

Influencia de los diferentes tipos de depuración extrarrenal en la actividad física de los pacientes

Lola Andreu
Concha Foyanet
Cristina Gil
Silvia Gracia
Francisca Gruart

Escuela de Enfermería, Universitat de Barcelona.
Servicio de Nefrología, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida.
Servicio de Nefrología, Hospital Creu Roja, Barcelona.
Escuela de Enfermería, Universitat de Barcelona.
Hospital Princeps d'Espanya, Barcelona.

Beca Bieffe 1997-98

RESUMEN

La actividad física es imprescindible para el mantenimiento de la salud existiendo una relación evidente entre la falta de ejercicio y el desarrollo de múltiples patologías, los pacientes sometidos a terapia sustitutiva de la función renal están sometidos a un régimen de vida que puede dificultar el desarrollo de una actividad adecuada. Con el fin de conocer si la forma de terapia de depuración influye en su actividad a un grupo de 72 pacientes (16 en programa de Diálisis Peritoneal Autoática, 24 en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y 32 en Hemodiálisis) se les colocó un podómetro o cuentapasos que registró durante siete días su actividad y kms. recorridos. Los pacientes sometidos a Hemodiálisis mostraron mantenerse durante más horas en actividad sin que hubiera diferencias significativas entre los kms. recorridos entre los distintos grupos.

PALABRAS CLAVE: EJERCICIO FÍSICO, PODÓMETRO, HEMODIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL.

Correspondencia: Lola Andreu.
Escuela de Enfermería, Campus de Bellvitge.
C/ Feixa Llarga s/n.
08907 - L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético que se añade al gasto del metabolismo basal (1). Cada día existe una mayor evidencia epidemiológica de que la inactividad física y la falta de ejercicio están relacionados con diversos trastornos, y son causa de mortalidad e incapacidad en los países desarrollados. Incluso en estudios longitudinales recientes se ha observado que la buena forma física disminuye la mortalidad general ajustada por edad, es decir, podría retrasar la mortalidad por todas las causas, disminuyendo especialmente las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer (2,3).

La relación entre el nivel de actividad física y el riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria ha sido el aspecto más estudiado (4,10), pero hay otros estudios que sugieren que la actividad física puede contribuir a la prevención y control de otras muchas enfermedades (5). Entre ellas cabe destacar por su importancia la hipertensión arterial, la osteoporosis, la diabetes mellitus y determinados tipos de cáncer (5,11). Por otra parte, el ejercicio produce efectos beneficiosos sobre las articulaciones, pérdida de peso y efectos psicológicos positivos para la salud.

La actividad física puede desarrollarse según muchos patrones que van desde los movimientos necesarios para las actividades más elementales hasta el deporte de alta competición. Caminar es una actividad aeróbica, especialmente adecuada para gran parte de la población. Es relativamente fácil incorporar el hábito de caminar a la vida cotidiana; recientes estudios han puesto de manifiesto que caminar de forma regular y con suficiente velocidad se tra-

duce en un aumento considerable de la capacidad aeróbica, lo cual tiene una correspondencia directa con la cardiorrespiratoria, y por tanto con la prevención de enfermedades como el infarto de miocardio (6,7). En otros estudios se ha observado que después de caminar 40 minutos, independientemente de la velocidad de la marcha, se produce una reducción de la ansiedad, de la tensión, y una mejora del humor que se prolonga hasta al menos 2 horas después de haber finalizado el ejercicio (8). Por otra parte el aumento de la esperanza de vida a llevado a un aumento muy importante de la prevalencia de determinadas patologías con sustrato involutivo o degenerativo. Entre las acciones encaminadas a romper el axioma, disminución de la mortalidad-aumento de la morbilidad figura la práctica regular de ejercicio físico como elemento contrarrestador de los cambios debidos a la sensibilidad (9). De entre las formas de ejercicio más aconsejables para este grupo destaca el caminar (10, 11, 12, 13).

