



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA TERMINAL QUE ASISTEN AL SERVICIO DE
HEMODIALISIS DEL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO
PIURA 2016”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA**

BACHILLER

PACHERREZ REBOLLEDO RUTH LIZETH

ASESORA:

IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO

LIMA - PERÚ, 2018

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL QUE ASISTEN
AL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL JORGE
REATEGUI DELGADO PIURA 2016”**

A DIOS todopoderoso por guiarme en todo momento, ayudándome a seguir adelante con perseverancia y optimismo para lograr unas de las metas trazadas

Agradezco a Dios Todopoderoso, a mis padres por el apoyo en mis estudios y en mi vida personal

Un sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron a culminar con éxito la presente investigación, en especial a mis profesores que no permitieron que flaqueara y me alentaron a continuar.

RESUMEN

El presente estudio titulado “Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de hemodiálisis del hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016” fue de tipo cuantitativo de diseño descriptivo, no experimental de corte transversal, de nivel aplicativo, la muestra de estudio estuvo constituida por los 126 pacientes. Se llegó a las siguientes conclusiones:

La mayoría de los pacientes con IRCT, fluctúan entre los 43 a 50 años de edad, son casados, tienen estudios de secundaria, y su condición laboral es dependientes. La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal tiene una buena calidad de vida en lo concerniente a la dimensión física, seguida por la dimensión social, y un poco deficiente en la dimensión emocional. La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión física, tienen un buen sueño y reposo, buenas actividades físicas y llevan una buena alimentación. La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión social los pacientes tienen un buen desempeño laboral, han modificado sus valores, creencias y percepciones referente a la enfermedad, realiza su autocuidado en relación a su enfermedad, pero mantienen una mala comunicación con su familia, amigos. La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión emocional los pacientes tienen una deficiente vitalidad, una buena autoestima, la mayoría se encuentran deprimidos, manifiestan sentirse nerviosos constantemente, y la mayoría tiene algún tipo de desequilibrio emocional.

Palabras claves: calidad de vida, IRC, hemodiálisis.

ABSTRACT

The present study entitled "Quality of life of patients with terminal chronic renal failure attending the hemodialysis service of the Jorge Reátegui Delgado Piura hospital. 2016 "was a quantitative type of descriptive design, not experimental cross-section, application level, the study sample was constituted by the 126 patients. The following conclusions were reached:

The majority of patients with ESRD fluctuate between 43 to 50 years of age, are married, have high school studies, and their working condition is dependent. The quality of life of patients with terminal chronic renal failure has a good quality of life as regards the physical dimension, followed by the social dimension, and a little deficient in the emotional dimension. They have good sleep and rest, good physical activities and good nutrition. The quality of life of patients with terminal chronic renal failure in the social dimension patients have a good work performance, have modified their values, beliefs and perceptions regarding the disease, perform their self-care in relation to their disease, but maintain a bad communication with your family, friends. The quality of life of patients with terminal chronic renal failure in the emotional dimension patients have a poor vitality, a good self-esteem, most are depressed, they show feeling nervous constantly, and most have some kind of emotional imbalance.

Key words: quality of life, IRC, hemodialysis.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---------------------------------------|---|
| 1.1. Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2. Formulación del problema | 5 |
| 1.2.1. Problema General | 5 |
| 1.2.2. Problemas Específicos | 6 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | 6 |
| 1.3.1. Objetivo general | 6 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 6 |
| 1.4. Justificación del estudio | 7 |
| 1.5. Limitaciones de la investigación | 8 |

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes del estudio | 9 |
| 2.2. Base teórica | 14 |
| 2.3. Definición de términos | 31 |
| 2.4. Variables | 32 |
| 2.4.1. Definición conceptual de la variable | 33 |
| 2.4.2. Definición operacional de la variable | 33 |
| 2.4.3. Operacionalización de la variable | 33 |

| | |
|---|----|
| CAPITULO III: METODOLOGIA | |
| 3.1. Tipo y nivel de investigación | 34 |
| 3.2. Descripción del ámbito de la investigación | 34 |
| 3.3. Población y muestra | 35 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos | 35 |
| 3.5. Validez y confiabilidad del instrumento | 35 |
| 3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos | 35 |
| | |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 36 |
| | |
| CAPÍTULO V: DISCUSION | 42 |
| | |
| CONCLUSIONES | 44 |
| | |
| RECOMENDACIONES | 45 |
| | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 46 |
| | |
| ANEXOS | |
| Matriz | |
| Instrumento | |

INTRODUCCIÓN

En nuestros días es cada vez más común encontrar en los centros de atención médica a pacientes con infinidad de enfermedades, en su mayoría crónicas que llevan a un desenlace drástico para las familias que viven con un miembro enfermo y con pocas posibilidades de vida, que angustia y preocupa a la misma.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar ya que de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que invade la calidad de vida del paciente y de la familia siendo esta última quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente, durante y después de que llegue el final del enfermo.

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, suele sufrir cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia. Es por este motivo, que es trascendental estudiar la Calidad de Vida de este tipo de pacientes, ya que nos permite analizar en qué medida la vida de un paciente es afectada por las diferentes intervenciones que requieren y por los daños que les provoca la enfermedad y/o tratamiento. Por otra, permitir que los profesionales de Enfermería consideren cómo afecta la enfermedad a las personas integralmente, para poder realizar intervenciones más adecuadas.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica (IRC) o enfermedad renal crónica (ERC) es el deterioro gradual y permanente de la función renal a lo largo de varios meses, no provoca síntomas de uremia hasta que la filtración glomerular desciende aproximadamente de 10 a 15% de lo normal. (1)

En donde la pérdida progresiva (por 3 meses o más) es irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG) $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$. Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre. (2)

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial cada vez más importante debido a la incidencia y prevalencia creciente.

En el mundo son cerca de 500 millones las personas afectadas por esta enfermedad, de ahí que se hable de ella como una de las epidemias del siglo XXI. En nuestro país el número de pacientes con enfermedad renal crónica ha ido aumentando progresivamente en paralelo a la incidencia creciente de patologías como Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial, los

cambios demográficos y sociales ocurridos durante las últimas décadas, constituyen puntos de quiebre importantes para la salud, debido que, el proceso urbanístico, los hábitos alimenticios no saludables y estilos de vida inadecuados han condicionado un aumento progresivo de la morbimortalidad de esta patología. (3)

Hasta el momento no tiene cura, sin embargo, las terapias desarrolladas para tratarla permiten mantener y prolongar la vida. La hemodiálisis es la terapia que se utiliza con mayor frecuencia a nivel mundial y en Perú también. Es un tratamiento altamente complejo, exigente, puede llegar a ser muy restrictivo e implica cambios profundos en el estilo de vida.

A nivel mundial, la IRC y la IRCT están teniendo una tendencia creciente en los países de ingresos bajos y medios, debido a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

En el Perú aproximadamente 300 mil personas padecen de Insuficiencia Renal Crónica, mientras que la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica Terminal estaría cerca a los 9,000 pacientes por año que requieren diálisis y/o trasplante renal. Asimismo, se calcula que más de dos millones y medio de personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad. (4)

En España el costo anual asociado al tratamiento de las fases avanzadas de la IRC se estima en más de 800 millones de euros, una idea generalizada asume que esta enfermedad es una patología rara y compleja; pero la realidad es que en su fase temprana es frecuente y de fácil tratamiento, solo una pequeña porción de enfermos evoluciona hacia la insuficiencia renal terminal con sus complicaciones asociadas y necesidad de tratamiento renal sustitutivo. (5)

En los Estados Unidos de Norteamérica, el número de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), que requieren tratamiento

sustitutivo renal, ha aumentado más de tres veces en las últimas dos décadas, llegando a una incidencia de 334 pacientes por millón de habitantes. Considerando la tendencia demográfica, se ha proyectado que en el año 2030, habrá aproximadamente 2,2 millones de pacientes que requerirán diálisis o trasplante.

Dentro de las causas que llevan a la insuficiencia renal crónica, también en Estados Unidos, la diabetes tipo 2 ocupa el primer lugar dando cuenta de 40% de los pacientes que ingresan a tratamiento sustitutivo renal. (6)

Washington, DC, el 10 de marzo de 2015 (OPS/OMS).- La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) llaman a prevenir la enfermedad renal crónica y a mejorar el acceso a su tratamiento. Ambas instituciones se aliaron para promover estrategias que reduzcan la brecha que separa a los pacientes del tratamiento que puede prolongar y salvarles la vida. (7)

Se puede prevenir pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones como son la diálisis y el trasplante de riñón, ya son altamente invasivas y costosas. Muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos para todas las personas que los necesitan. La cantidad de especialistas disponibles también resultan insuficientes.

