0.275	0.000
DSF DOLOR	0.019	0.002-0.151	0.000
POSITIVISMO	1239	108.76-14113.8	0.000
SUPERACION	0.006	0.001-0.051	0.000
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	0.005	0.001-0.042	0.000
PENSAMIENTO ESTEREOPTIPADO	0.006	0.001-0.047	0.000
SENSIBILIDAD	0.008	0.001-0.067	0.000
RESILIENCIA			
EDAD	0.861	0.398-1.860	0.427

PAREJA ESTABLE	0.029	0.004-0.22	0.000
MENOPAUSIA	1.44	0.65-3.18	0.23
TIEMPO DIALISIS	8.170	0.983-6.891	0.024
COMORBILIDADES	19.69	2.50-155.12	0.00
CREYENTE	0.34	0.03-3.45	0.33
DSF DESEO	622.75	84.37-4596.55	0.00
DSF EXCITACIÓN	0.00	0.00-0.02	0.00
DSF LUBRICACIÓN	77.71	9.96-605.87	0.000
DSF ORGASMO	155.07	19.45-1235	0.000
DSF SATISFACCION	14.85	1.86-118.4	0.001
DSF DOLOR	25.33	3.23-198.12	0.000
CV FISICA	0.08	0.01-0.39	0.00
CV SENTIMIENTOS	0.01	0.00-0.08	0.00
CV SOCIAL	0.05	0.00-0.43	0.00
CV ACTIVIDAD DIARIA	0.03	0.00-0.26	0.00
CV CAMBIO EN EL ESTADO SALUD	0.01	0.00-0.10	0.00
CV ESTADO SALUD	0.03	0.00-0.24	0.00
CV DOLOR	0.00	0.00-0.06	0.00