En estudios realizados sobre la población general se pone de manifiesto la tendencia al sedentarismo de la sociedad actual, en el mundo occidental las formas de vida urbana prevalecen sobre la rural e incluso en ésta la utilización de medios mecánicos de desplazamiento hacen que cada vez más las personas nos movamos menos en nuestra actividad diaria, siendo frecuentes las patologías derivadas de la falta de ejercicio. Aun con esta premisa y teniendo en cuenta que un grupo de población homogéneo implica grandes variables en cuanto a edad, actividad laboral, hábitos, etc., se considera que una actividad normal implica un descanso nocturno de entre 7 y 9 horas y un recorrido diario de unos 10.000 pasos.

Los enfermos afectos de insuficiencia renal crónica incluidos en programas de terapias sustitutivas de la función renal, constituyen una población que en su conjunto presenta características comunes en cuanto a morbilidad y mortalidad. Los accidentes cardiovasculares figuran entre las primeras causas de muerte de dicha población; es muy frecuente la hipertensión arterial y el número de diabéticos en estos programas es cada vez más elevado (14, 15). Por otra parte se incluyen y mantienen en estos programas a personas con edades cada vez más avanzadas: las medias de edad en España se acercan a los 70 años y no existe prácticamente límite en cuanto a la edad que tenga una persona para ser incluida en programa de hemodiálisis o diálisis peritoneal (16). En cuanto a desarreglos psicológicos, son frecuentes episodios de depresión, ideas obsesivas y tendencia a la autodestrucción (17). Debido a todas estas consideraciones, el ejercicio debería ser una actividad fundamental a recomendar al paciente renal y si la situación física lo permite, el caminar como actividad barata y prácticamente sin contraindicaciones puede facilitar una adecuada rehabilitación.

Los pacientes sometidos de forma continua a terapéuticas sustitutivas de la función renal se ven sometidos a continuas restricciones, y las mismas características de dichas terapias obligan a los pacientes a una forzada inactividad. De alguna forma, el tratamiento influye negativamente en hábitos saludables como el caminar (14). Será necesario conocer hasta que punto estas terapias son limitantes para adoptar actitudes terapéuticas encaminadas a contrarrestar esta influencia negativa.

El movimiento ha sido definido por Henderson como una necesidad básica que el individuo debe satisfacer para alcanzar la salud, y es misión de la enfermera el ayudar al individuo sano o enfermo a satisfacer sus necesidades básicas en cualquier situación (18).

Los profesionales de la salud debemos ser conscientes de que el ejercicio físico es necesario para el mantenimiento de la salud, de qué influencia pueden tener las prescripciones terapéuticas sobre esta necesidad y adoptar medidas para contrarrestar estos efectos negativos (19).

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Cuando se prescribe terapia sustitutiva de la función renal a un paciente se pretende no sólo mantenerlo con vida, sino que ésta alcance la máxima calidad posible. En muchas ocasiones el tratamiento implica una serie de restricciones y cambios en los hábitos que pueden conllevar deterioro de su situación holística. Sólo si los agentes de salud somos plenamente conscientes de las limitaciones que el tratamiento prescrito provoca en el paciente, estaremos en situación de aconsejar las mejores estrategias a seguir, con el fin de minimizar dichos efectos negativos.

Se han realizado numerosos estudios sobre la calidad de vida de los pacientes renales, en general teniendo en cuenta parámetros objetivos (determinaciones analíticas, morbilidad, situación laboral) y subjetivos (encuestas de opinión); no obstante, en la bibliografía, son muy escasos los estudios que recojan de forma objetiva el grado de movilidad que tiene los pacientes y como repercute el tratamiento depurador sobre dicha actividad. Si bien existen numerosos estudios que comparan diferentes sistemas de tratamiento con la calidad de vida de los pacientes, tampoco se suele estudiar de forma específica qué forma de tratamiento permite al paciente una mayor actividad física.