Según datos de la SLANH, en América Latina un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvieron acceso en 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función que sus riñones ya no pueden realizar: hemodiálisis (realizada por una máquina), diálisis peritoneal (utilizando fluidos en el abdomen a través de un catéter) y el trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200.

La OPS y la SLANH están impulsando acciones para elevar la tasa de tratamiento de sustitución de la función renal hasta 700 pacientes por millón de habitantes en cada país de Latinoamérica para 2019. (8) "En un continente tan extenso, con importantes dificultades en el acceso, sobre todo de poblaciones alejadas de los centros de salud, debemos desarrollar más la diálisis peritoneal domiciliaria, un tratamiento seguro, efectivo y que se puede extender a muchos pacientes que hoy no están recibiendo tratamiento", puntualizó Walter Douthat, presidente de la SLANH.

En el Perú, según Cesar Loza, vicepresidente de la Sociedad Peruana de Nefrología (SPN), en Lima existen al menos 450 mil personas con algún grado de mal renal. (8). El MINSA atiende a unos 2,000 pacientes en sus ambientes de diálisis.

Carlos Pereda, director del Centro Nacional de Salud Renal, de Essalud, informa que la seguridad social brinda diálisis a 9.800 enfermos renales. "El 85% de ellos se someten a hemodiálisis y el 15% a diálisis peritoneal. Además, el 60% de las diálisis de la seguridad social se hace en Lima", agrega Pereda. (9)

EsSalud atiende al 95% de pacientes con este diagnóstico en 48 centros establecidos en Lima, Piura, Chiclayo, Trujillo, Cuzco, Tacna, Arequipa e Ica. Si consideramos que un paciente se debe hemodializar 13 veces al mes, este centro realiza cada año un promedio de 75 mil sesiones de hemodiálisis sólo en Lima. (10)

El trasplante renal representa en la actualidad el medio más eficaz de restituir la salud a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, pero la escasez de donantes lo ha convertido en una posibilidad lejana para los pacientes, que deben acostumbrarse a las máquinas de un hospital o a las fístulas y catéteres necesarios para los procedimientos que los mantienen vivos.

En lo que corresponde al departamento de Piura, según registro de atención a pacientes del servicio de hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado, se encuentran registrados 926 pacientes, de los cuales, 126 pacientes son atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado y 800 pacientes son atendidos en clínicas particulares.

Durante las prácticas clínicas se ha observado que a pesar de los denodados esfuerzos que despliega el personal especializado (médicos y enfermeras) para mantener a estos pacientes estables, se evidencia en estos pacientes distintos grados de afectación, no sólo física, sino también emocional y social. Se pudo conversar con algunos pacientes, los cuales refieren que el personal de enfermería solo se acerca al inicio y final del tratamiento dialítico, mas no brindan algún tiempo adicional para conversar y compartir algunos problemas que los aquejan, además la gran mayoría de los pacientes manifiestan algunas frases comunes, por ejemplo: “me siento cansado”, “no tengo ganas de seguir adelante”, “cuando se acabara esto”. Algunas de estas expresiones pueden deberse a que tienen muchas restricciones en lo que respecta a su alimentación, líquidos, esfuerzo físico, limitaciones familiares y sociales. Sumado a ello tienen una rutina establecida dependiente de la hemodiálisis, necesidad de acudir en horario interdiario al hospital, muchas veces acuden solos a las terapias, deben resistir algunas de las complicaciones post hemodiálisis por ejemplo: calambres, hipotensión, descompensaciones hemodinámicas, etc. Es decir los profesionales de enfermería, desconocen aspectos importantes de la vida de sus pacientes, es por ello el interés de realizar la presente investigación

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión física que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016?

- ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión social que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016?

- ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión emocional que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión física que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016

- Identificar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión social que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016

- Identificar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión emocional que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016

1.4. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen. (11)

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto físico, mental y social, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un periodo de meses o años. Perilla y Fernández encontraron que esta es una de las enfermedades crónicas con más incidencia en la actualidad, afecta a millones de personas lo que implica que es una de las enfermedades más costosas, en comparación con otras enfermedades crónicas, debido a que requiere en sus tratamientos el uso de máquinas especiales y/o medicamentos de alto costo. (12)

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento que tiene para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional. Los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud.

El profesional de enfermería debe conocer la realidad de sus pacientes, como es su vida cotidiana, qué piensan, qué sienten y cómo es su desarrollo social, teniendo en cuenta que su objetivo de trabajo es brindar

un cuidado humanizado dirigido a atender, apoyar y acompañar a individuos en la prevención, recuperación y/o mantenimiento de su salud, logrando así mejoras y/o cambios en sus actitudes.

En este sentido el profesional de enfermería no solo atenderá problemas físicos o fisiológicos de sus pacientes sino que atenderá también aspectos mentales y sociales, favoreciendo con ello la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. Por otro lado los resultados obtenidos en el presente estudio permitirán a los profesionales de enfermería y a los demás miembros del equipo de salud (médicos, técnicos de enfermería, biomédicos, nutricionistas, etc.) conocer sobre la calidad de vida que tienen los pacientes con IRCT sometidos a hemodiálisis.

Este estudio de investigación al describir la calidad de vida que tienen los pacientes con enfermedades crónicas renales sometidos a hemodiálisis permitirá plantear estrategias para el mejoramiento continuo de nuestro trabajo, lo que redundará en beneficio de la población. De igual manera contribuirá a la institución para disminuir los costos, porque conociendo la calidad de vida de los pacientes podrá prevenir y disminuir las complicaciones de su enfermedad.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación, corresponde a la población de estudio, ya que la muestra solo corresponde a los pacientes que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016

La segunda limitación, corresponde a los resultados que se obtengan sólo servirán para la institución donde se llevara a cabo la investigación

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

MIRANDA Méndez, Irza realizó un estudio titulado “Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula. Guatemala”. 2014. Cuyo objetivo general fue describir la Calidad de Vida de las personas que padecen de Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula. Llegó a la siguiente conclusión:

“La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad progresiva y altamente demandante de los recursos del individuo que la padece y de su familia con serias consecuencias sobre su calidad de vida. Las dimensiones que evalúa el SF-36 en las que se evidenció mayor afectación en la percepción de calidad de vida fueron: el Rol Físico, Rol Emocional, Función Física, Dolor Corporal, Rol Social, Energía y Vitalidad, Salud Mental y Salud General. Lo anterior repercute con incapacidad para el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la afectación en su salud física y su estado emocional. Así también su calidad de vida

interfiere con la capacidad para realizar actividades diarias tales como bañarse o vestirse. La valoración global del estado de salud según el grupo de estudio, es que el 67% en promedio de las personas encuestadas tiene una apreciación de Regular a Mala de su calidad de vida. Respecto al estado civil, el 38% son casados, 29% unidos, y el 33% personas soltero y viudo pero si cuentan con una red de apoyo familiar, lo cual favorece en cierta medida una buena adhesión al tratamiento. Sabiendo la percepción de la calidad de vida, el profesional puede centrarse más en las necesidades reales de la persona y no verlo sólo como un enfermo, sino como un “ser humano biopsicoespiritual”, es decir abordarlo de una manera más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando cada persona en particular”.

(13)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

CHÁVEZ Dextre, Jessica Isabel en su un estudio titulado “Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza 2013”. Cuyo objetivo general es: Determinar la calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza. Lima. 2013. Llegó a la siguiente conclusión:

“La calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis, la mayoría manifiesta que es de regular a deficiente, ya que la salud actual es más o menos igual que hace un año. La dimensión física está dado por que los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis, la mayoría manifiesta que es de regular a deficiente, ya que la salud física interfiere en el trabajo y otras acciones diarias incluyendo el autocuidado tales como el caminar, inclinarse, y realizar esfuerzos; es decir piensan que el rendimiento es menor que el deseado, limitándose en el tipo de

actividades realizadas o dificultad en su realización. La calidad de vida en la dimensión el rol físico está dado por que los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis, la mayoría manifiestan que es de regular a deficiente, la salud física interfiere en el trabajo y otras acciones diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en su realización, tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, tornándolo más dependiente y a afectar su autoestima. La calidad de vida del paciente renal en la dimensión dolor corporal en el servicio de hemodiálisis, la mayoría manifiesta que es de regular a deficiente porque lo han presentado en las 66 últimas 4 semanas lo que ha dificultado y limitado su desempeño en su vida laboral. Respecto a la Salud General (SG) la mayoría de los pacientes expresaron que la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis es de regular a deficiente ya que piensan que su salud va a empeorar y que se ponen enfermo más fácilmente que otras personas. La calidad de vida del paciente renal en la dimensión vitalidad en el servicio de hemodiálisis, la mayoría manifiesta que es de regular a deficiente ya que se sienten cansados y agotados. La calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión rol emocional, la mayoría expresa que es de regular a deficiente ya que manifiestan que han presentando problemas emocionales que les hizo reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas e hicieron menos de lo que hubieran querido realizar. En cuanto a la calidad de vida del paciente con enfermedad renal en la dimensión salud mental la mayoría refiere que es de regular a deficiente, ya que se han sentido desanimado, deprimido, nerviosos y nada le sube el estado de ánimo. Acerca de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión función social, la mayoría expresan que es de regular a deficiente ya que presentan dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas”. (14)