Existen en el mercado aparatos muy sencillos denominados podómetros o cuentapasos que permiten medir de forma objetiva el número de pasos que realiza un individuo en un espacio de tiempo y también calculando previamente la longitud de la zancada, el espacio recorrido. Estos dispositivos se usan con frecuencia en los entrenamientos deportivos o simplemente como una curiosidad (Fig. 1). Medir el número de pasos que un individuo da al



Fig. 1.- Podómetro.

día puede ser un buen parámetro para medir su actividad física. Relacionar este dato con otras variables permite establecer conclusiones provechosas para el paciente.

OBJETIVO

Conocer cual es la actividad física de los pacientes sometidos a depuración extrarrenal y como influye en ella la forma de terapia sustitutiva elegida, hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal automática (DPA) y diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).

PACIENTES Y MÉTODO

Se han seleccionado en cinco Servicios de Nefrología a 72 pacientes sometidos a diferentes formas de depuración extrarrenal. A dichos pacientes se les proveyó de un cuentapasos, con la indicación de que durante 7 días (de martes a lunes) se lo colocaran en la cintura al levantarse y lo retiraran al irse a dormir anotando diariamente la hora de colocación y retirada y el número de pasos marcados. Previamente se midió la longitud de su zancada habitual para poder determinar de forma aproximada el número de metros recorridos. Las mediciones se hicieron a todos los pacientes en un período máximo de cinco semanas con el fin de homogeneizar las situaciones ambientales entre los diferentes grupos. No se han incluido en el estudio a los pacientes que presentaron uno o varios de los siguientes criterios de exclusión:

- Amputaciones.
- Claudicación intermitente.
- Patología grave del aparato locomotor y nervioso.
- Deficiencias visuales y auditivas incapacitantes.
- Insuficiencia cardíaca y/o pulmonar severa.
- La edad no se ha considerado como criterios de exclusión aunque obviamente es un parámetro fundamental al relacionarlo con las demás variables y establecer con-

clusiones.

Definimos como *actividad realizada por el paciente* el número de horas que el paciente había llevado puesto el cuentapasos, (desde el momento de levantarse al de retirarse a dormir, desechando actividad nocturna, como levantarse durante la noche para ir al lavabo, etc.).

Definimos como *actividad física* al número de pasos/km. realizados por el paciente desde que se levanta hasta que se acuesta medidos por un cuentapasos.

Para estudiar el grado de *actividad total* se ha tenido en cuenta:

- Horas de actividad diaria (que corresponde a la media de horas de actividad).

- Actividad física es decir, kilómetros andados diariamente (que corresponde a la media de pasos diarios multiplicados por la longitud de la zancada).

Para estudiar la posible repercusión del tipo de tratamiento en el grado de actividad total se ha tenido en cuenta:

1. La variable dependiente grado de actividad total (horas entre que el paciente se levanta y acuesta para el descanso nocturno y kms./pasos andados diariamente).

2. La variable independiente (forma de tratamiento).

La clasificación de los enfermos según la forma de tratamiento se ha realizado de dos formas distintas:

- 1) Agrupados en tres categorías: HD, DPA, DPCA.

- 2) Agrupados en dos categorías: HD/si HD/no.

Los datos obtenidos se han relacionado con las siguientes variables: 1) Datos clínicos y 2) Encuesta sociolaboral (anexo I).

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete SPSS con él, se ha realizado un estudio descriptivo de todas las variables. Para el contraste de la hipótesis se ha utilizado las pruebas de Kruskal-Wahis y Anova en las variables cuantitativas y la prueba de f_2 en las cualitativas.

RESULTADOS

— Descripción de las principales características de la muestra estudiada.

- En el estudio han participado 72 individuos, 26 mujeres y 46 hombres (36% mujeres y 64% hombres) de edades comprendidas entre los 22 y los 82 años (media 52,7 años).

- De estos, 51 (70,8%) tenían en el momento del estudio pareja estable, mientras que el resto eran solteros, viudos o separados.

- Sólo 6 de los sujetos vivían solos, 2 vivían en una residencia y el resto estaban acompañados de sus familiares.