DEL RIO Sullon, Rosmery Lizbeth realizó un estudio titulado “Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional Dos de Mayo – 2015”. Cuyo objetivo general es: Determinar los estilos de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional Dos de Mayo. Llegó a la siguiente conclusión:

“A nivel de la dimensión física la mayoría de los pacientes encuestados presentan estilos de vida saludables, esto referido a que consumen sus comidas principales en un mismo horario, consumen carne de res y/o vísceras una vez a la semana, consumen alimentos bajos en sal, ingieren sus alimentos mayormente sancochados, controlan su ingesta de líquidos, no consumen alcohol, consumen medicamentos prescritos por el médico, acuden a las sesiones de hemodiálisis los días indicados, duermen como mínimo 6 horas en la noche. Sin embargo, respecto al consumo de gaseosas, hábito en el baño diario, actividad física y tener un horario para dormir, estos no constituyen un estilo de vida saludable; lo cual conllevaría a mayor riesgo de salud del paciente. A nivel de la dimensión psicológica la mayoría de los pacientes encuestados presentan estilos de vida no saludables, esto referido a que no tienen un estado de ánimo habitualmente bueno, no reaccionan con calma frente a un problema personal 66 inesperado, no se sienten satisfechos de las actividades cotidianas que pueden realizar, afectando su dimensión interna. A nivel de la dimensión social la mayoría de los pacientes encuestados presentan estilos de vida no saludables, esto referido a que no participan en reuniones familiares en el hogar y un significativo número de pacientes no tienen buena comunicación con su familia y amigos, lo cual afecta con mayor intensidad su equilibrio emocional. En consecuencia, los estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis son parcialmente saludables tanto

en la dimensión física como en las dimensiones psicológica y social”. (15)

SÁNCHEZ Guzmán, Jorge Alexander en la investigación titulada “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud – Piura en el periodo Diciembre 2013 - Febrero 2014”. Cuyo objetivo general fue Determinar la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado - Essalud Piura en el periodo Diciembre 2013 - Febrero 2014. Llegaron a la siguiente conclusión:

“La calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el hospital Jorge Reátegui Delgado - Essalud no es saludable. La función física y el componente de salud física es más saludable en los pacientes entre los 40 - 60 años comparada con los mayores de 60, en los pacientes con insuficiencia renal crónica. Existen diferencias significativas en el rol emocional entre los pacientes masculinos y femeninos con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. El componente de Salud Mental y el Rol emocional es más saludable en los pacientes con Diabetes Mellitus comparado con los que tienen HTA, en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. No existen diferencias significativas estadísticamente en la calidad de vida según el tipo de acceso vascular en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. El Rol físico y la Función social es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses que en aquellos con terapia menor a 9 meses en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. No existen diferencia significativa estadísticamente en la calidad de vida según estado civil de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica”. (16)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

Es la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m². La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir. Cuando la velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min, ocurre su último estadio que se trata de la enfermedad renal en estadio terminal (ERET); en esta fase el tratamiento renal es sustitutivo, necesiándose diálisis o trasplante para la supervivencia del paciente. Una persona puede sobrevivir sin necesidad de diálisis incluso tras haber perdido más del 90% de las nefronas. Debido a la falta de alteraciones notables el sujeto puede atravesar diversos estadios de la IRC sin saberlo.

Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal (USRDS), seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.

La Tasa de Filtración Glomerular puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño 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 TFG. La pérdida estructural y funcional del tejido

renal es la que intentan mantener la TFG. Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vaso activas, pro inflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales de la IRC 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 del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin TRR.

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 calóricaproteica, ya sea 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, DM y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular.

Evaluación de la Insuficiencia Renal Crónica

La proteinuria es un marcador de la progresión de la enfermedad renal. Un individuo sano normalmente excreta una cantidad de proteínas mínima en orina < 150 mg al día. La pérdida de proteínas en orina es detectable mediante las tiras reactivas cuando es mayor o igual a 300mg/L o 300 mg de albúmina/g creatinina, lo que se conoce como micro albuminuria, la cual ya no es detectable en tiras reactivas. Tanto el micro como macro albuminuria son marcadores de riesgo de progresión de la enfermedad renal, especialmente en diabéticos, e indican un mayor riesgo de muerte cardiovascular. La IRC se divide en cinco estadios según la TFG y la evidencia de daño renal.

- El estadio 1: Se caracteriza por la presencia de daño renal con TFG normal o aumentada, es decir mayor o igual a 90ml/min/1.73m². Por lo general la enfermedad es asintomática. Las guías de la National Kidney Foundation clasifican a los pacientes que tienen diabetes y microalbuminuria con una TFG normal en el estadio 1.
- El estadio 2: Se establece por la presencia de daño renal asociada con una ligera disminución de la TFG entre 89 y 60 ml/min/1.73m². Usualmente el paciente no presenta síntomas y el diagnóstico se realiza de manera incidental.
- El estadio 3: Es una disminución moderada de la TFG entre 30 y 59 ml/min/1.73m². Se ha dividido el estadio 3 en dos etapas. La etapa temprana 3a, pacientes con TFG entre 59 y 45 ml/min/1.73m² y la etapa tardía 3b con TFG entre 44 y 30 ml/min/1.73m². Al disminuir la función renal, se acumulan sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo que ocasionan uremia. Los pacientes comúnmente presentan síntomas y complicaciones típicas de la como hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo. Algunos de los síntomas incluyen fatiga relacionada con la anemia, edema por retención de agua corporal, dificultad para conciliar el sueño debido a prurito y calambres musculares, cambios en la frecuencia

urinaria, espuma cuando hay proteinuria y coloración oscura que refleja hematuria. Se aumentan los riesgos de enfermedad cardiovascular.

- El estadio 4: Se refiere a daño renal avanzado con una disminución grave de la TFG entre 15 y 30 ml/min/1.73m². Los pacientes tienen un alto riesgo de progresión al estadio 5 y de complicaciones cardiovasculares. A los síntomas iniciales del estadio anterior se agregan náusea, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento u hormigueo de las extremidades.
- El estadio 5 o insuficiencia renal crónica terminal: La TFG cae por debajo de 15 ml/min/1.73m². En este estadio el tratamiento sustitutivo es requerido.

Manifestaciones clínicas

Aparecen debido a las sustancias retenidas como urea, creatinina, fenoles, hormonas, electrólitos, agua y muchas otras.

La uremia es el síndrome que comprende todos los síntomas y signos observados en distintos órganos y sistemas del organismo. Son muy variados dependiendo de la persona y la causa de la enfermedad renal.

Los primeros síntomas aparecen debido a la disminución en un 25-30% del filtrado glomerular, lo que produce un aumento de la urea y la creatinina en el plasma. Encontramos síntomas en los siguientes sistemas:

- El Sistema urinario en la primera etapa de la enfermedad se produce poliuria, debido a la incapacidad de los riñones de concentrar la orina. Sobre todo ocurre durante la noche por lo que el paciente se debe levantar varias veces. A medida que la enfermedad empeora aparece oliguria y al final anuria.

También puede haber proteinuria, cilindruria, piuria y hematuria.

- Alteraciones digestivas: debido a que se disminuye la velocidad de filtración glomerular, aumenta el BUN y los valores séricos de creatinina. Esto produce una presencia de productos residuales en el SNC y en tracto gastrointestinal que produce inflamación, por lo que el paciente presenta: náuseas, vómitos, letargia, fatiga, estomatitis, gingivitis, hemorragias gastrointestinales, trastorno de la capacidad para pensar y cefalea.
- Un elemento característico de niveles de urea elevados es la sensación de un sabor desagradable en la boca y una halitosis característica (foetorurérico).

Trastornos de los electrólitos y del equilibrio ácido-básico:

Hiperpotasemia, debida a la disminución de la excreción renal de potasio, pudiendo aparecer arritmias cardiacas de evolución incluso letal.