- El nivel cultural fue mayoritariamente de graduado

escolar o formación profesional.

- En cuanto a situación de actividad el 73,3% estaban o de baja o retirados, así mismo el 76,4% eran pensionistas.

- Un porcentaje importante, el 87,5% eran totalmente independientes en cuanto a sus autocuidados, mientras que el resto necesitaban de algún tipo de ayuda.

- El tipo de vivienda fue mayoritariamente urbano, viviendo el 87,6% en un piso.

- La mitad de la muestra (el 52,8%) dependían como medio de transporte, de vehículos públicos y el resto disponían de vehículo propio.

- Los hábitos de sueño fueron buenos en el 34,7% de los sujetos. No realizaban prácticas deportivas el 86,1%, aunque el 58,3% manifestaban tener alguna afición.

- En cuanto a si la temperatura ambiental modificaba sus hábitos de paseo, el 63,9% contestaron afirmativamente.

- En cuanto a estabilidad psicológica, el 81,9% no habían recibido ningún tipo de asistencia psicológica.

- Un 34,7% no presentaban ninguna patología asociada que pudiera condicionar su movilidad el resto presentaron patologías diversas destacándose las alteraciones circulatorias en un 13,9%.

- En cuanto a otras características físicas, destaca una tendencia a la hipertensión, presentando la mayor parte de paciente hemátocritos y KTV considerados habitualmente correctos en los pacientes renales. La normonutrición es el patrón alimentario más frecuente (87,2%).

- La mayor parte de ingresos hospitalarios se relacionaron con la técnica de depuración (79,4%).

- El 44,4% de los pacientes estaban sometidos a hemodiálisis mientras que el 55,6 realizaban Diálisis Peritoneal 33,3% en su forma APD y 22,2% en CAPD (Fig. 2).

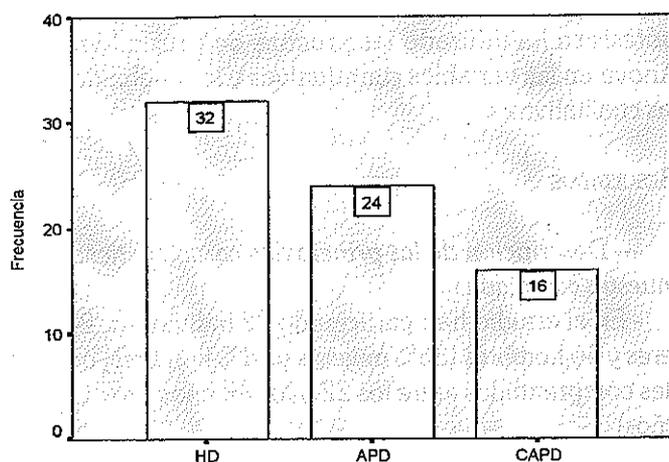


Fig. 2.- Tratamiento actual.

- El tiempo de tratamiento fue de 2 a 248 meses con una media de 43 meses.

- La situación de los pacientes con respecto a la lista de espera para TR fue de 59,75% en lista frente a 40,35 sin estarlo.

- La calidad de vida percibida por los pacientes fue buena en un 48,6%, regular en un 47,2% y mala en un 4,2%.

- En la etiología de la insuficiencia renal (Fig. 3) se destacan las enfermedades de origen metabólico en 23 pacientes.

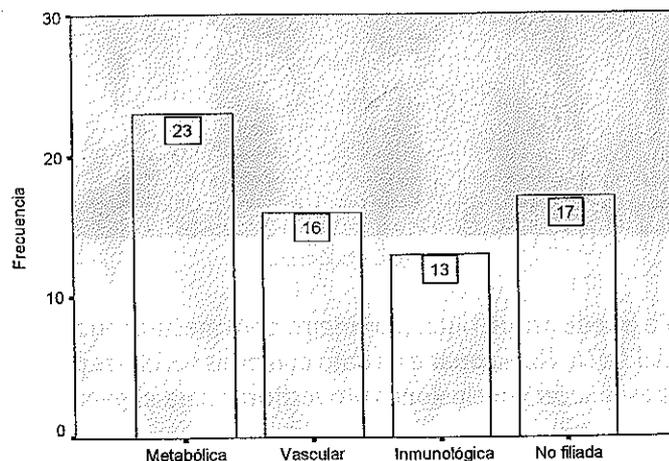


Fig. 3.- Etiología de la Insuf. Renal.