El trastorno de la excreción del sodio, hace que se retenga tanto sodio como agua, dando lugar a una hiponatremia dilucional, pudiendo aparecer edema, hipertensión e insuficiencia cardiaca congestiva.

Se produce una acidosis metabólica, debido a un trastorno en la capacidad renal de excretar la carga ácida, y también debido al trastorno de la reabsorción y regeneración del bicarbonato, aunque el bicarbonato plasmático suele disminuir para alcanzar una concentración que devuelva el equilibrio.

También se producen alteración en el calcio, fosfato y magnesio.

Alteraciones hematológicas

La disminución de la producción renal de eritropoyetina que ocasiona una reducción de hematíes en la médula ósea, eritropoyesis, da lugar a anemia. También existe mayor riesgo de sufrir hemorragia causada por trastornos de la agregación plaquetaria y liberación del factor plaquetario. En estos pacientes hay alteraciones en el sistema de coagulación con aumento de las concentraciones de factor VIII y de fibrinógeno. Pueden aparecer infecciones, causadas por trastornos de la función plaquetaria y alteraciones funcionales de los leucocitos.

En el sistema cardiovascular, se puede producir: hipertensión arterial, arritmia e insuficiencia cardíaca congestiva que puede causar edema agudo de pulmón.

El edema ocasionado por la retención de líquidos produce, en el sistema respiratorio, una disnea llamada respiración de Kussmaul que deriva en edema pulmonar, pleuritis urémica, derrame pleural, e infecciones respiratorias.

Alteraciones neurológicas como letargia, apatía, trastornos de la capacidad de concentración, fatiga, irritabilidad y alteración de la capacidad mental debido a los productos residuales nitrogenados, trastornos electrolíticos y acidosis metabólica.

Alteraciones del aparato locomotor a causa de alteraciones del metabolismo el calcio y fosfato pueden aparecer alteraciones óseas como la osteodistrofia renal, dolores y deformidades.

Alteraciones dermatológicas: La piel puede presentar un descoloramiento amarilloverdoso debido a la absorción y retención de urocromo (pigmentos de la orina). También tiene un aspecto pálido, seco y escamoso a causa de la anemia. Pueden aparecer Petequias y equimosis por anomalías de las plaquetas. El pelo es seco, quebradizo y tiende a caer. Las uñas son

delgadas, frágiles y arrugadas. Estos pacientes suelen padecer un prurito intenso, debido a las alteraciones del metabolismo fosfato cálcico.

Alteraciones en el sistema reproductor: Se puede observar infertilidad y disminución del lívido. En mujeres suele disminuir los estrógenos, progesterona y hormona luteinizante causando anovulación y alteraciones menstruales que reaparecen tras el inicio de la diálisis. En el hombre produce pérdida de la consistencia de los testículos, disminución de los valores de testosterona y recuentos bajos de espermatozoides. La función sexual puede mejorar con la diálisis de mantenimiento e incluso normalizarse después de un trasplante conéxito.

Alteraciones del sistema endocrino, como hipotiroidismo. También se puede observar cambios de la personalidad y de la conducta como labilidad emocional, aislamiento y depresión.

Al igual que alteración de la imagen corporal debido al edema, trastorno de la piel y mucosas, así como por la presencia de vías de acceso (fístula, catéter) que contribuyen a aumentar la ansiedad y depresión.

Pruebas diagnósticas específicas para la IRC

- Índice de filtración glomerular (IFG): Puede calcularse utilizando la fórmula matemática MDRD: $IFG = 170 \times (\text{creatinina plasmática en mg/dl})^{-0,999} \times (\text{edad})^{-0,176} \times (0,762 \text{ en mujeres}) \times (1,180 \text{ si el paciente es de raza negra}) \times (\text{urea sérica en mg/dl})^{-0,170} \times (\text{albúmina en g/dl})^{-0,318}$.
- Examen radiográfico de riñones, uréteres y vejiga urinaria: Permite comprobar la existencia de los dos riñones y observar alteraciones de su forma o tamaño; también permite detectar algunos tipos de obstrucciones.

- Pielografía intravenosa y biopsia renal: Son técnicas adicionales para intentar determinar la causa de la insuficiencia renal. Una vez el paciente está en la fase de Insuficiencia Renal Terminal ya no se llevan a cabo.
- Bioquímicas séricas, exámenes radiográficos de manos y tórax, y prueba de velocidad de la conducción nerviosa: Permiten valorar el desarrollo y la progresión de la uremia y sus complicaciones.

Tratamiento

Los objetivos son: retener la función renal, mantener la homeostasia lo máximo posible, tratar las manifestaciones clínicas y prevenir las complicaciones. Para ello, tenemos diferentes tipos de tratamiento:

- Control del equilibrio hídrico: El cálculo de la ingesta de líquidos depende de la diuresis del día anterior. Para el cálculo de la restricción, la norma general es administrar líquidos a un ritmo de 400-600ml/día, y a esa cantidad se le suma las pérdidas ocurridas durante las 24 horas anteriores (orina, vómitos, sangre, diarrea). En pacientes sometidos a diálisis o hemodiálisis, la ingesta de líquidos se ajusta de modo que entre una diálisis y la siguiente el peso no aumente más de 1-3 Kg.
- Control de electrolitos: Tratamiento de la hiperpotasemia: se controla mediante la restricción de fármacos y alimentos ricos en potasio. En caso de hiperpotasemia aguda se administran que disminuyan su concentración en sangre.
- Tratamiento de la hiperfosfatemia: la ingesta de fosfato se suele limitar a 1g/día pero el control dietético normalmente no es suficiente por lo que se administran fijadores del fosforo para que sea eliminado por la heces.
- Tratamiento de la hipocalcemia: debido a la falta de vitamina D, el intestino no puede absorber el calcio, por lo que se han de

administrar suplementos de calcio. Si la hipocalcemia aún persiste se ha de administrar la forma activa de la vitamina D. Antes de iniciar este tratamiento se ha de disminuir los valores de fosfato ya que la interacción entre calcio-fosfato puede producir calcificaciones en los tejidos blandos.

- Hipertensión: se basa en la restricción de líquidos y sodio, y en la administración de fármacos antihipertensivos. Los IECA disminuyen la proteinuria retrasando la progresión de la insuficiencia renal. Se ha de monitorizar el efecto de los antihipertensivos mediante el control periódico de la presión arterial ya que se han de evitar las lesiones de arterosclerosis que podrían afectar aún más la función renal.
- Anemia: se administra eritropoyetina vía intravenosa o subcutánea junto con suplementos de hierro vía oral o parenteral, ya que aumenta la demanda de hierro al administrar eritropoyetina. Los suplementos del hierro tienen efectos secundarios como la irritación gástrica o estreñimiento. También se administran suplementos de ácido fólico puesto que es necesario para la formación de hematíes y además es eliminado en la diálisis. Por otro lado, deben evitarse las 24 transfusiones sanguíneas a menos que el paciente presente síntomas agudos como disnea, taquicardia, palpitaciones, fatiga intensa o hematocrito inferior al 20%.
- Osteodistrofia renal: puede ser producida por los fijadores de fosfato por lo que su uso debe estar controlado.

Complicaciones del tratamiento farmacológico: debido a que muchos fármacos son excretados por los riñones, en pacientes con insuficiencia renal podrían producir intoxicaciones, por lo que las dosis y la frecuencia de administración deben ajustarse según la gravedad de la enfermedad renal.

- Prurito: se trata con Difenhidramina.
- Terapia nutricional: Consiste en las restricciones alimentarias necesarias para impedir la azoemia y los trastornos hidroelectrolíticos, pero aportando las calorías suficientes para prevenir el catabolismo de las proteínas del organismo, proceso que causaría el aumento de los valores de urea, fosfato y potasio. Para ello es necesario: Una dieta baja en proteínas, pero rica en grasas y carbohidratos, restricción de alimentos ricos en sodio, potasio y fosforo y administración de suplementos calóricos, vitamínicos o de aminoácidos esenciales. La restricción de proteínas en pacientes con IRC moderada es de 0,6- 0,8 g/Kg/día, en pacientes con IRC de mayor gravedad la restricción de proteínas supone un riesgo de malnutrición. Sin embargo, una vez se ha iniciado la diálisis la ingesta de proteínas aumenta de 1,2 a 1,3 g/Kg/día. Por otro lado, el 50% de la ingesta proteica debe tener un alto valor biológico y contener todos los aminoácidos esenciales. (17)

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es un problema de salud que implica el deterioro progresivo e irreversible del 90-95% de la función renal, siendo preciso instaurar tratamiento sustitutivo con diálisis o trasplante para mantener la vida de los pacientes. La IRCT es la pérdida irreversible del filtrado glomerular de los riñones. En las fases iniciales de esta, los pacientes suelen permanecer asintomáticos (etapa de disminución de la reserva renal). Cuando el filtrado glomerular es inferior a 30 ml/min pueden aparecer ciertos síntomas propios del síndrome urémico, como cansancio y pérdida del bienestar en relación con la anemia, así como alteraciones metabólicas (acidosis) y del metabolismo fosfo cálcico. Por debajo de 15 ml/min es frecuente la aparición de síntomas digestivos tales como náuseas, pérdida del apetito, en fases más tardías se observan síntomas cardiovasculares (disnea, edema, etc.) y neurológicos (dificultad para concentrarse, insomnio o somnolencia).