Dado que uno de los objetivos del estudio fue conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de tratamiento y el grado de actividad total y algunas de las variables podían producir interacción o confusión, se comprobó que los grupos eran homogéneos en cuanto a las siguientes variables:

- Edad.
- Sexo.
- Etiología de la insuficiencia renal.
- Tiempo de duración del tratamiento.
- Número de ingresos hospitalarios.
- Número de días de ingreso.

No se han observado diferencias en las frecuencias o en la distribución de las variables mencionadas entre los distintos grupos de tratamiento considerados:

- HD, APD, CAPD.
- HD si/ HD no

RESULTADOS DE ACTIVIDAD TOTAL

En cuanto a si existen diferencias en el número de horas de actividad promedio diaria en función del tipo de tratamiento sea HD, APD y DPCA los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de hemodiálisis respecto al grupo de APD. En el grupo de hemodiálisis los individuos tiene en promedio 1,9 horas más de actividad que los grupos de APD. No se observan diferencias entre el grupo HD y el de DPCA ni entre el grupo APD y CAPD (Fig. 4).

INFLUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL EN LA ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES

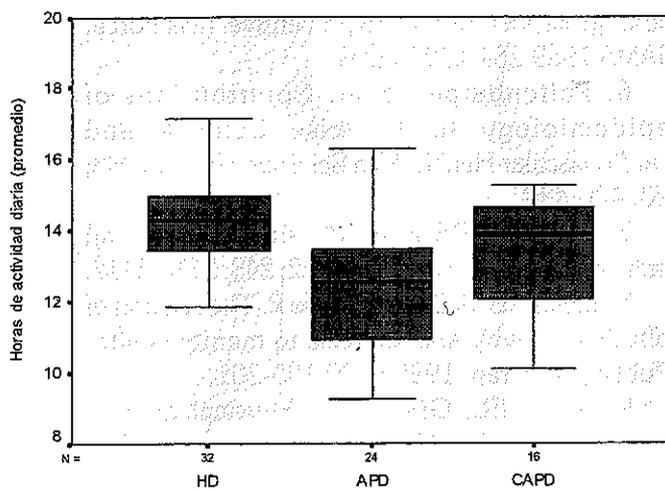


Fig. 4.- Horas de actividad.

Los individuos en HD tienen un promedio de 1,4 más de actividad que el grupo que sigue tratamiento con Diálisis peritoneal en cualquiera de sus formas (Fig. 5).

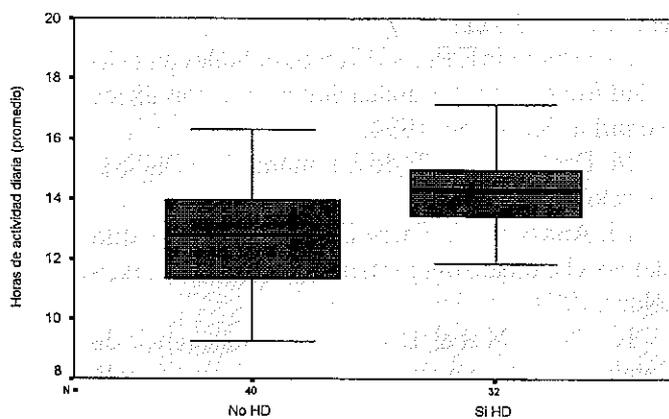


Fig. 5.- Horas de actividad.