La fase de insuficiencia renal crónica terminal se alcanza con filtrado glomerular inferior a 5 ml/min momento en el que el uso de la diálisis es inevitable.

Este trastorno puede ser provocado por enfermedades sistémicas como: Diabetes mellitus, glomerulonefritis crónica, pielonefritis, hipertensión no controlada, obstrucción del tracto urinario, lesiones hereditarias como nefropatía poliquística, trastornos vasculares, infecciones, medicamentos o agentes tóxicos.

Con todas las complicaciones que trae este problema de salud, el destino de estas personas si no son tratadas es tarde o temprano la muerte. Este destino ha cambiado en forma espectacular con el advenimiento de los procedimientos de sustitución de la función renal mediante la diálisis y el trasplante renal. Ambos tratamientos son complementarios, de manera que un paciente en diálisis crónica puede ser candidato a un trasplante y por otro lado, frente a un fracaso del trasplante, el paciente puede retornar a un programa de diálisis. La implementación del trasplante renal permite aumentar los cupos disponibles para dializar a nuevos pacientes.

El objetivo del tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal es retener la función renal y mantener la homeostasis lo más posible. Deben identificarse y tratarse todos los factores que complican el problema y los que son reversibles.

La terapia de diálisis se utiliza en medicina como un método de depuración extra renal en las situaciones de uremia aguda y crónica. En la práctica clínica existen dos tipos de diálisis según la membrana semipermeable utilizada. La diálisis peritoneal que utiliza el peritoneo (membrana natural); mientras que la diálisis con riñón artificial o hemodiálisis, emplea dializadores fabricados

por la industria con membranas artificiales (acetato de celulosa y otras).

Con respecto a la hemodiálisis (HD), el riñón artificial fue introducido por primera vez en clínica por Kolff y Berk en 1942, para tratar la insuficiencia renal aguda.

En 1960, gracias al desarrollo de los accesos vasculares (cánula arterio-venosa y luego fístula interna) se inició la diálisis de mantención en pacientes crónicos. Para realizar este procedimiento se requiere que los pacientes posean un acceso vascular. Desde la arteria sale la sangre hacia la máquina donde se realiza el proceso de HD y regresa luego por la vena del paciente; también es necesario para la depuración de la sangre, un filtro de HD con líneas arteriales y venosas; líquido de diálisis que debe ser preparado con agua tratada con bajo contenido en solutos y bacterias al que se agrega, cantidades similares de aniones y cationes a los que se encuentran en la sangre además de la máquina de HD.

La HD con riñón artificial no ha podido corregir todos los problemas de la insuficiencia renal crónica. La depuración de “toxinas urémicas” y la ultrafiltración son suficientes para mantener una calidad de vida adecuada, incluso con capacidad de trabajo, pero hay funciones metabólicas y endocrinas del riñón que no puede sustituir la hemodiálisis. La esperanza de vida de los pacientes ha mejorado notablemente con los procedimientos de diálisis y trasplante renal. Sin embargo, la IRCT es una condición que amenaza la vida seriamente, con morbilidad y mortalidad elevadas. (18)

Las personas sometidas a hemodiálisis crónica están preocupadas porque su estado médico es imprevisible y sus vidas están perturbadas. Es frecuente que tengan problemas económicos, dificultades para conservar su trabajo, disminución

del deseo sexual e impotencia, depresión por llevar la vida de enfermos crónicos y temor a la muerte. Si se trata de un sujeto joven, le preocupará el matrimonio, tener hijos y la carga que puede presentar su trastorno para la familia. El estilo de vida reglamentado que se precisa a causa de la diálisis frecuente y la restricción en el consumo de líquidos y alimentos suele ser desmoralizante para el paciente y su familia.

La diálisis impone modificaciones en el estilo de vida familiar. El tiempo que debe dedicarse a ella (dos a tres veces a la semana durante 3 a 4 horas aproximadamente) reduce las actividades sociales y puede originar conflictos, frustración, sensaciones de culpabilidad y depresión en la familia. Es frecuente que familiares y amigos consideren al enfermo como una “persona marginal”, con esperanza de vida limitada. También suele ser difícil que el paciente, cónyuge y familia expresen la ira y otros sentimientos negativos. Si bien son normales en esta situación, estos sentimientos con frecuencia son profundos y abrumadores, de manera que se requiere asesoría y psicoterapia.

2.2.2. Calidad de vida

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término “Calidad de vida”, en muy variados contextos por políticos, economistas, médicos, psicólogos, educadores, sociólogos y periodistas, quienes lo utilizan indistintamente y es sustento en la mayoría de los discursos. Su estudio constituye un terreno donde varios especialistas aportan sus enfoques.

Los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico/biológico, los economistas en parámetros como el Producto Nacional Bruto, los médicos en los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas mientras que para los profesionales de enfermería la calidad de vida se relaciona con la capacidad individual de lograr el auto cuidado y la auto valencia.

El concepto calidad de vida adquiere importancia en la moderna medicina, enfocándola hacia el bien del individuo, sobre qué tipo de vida es posible proporcionar a la condición de persona y si esta condición permitirá tener una vida que merezca la pena vivirse.

Términos que son citados para referirse a calidad de vida, incluyen estado funcional, sentido de bienestar, satisfacción de vida, estado de salud, y aunque estado de salud no es sinónimo de calidad de vida, los dos se relacionan: la salud afectando la calidad de vida y viceversa. Esto se demuestra en que la supervivencia es mayor en sujetos con mayor calidad de vida. De este último punto nace un nuevo término en base a la relación salud y calidad de vida, HRQOL, término que es usado en la mayoría de los artículos publicados para referirse a calidad de vida y salud.

El estado funcional sería la consecuencia objetiva del estado de salud, mientras que la calidad de vida relacionada con la salud sería su consecuencia subjetiva. (19)

Modelo de Patrick y Erickson: Estos autores expusieron su modelo en el año 1993. Definen la calidad de vida relacionada con la salud como el valor asignado por individuos, grupos de individuos o la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por la enfermedad, las lesiones, el tratamiento o la política.

Modelo de Testa y Simonson, para ellos la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a los dominios físico, psicológico y social, entendidos como distintas áreas que se influyen por las experiencias de la persona, sus creencias, expectativas y percepciones de salud. Cada uno de estos

dominios puede medirse en dos dimensiones: valoración objetiva del funcionamiento o estado de salud (representado como “y” en el eje de coordenadas) y las percepciones subjetivas de salud (el eje “x”). Aunque la dimensión objetiva es importante para definir el grado de salud, la percepción subjetiva de salud y las expectativas traducen esa valoración objetiva en la calidad de vida real experimentada (el punto “Q”, representado esquemáticamente por las coordenadas “x” e “y”). Las expectativas en salud y la capacidad para hacer frente a las limitaciones e incapacidades puede afectar enormemente la percepción de salud de la persona y su satisfacción con la vida.

- El dominio social tiene los siguientes: trabajo, rol cotidiano, relaciones personales.
- El dominio psicológico tiene los siguientes: afectos positivos y negativos y comportamiento.
- El dominio físico: síntomas, capacidad funcional e incapacidad.
(21)

En la teoría de explica **DOROTHEA OREM** el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación,

actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Que surgen o están vinculados a los estados de salud. (22)

Calidad de vida relacionada con la salud

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

La definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La Organización Mundial de la salud en su grupo estudio de Calidad de Vida, ha definido como "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".

Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y

su relación con las características más destacadas del medio ambiente.

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es la valoración que cada persona realiza a cerca de su vida y su entorno lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias.

El impacto de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se pone de relieve al considerar cómo influye la enfermedad en la “calidad de vida” de los enfermos. Este término comienza a emplearse en la literatura médica en los años 70, para designar el bienestar general de los sujetos en todas las áreas de su vida. Pese a que hoy es un concepto ampliamente extendido todavía no se ha propuesto una definición consensuada, se aplica a enfermos renales parece equipararse con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: “el grado de bienestar a nivel físico, emocional y social”.