En cuanto a la actividad física (al número de pasos/kms. recorridos) aunque la media ligeramente más alta para los individuos sometidos a HD, ya que es 4,93 km., mientras que para los de DPA es de 4,72 y para los de DPCA es de 3,82, estas diferencias no son estadísticamente significativas (Fig. 6). Así mismo si comparamos los grupos HD si, HD no, la media es de 4,93 km. para HD si y 4,36 km. para HD no siendo tampoco estadísticamente significativo.

En cuanto a la asociación entre variables existe correlación entre los pasos/kms. recorridos y la edad no relacionándose con otras variables como años de tratamiento.

DISCUSIÓN

Antes de establecer nuestras conclusiones, quisiéramos

resaltar algunos aspectos que creemos pueden ayudarnos a conocer mejor al paciente renal. Ante todo destacar la excelente colaboración de nuestros pacientes y el cumplimiento de las condiciones de la prueba, sólo de forma anecdótica se tuvo que desechar algún sujeto por no haber realizado la prueba correctamente; tengamos en cuenta que aunque aparentemente sencilla no deja de representar una molestia, durante toda una semana estar al tanto de un cuentapasos, llevarlo encima y hacer las anotaciones oportunas.

Otro aspecto importante a remarcar es la dificultad que hemos tenido para encontrar pacientes sin que "a priori" no tuvieran la movilidad alterada, esto ha sido especialmente difícil en el grupo de pacientes de DPCA, quizás este sea un motivo más de reflexión de cuales son en muchas ocasiones las características físicas de los pacientes sometidos a esta forma de terapia.

Por último al analizar nuestros resultados observamos que las distintas formas de tratamiento tiene una influencia contradictoria respecto a la movilidad, por una parte los pacientes en HD tiene la necesidad de ir al hospital durante el día (muchas veces por la mañana) y esto les obligan a limitar las horas de descanso nocturno, pero por otra parte las horas de tratamiento les obliga a una inmovilidad forzosa, pese a esto en nuestro estudio su actividad física, es decir, los pasos/kms. que recorren al día es ligeramente superior a la de los pacientes sometidos a diálisis peritoneal en cualquiera de sus variantes.

Los pacientes en DPA en general se obligan a muchas horas de reposo nocturno para poder realizar la terapia depuradora, no logrando nuestro grupo en el resto de tiempo libre superar la actividad de los otros grupos de pacientes (DPCA o HD).

Por último nuestros pacientes en DPCA no tienen en teoría ninguna restricción en cuanto a horarios de descanso nocturno o distribución de su tiempo pero a la práctica

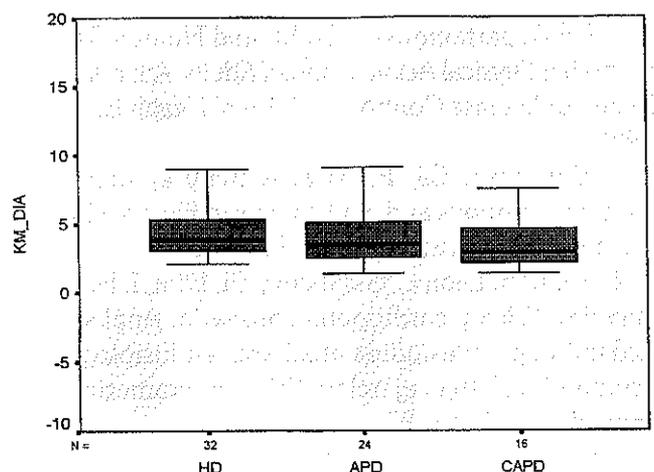


Fig. 6.- Actividad física.

y probablemente al ser mayor la dependencia que el tratamiento impone (necesidad de hacer los recambios y tiempo que necesitan para hacerlo) no llegan a alcanzar el grado de actividad de los pacientes en HD o DPCA, aunque en numerosas ocasiones se cita esta técnica como favorecedora de la independencia del paciente, a la vista de los resultados obtenidos no puede considerarse como la más adecuada para mejorar la movilidad de los pacientes.