2.2.3. Rol de profesional de enfermería

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

El profesional de Enfermería brinda cuidados en los tres niveles de atención.

- En el primer nivel, desarrolla actividades de promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad a través de campañas de salud y programas educativos sobre hipertensión arterial y diabetes mellitus, principales causas de la enfermedad.

- En el segundo y tercer nivel de atención el profesional de enfermería debe considerar que la situación del paciente renal crónico viene determinada por factores tales como: la situación médica del paciente, es decir, todas las características propias de la enfermedad y sus consecuencias. La estructura psicológica, en la que hay que tener en cuenta la personalidad del paciente, el estado de ánimo y las variaciones psicológicas durante el tratamiento ya sea por la no adaptación al régimen terapéutico, la hemodiálisis. Y la problemática socioeconómica, en que está vinculado el paciente, problemas familiares, con sus amistades o relaciones laborales.

El profesional de Enfermería como parte del equipo de salud, desempeña un rol esencial en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de la enfermedad renal. En cuanto a la atención que brinda al paciente con insuficiencia renal crónica, tiene la delicada misión de dirigir y supervisar el proceso de hemodiálisis, educar y ayudar al paciente a adoptar estilos de vida adecuados, prevenir y detectar riesgos con la finalidad de potenciar al máximo la calidad de vida de estos pacientes. (24)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Calidad de vida:** Representa un “término multidimensional” de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida „objetivas” y un alto grado de bienestar „subjetivo”, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.
- **Dimensión física:** Se refiere a la anatomía y al grado en el que la falta de salud, limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

- **Dimensión mental:** Es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

- **Dimensión social:** Se refiere a la habilidad de relacionarse con otras personas. Se obtiene mediante una comunicación que implique una escucha activa, así como la puesta en práctica de actitudes asertivas y empáticas con los demás. Así mismo el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

- **Hemodiálisis:** Es una técnica de depuración sanguínea con circulación de la sangre a través de una máquina especial. Es necesario tener acceso directo a la circulación, a través de una fístula arteriovenosa natural. La sangre se bombea a través de fibras huecas de un riñón artificial y se baña con una solución que tiene una composición química favorable.

- **Rol físico:** Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

- **Insuficiencia renal crónica terminal (irct):** Es un síndrome caracterizado por la pérdida gradual y progresiva de la filtración glomerular secundaria a una disminución en la cantidad de nefronas, que cursa con una depuración de creatinina endógena < a 30 ml/min y manifestaciones clínicas diversas.

2.4. VARIABLES

Univariable = Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal

2.4.1. Definición conceptual de la variable

Calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

2.4.2. Definición operacional de la variable

Actividades que realizan las personas como respuestas para modificar aspectos de la vida diaria (social, físico, emocional) en mejora de la calidad de vida.

2.4.3. Operacionalización de la variable

| VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES |
|---|---|---|
| Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal | Dimensión física Dimensión emocional Dimensión social | <ul style="list-style-type: none">▪ Sueño reposo▪ Actividades físicas (diarias)▪ Alimentación▪ Rol emocional▪ Salud mental▪ Vitalidad▪ Autoestima▪ Sentimientos de desánimo, deprimido, nerviosismo▪ Desequilibrio emocional.▪ Limita su desempeño laboral▪ Valores, creencias y percepciones▪ Autocuidado▪ Comunicación con su familia, amigos |

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo por que el objetivo de este trabajo es describir la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. De corte transversal, no experimental de nivel aplicativo.

3.2. DESCRIPCIÓN Y ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue desarrollado en el servicio de hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado que pertenece a EsSalud, brinda atención a pacientes asegurados y se encuentra ubicado en la avenida Grau N° 1150 en el distrito y departamento de Piura.

En el servicio de hemodiálisis laboran cuatro médicos especialistas en nefrología, un médico general, once enfermeras(os) y diez técnicos(as) en enfermería. Se dispone de dos módulos, catorce máquinas de hemodiálisis con sus respectivos cambios y se realizan cuatro turnos respectivamente. El tiempo de trabajo es de lunes a domingo, en el cual el personal de salud tiene que realizar horas extras debido a la gran demanda de pacientes y poco personal de salud especializado para el área.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

Estuvo constituida por los 126 pacientes mayores de 18 años atendidos en el servicio de hemodiálisis del hospital Jorge Reátegui Delgado.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 126 pacientes mayores de 18 años atendidos en el servicio de hemodiálisis del hospital Jorge Reátegui Delgado. Se utilizó el diseño muestral no probabilístico de intención

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnica se utilizó la encuesta y como instrumento un cuestionario, el cual contiene 34 preguntas de acuerdo al tema de investigación el cual ha sido modificado de acuerdo a nuestros objetivos de estudio.

3.5. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se realizó la validación interna por medio de Alfa de Cronbach y validación externa a través de juicio de expertos. Se aplicó la prueba piloto a pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez recolectados los datos, las fichas serán codificadas y luego digitadas. Dicha información será procesada utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0. Luego la información se presentara en tablas y gráficos para su discusión correspondiente.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta una tabla de perfil de los paciente con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura y luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a los 126 pacientes.

Tabla 1

Perfil de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016.

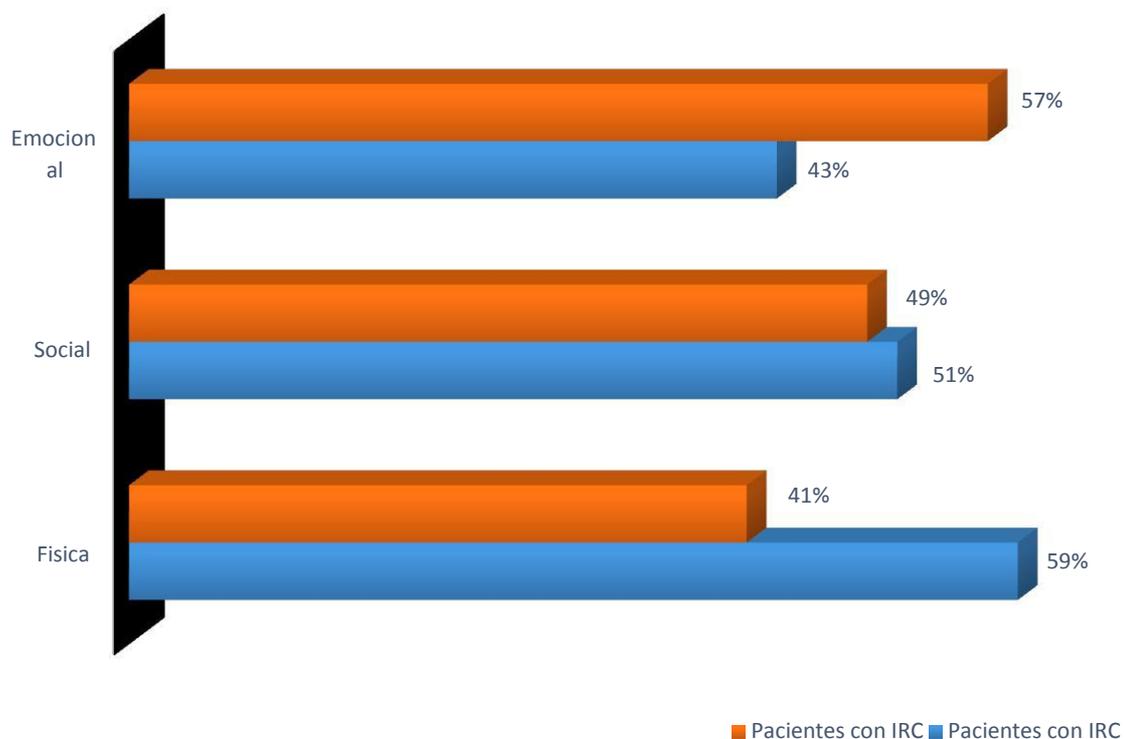
| Perfil | Pacientes con IRC | |
|-----------------------------|-------------------|------|
| | f | % |
| Edad | | |
| 27 a 34 | 6 | 5% |
| 35 a 42 | 9 | 7% |
| 43 a 50 | 41 | 33% |
| 51 a 58 | 16 | 13% |
| 59 a 66 | 20 | 16% |
| 67 a 74 | 34 | 26% |
| Total | 126 | 100% |
| Estado Civil | | |
| Soltero | 28 | 22% |
| Casado | 41 | 33% |
| Viudo | 7 | 6% |
| Separado | 12 | 9% |
| Conviviente | 38 | 30% |
| Total | 126 | 100% |
| Grado de Instrucción | | |
| Primaria | 8 | 6% |
| Secundaria | 78 | 63% |
| Superior técnica | 32 | 25% |
| Superior Univ. | 8 | 6% |
| Total | 126 | 100% |
| Condición Laboral | | |
| Independiente | 17 | 13% |
| Dependiente | 79 | 63% |
| Estudiante | 9 | 7% |
| Ama de casa | 21 | 17% |
| Total | 126 | 100% |

Fuente: Encuesta a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016.