CONCLUSIONES

Del análisis de estos datos podemos obtener las siguientes conclusiones:

1º. El sistema depurador influye significativamente en las horas de actividad de los pacientes.

2º. El sistema depurador no influye significativamente en el número de pasos/kms/día, en este sentido ninguna forma de terapia puede considerarse más efectiva para favorecer el hábito de caminar.

3º. Las horas de actividad diaria (horas no dedicadas al descanso nocturno) son mayores de los pacientes en programa de hemodiálisis.

4º. Y por último no olvidar que los resultados de la actividad física en este grupo están sesgados por la selección previa de pacientes, pero que en general los pacientes sometidos a depuración extrarrenal tiene la necesidad de movimiento alterada por lo que se debe fomentar en ellos hábitos de vida que contemple la actividad física y la realización de algún ejercicio aeróbico que incluya el caminar con el fin de mejorar su calidad de vida y disminuir el riesgo de morbimortalidad que implica el sedentarismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenser CJ, Powel KE, Christenson GM. "Physical Activity, Exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health rep 1985; 100 ("): 126-131.

2. US Department of Health and Human Services: Promoting Physical Activity among Adults. Atlanta, Georg. Center for Disease Control. Division of Health Education, 1988.

3. Carpenser CJ. Physical Activity epidemiology: Concepts, methods and applications to Exercise Science. Exer Sports Sis Rev., 1989; 17: 423-473.

4. Arthur S, Leon L, Goldberg y DL Eliot, I. Niveles de actividad física y cardiopatía coronaria. Análisis de la epidemiología y estudios auxiliares en Fisiología y en Fisiopatología en el ejercicio físico. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid 1985.

5. Harris SS et al. Physical activity counseling for healthy adults as a primary preventive intervention in the clinical

setting: Report for the US preventive Task Force. JAMA 1989.261:3590-3508.

6. Paffenbarger RS Jr. Contributions of epidemiology to Exercise Science and cardiovascular Health. Med Sci Sports Exerc 1988; 20: 426-438.

7. Siscovick DS et al. Physical activity and primary cardiac arrest. JAMA 1982; 243: 3113-3117.

8. Taylor CB, Sallis JF, Neadle R. The relation of physical activity and exercise to mental health. Public health rep. 1985.; 100.195-201.

9. Smith EL, Gilligan C. Physical activity prescription for the older adult. Phisician and Sport medicine 11:91-101.1983.

10. Ministerio de Cultura: comportamiento cultural de los españoles. Madrid 1985.

11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta nacional de Salud. Madrid 1990.

12. Salleras L. Serra L. Actividad física y Salud. En Piedrola et al. (eds.). Medicina Preventiva y Salud Pública (9ª ed.). Salvat Editores. Barcelona 1991; 16:120-122.

13. Drobonic F, Pujol P. Temas actuales en actividad física y salud. Publicaciones de laboratorios Menarini. Badalona. 1994.

14. Drobonic J, y Todd S.I. manual de Diálisis, Barcelona 1996.

15. Andreu L. Y Force E. 500 preguntas que plantea el cuidado del paciente renal. Masson. Barcelona 1997.

16. Cleries M et al. Registre de malalts renals de Catalunya. Informe estadistic 1995. Servei Català de Salut. Àrea sanitària. Barcelona 1997.

17. Cosh, R i Mas luz, iluminando la oscuridad! EDTNA/ERCA Jornal (ed. esp.) 19/3 1993.

18. Henderson V. Principios básicos de Enfermería. 4ª ed. Salvat Editores. Barcelona 1998.

19. Brunner L. S. Suddart D.S. Enfermería médico quirúrgica 7ª ed. Interamericana-Mc Graw-Hill. Madrid 1994.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean dejar constancia de su agradecimiento por la colaboración prestada a:

- Antonio López y Equipo de Enfermería. Servicio de Nefrología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

- Lluisa Santos y Equipo de Enfermería. Centro de Nefrología "Baix Llobregat". L'Hospitalet de Llobregat.

INFLUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL EN
LA ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES

ANEXO

Bieffe 1997-98

IDENTIFICACIÓN..... (1)

1^{er} APELLIDO..... (2)

2^{do} APELLIDO..... (3)

NOMBRE..... (4)

Seco (0= Femenino / 1= Masculino)..... (2)

Edad (años)..... (3)

¿Cuál es la causa de su enfermedad renal)..... (4)
(1= Metabólica / 2= Vascular / 3= Inmunológica / 4= No filiada)

¿Cuánto tiempo (en meses) hace que está en tratamiento por la I. renal?..... (5)

¿Qué tipo de tratamiento sigue actualmente?..... (6)
(1= HD / 2= APD / 3= CAPD)

¿Cuántos meses hace que inició el tratamiento actual?..... (7)

¿Qué tipo fue el tratamiento que siguió con anterioridad (el último)?..... (8)
(0= Ninguno / 1= HD / 2= APD / 3= CAPD)

¿Cuántos ingresos hospitalarios ha requerido en el último año?..... (9)

¿Cuántos días ha permanecido ingresado (en total)?..... (10)

¿Los ingresos han estado relacionados con la técnica de diálisis?

0= No 1^{er} ingreso..... (11)
1= Si 2^{do} ingreso..... (12)
 3^{er} ingreso..... (13)

¿Está en lista de espera para un trasplante renal?..... (14)
(0= No / 1= Si)

Peso (en Kg.)..... (15)

Talla (en cm)..... (16)

KTV..... (17)

Hto (%)..... (18)

TA sistólica (mm Hg)..... (19)

TA diastólica (mm Hg)..... (20)

**INFLUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL EN
LA ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES**

¿Padece otro tipo de enfermedades?

Otras patologías asociadas (I)..... (21)

Otras patologías asociadas (II)..... (22)

0 Ninguna	3 Respiratorio	6 Musc-esquel
1 Ocular	4 Circulatorio	7 Endocrino
2 ORL	5 Digestivo	8 Otras

¿Ha necesitado o necesita asistencia psicológica?..... (23)
(0= No / 1= Si)

¿Cuál es su estado civil?..... (24)
(0= Soltero / 1= Casado / 2= Viudo / 3= Divorciado, separado)

¿Cuántos hijos tiene?..... (25)

Entorno emocional..... (26)
(0= Vive solo / 1= Vive con los familiares / 2= Vive en una residencia)

¿Qué estudios tiene (nivel cultural)?..... (27)
(0= Sin estudios / 1= Graduado escolar / 2= Formación profesional / 3= Formación universitaria)

¿Está en activo?..... (28)
(0= No / 1= Si)

¿Cuántas horas trabaja a la semana?..... (29)
(1= Cuenta propia / 2= Asalariado)

¿Trabaja por cuenta propia o es un asalariado?..... (30)
(1= Cuenta propia / 2= Asalariado)

¿Cuál es su nivel de dependencia económica?..... (31)
(0= Independiente / 1= Pensionista; ILT / 2= Dependiente)

Capacidad de autocuidados:..... (32)
(0= Absolutamente independiente / 1= Necesita ayuda)

Tipo de vivienda..... (33)
(0= Planta baja / 1= Piso)

Medio de locomoción habitual..... (34)
(0= Transporte público / 1= Vehículo propio)

Hábitos de sueño..... (35)
(0= Deficientes / 1= Buenos)

Hábitos nutricionales..... (36)
(0= Desnutrición / 1= Normonutrición / 2= Sobrenutrición)

Cuando hace mucho calor o mucho frío sale igualmente a pasear?..... (37)
(0= No / 1= Si)

¿Práctica algún deporte?..... (38)
(0= No / 1= Si)

¿Tiene alguna otra afición?..... (39)
(0= No / 1= Si)

Valore su calidad de vida..... (40)
(0= Mala / 1= Regular / 2= Buena)