El Perfil de los pacientes con IRCT, el 33% fluctúan entre los 43 a 50 años de edad, el 33% son casados, el 63% tienen estudios de secundaria, y el 63% tienen condición de dependientes

Gráfico 1

Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016.

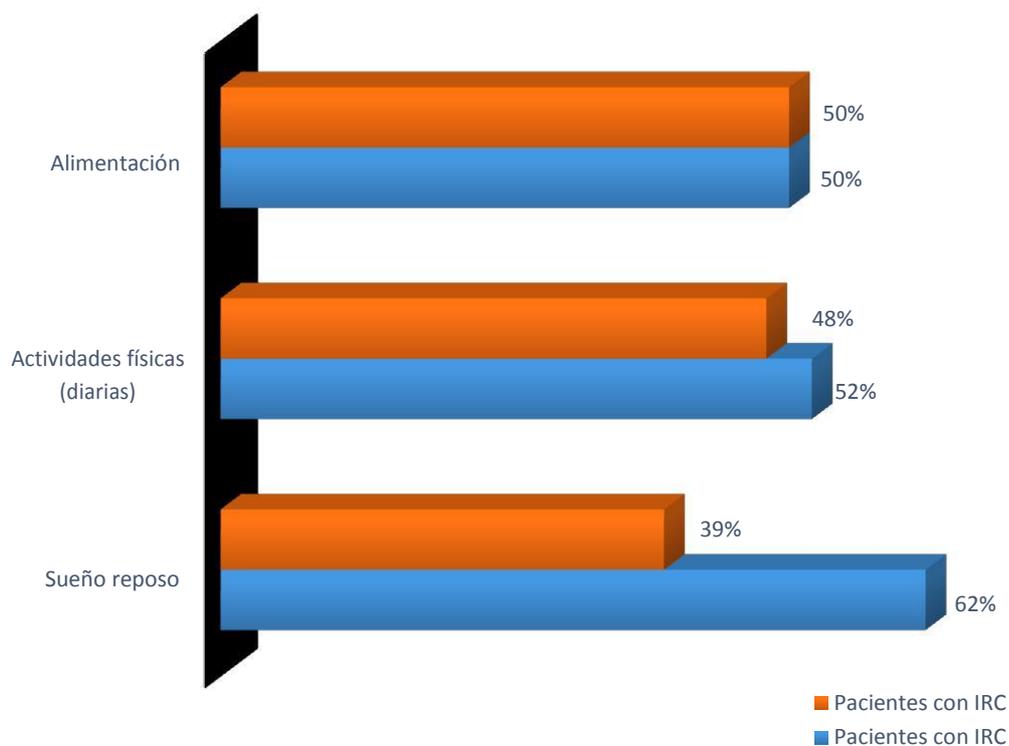


Fuente: Encuesta a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016.

La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura, el 59% tiene una buena calidad de vida en lo concerniente a la dimensión física, el 51% tiene una buena calidad de vida en la dimensión social, el 43% en la dimensión emocional.

Gráfico 2

Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión física que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016

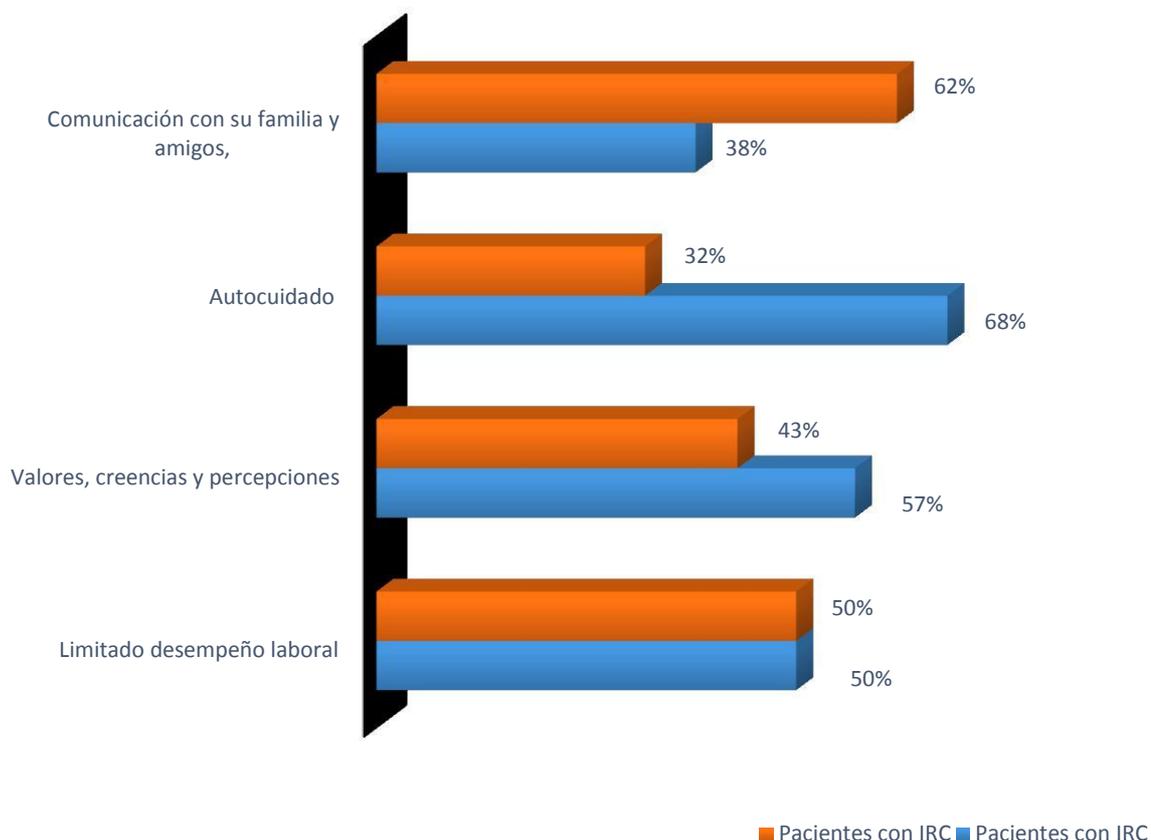


Fuente: Encuesta a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016.

La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura, en la dimensión física se tuvo que el 62% tienen un buen sueño y reposo, el 52% tienen buenas actividades físicas, el 50% cumple con llevar una buena alimentación.

Gráfico 3

Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión social que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016

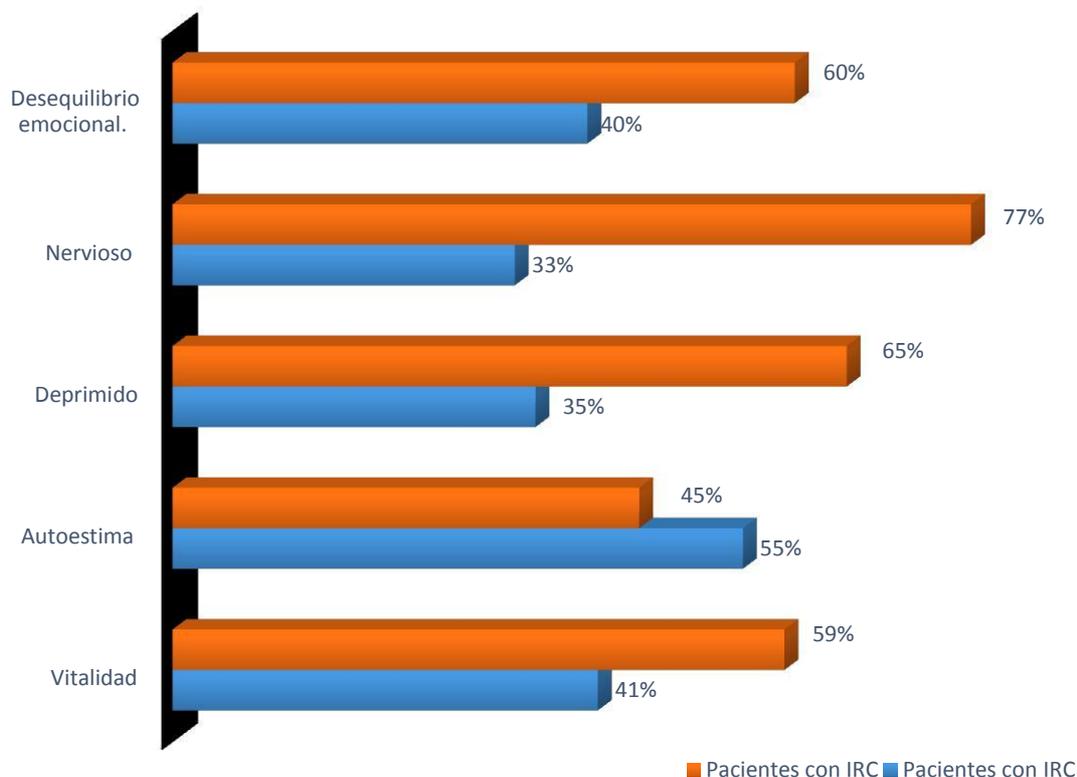


Fuente: Encuesta a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016.

La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura, en la dimensión social se tuvo que el 50% de los pacientes tienen un buen desempeño laboral, el 57% de los pacientes han modificado sus valores, creencias y percepciones referente a la enfermedad, el 68% realiza su autocuidado en relación a su enfermedad, el 62% mantiene una mala comunicación con su familia, amigos.

Gráfico 4

Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión emocional que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016



Fuente: Encuesta a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016.

La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura, en la dimensión social se tuvo que el 59% de los pacientes tienen una deficiente vitalidad, el 55% de los pacientes tienen una buena autoestima, el 65% se encuentran deprimidos a raíz de la enfermedad, el 77% manifiestan sentirse nerviosos constantemente, el 60% manifiesta algún tipo de desequilibrio emocional.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) o enfermedad renal crónica (ERC) es el deterioro gradual y permanente de la función renal a lo largo de varios meses, no provoca síntomas de uremia hasta que la filtración glomerular desciende aproximadamente de 10 a 15% de lo normal. (1)

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto físico, mental y social, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un periodo de meses o años. Perilla y Fernández encontraron que esta es una de las enfermedades crónicas con más incidencia en la actualidad, afecta a millones de personas lo que implica que es una de las enfermedades más costosas. En nuestro país el número de pacientes con enfermedad renal crónica ha ido aumentando progresivamente en paralelo a la incidencia creciente de patologías como Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial, los cambios demográficos y sociales ocurridos durante las últimas décadas.

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento que tiene para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional. Los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con

la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud.

EsSalud atiende al 95% de pacientes con este diagnóstico en 48 centros establecidos en Lima, Piura, Chiclayo, Trujillo, Cuzco, Tacna, Arequipa e Ica. Si consideramos que un paciente se debe hemodializar 13 veces al mes, este centro realiza cada año un promedio de 75 mil sesiones de hemodiálisis sólo en Lima. Esta enfermedad se puede prevenir pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas. Muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos para todas las personas que los necesitan.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes con IRCT, fluctúan entre los 43 a 50 años de edad, son casados, tienen estudios de secundaria, y su condición laboral es dependientes
2. La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal tiene una buena calidad de vida en lo concerniente a la dimensión física, seguida por la dimensión social, y un poco deficiente en la dimensión emocional.
3. La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión física, tienen un buen sueño y reposo, buenas actividades físicas y llevan una buena alimentación
4. La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión social los pacientes tienen un buen desempeño laboral, han modificado sus valores, creencias y percepciones referente a la enfermedad, realiza su autocuidado en relación a su enfermedad, pero mantienen una mala comunicación con su familia, amigos.
5. La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión emocional los pacientes tienen una deficiente vitalidad, una buena autoestima, la mayoría se encuentran deprimidos, manifiestan sentirse nerviosos constantemente, y la mayoría tiene algún tipo de desequilibrio emocional.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud elaborar un plan de autoayuda (taller) aplicado a los pacientes con Insuficiencia Renal sometidos a hemodiálisis con lo cual se propicie su autocuidado
2. Elaborar, ejecutar y evaluar un plan de terapia ocupacional que permita a los pacientes con Insuficiencia Renal sentirse útil y activos, mejorando su bienestar físico, social y psicológico (emocional).
3. Realizar estudios en donde se pueda comparar los resultados obtenidos manejando dos variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson Harrison, Compendio de Medicina Interna, Edición 17. Pág. 785.
2. Sergio y AROS E, Claudio. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. Rev. méd. Chile [online]. 2005, vol.133, n° 3.
3. Zúñiga Carlos, Dapuetto Juan, Müller Hans, Kirsten Lilian, Raquel Alid, Ortiz Liliana, Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica, Rev Med Chile 2009; 137: 200 - 207.
4. Montalvo Roel Isabel. Estado Situacional de los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica y la Aplicación de Diálisis como tratamiento en el Perú. Informe Temático N°07/2012-2013, Área de Servicios de Investigación. Departamento de Investigación y Documentación Parlamentaria. Lima. 2012.
5. González, U. La calidad de vida relacionada con los problemas renales. Madrid: Centro Félix Varela; 1997. p. 218-24.
6. Sergio Mezzano A, Claudio Aros E. (2016). Indicadores de salud. Acceso el 23 de enero del 2017, a las 4:30 pm. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000300011.
7. Juan Pablo Sánchez G. (2016). Factores de Riesgo para el desarrollo de Enfermedad Renal Crónica. Acceso el 23 de enero del 2017, a las 10:30 am. Disponible en http://www.revistaanacem.cl/pdf/vol4/revistaanacem_vol4N1_investigacion_5.pdf.
8. La OPS/OMS y la sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Acceso el 26 de enero del 2017, a las 2:00 pm. Disponible en www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es-.

9. Antonio Álvarez (2017). En Lima hay al menos 450 mil afectados por enfermedad renal. Acceso el 26 de enero del 2017, a las 9:00 am. Disponible en <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/lima-hay-al-menos-450-mil-afectados-enfermedad-renal-noticia-1797074>.
10. EsSalud: Proyectos de Centros de Hemodiálisis. Acceso el 24 de enero del 2017, a las 10:00 am. Disponible en <http://www.essalud.gob.pe/contralor-y-presidenta-ejecutiva-de-essalud-visitatan-centro-nacional-de-salud-renal/>.
11. Ortega, Daniel. "Insuficiencia renal crónica". España. 2003. p. 6.
12. Miguel I, Lope T, Díaz-Cardiel G, Moreno M, Martín C. Insuficiencia renal crónica terminal pacientes con hemodiálisis. Libro de comunicaciones XXV. SEDEN. Lugar; 2000. p. 153-158.
13. Irza Miranda Méndez, (2015). Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos. Acceso el 24 de enero del 2017, a las 9:30 am. Disponible en <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/11/Miranda-Irza.pdf>.
14. Jessica Isabel Chávez Dextre, (2014). Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza. Acceso el 24 de enero del 2017, a las 9:45 am. Disponible en http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4320/1/Chavez_Dextre_Jessica_Isabel_2014.pdf.
15. Rosmery Lizbeth Del Rio Sullon, (2016). Estilos de vida que tienen los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Acceso el 25 de enero del 2017, a las 9:50 am. Disponible en <http:///C:/Users/USUARIO/Documents/SAN%20MARCOS.pdf>.
16. Jorge Alexander Sánchez Guzmán, (2014). Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud. Acceso el 25 de enero del 2017, a las 10:45 am. Disponible en file:///C:/Users/USUARIO/Documents/SANCHEZ_JORGE_CALIDAD_VIDA_INSUFICIENCIA_RENAL.pdf.

17. Vega, J y González, U. Aspectos sobre conceptos generales sobre Insuficiencia Renal Crónica Terminal. 3° ed. Colombia; 1986. p. 175 – 201.
18. Ortega, Daniel. Insuficiencia renal. 10° ed. en: Hemodiálisis. III Edición, México, II 1996. p. 1265 – 1486.
19. Seguí, (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Acceso el 24 de enero del 2017, a las 11:50 am. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113913752010000300002&script=sci_arttext.
20. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos modelos y teorías de enfermería. Acceso el 24 de enero del 2017, a las 10:20 am. Disponible en www.Udec.cl/publicaciones/cye.
21. Ann Marrier Tomey, Martha Raile Alligood, Modelos y teorías de enfermería, 4° edición. España; mosby 200. p. 440 – 457.
22. Wesley R. L. Teorías y Modelos de Enfermería. 4° ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 1678 – 1736.
23. Kozier, B (1999). Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y Prácticas. 2da Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. España. p. 1478 – 1536.
24. Marriner. Tomey Modelos y Teorías de Enfermería Capitulo “El Arte de Ayuda de la Enfermería” Editorial Mosby/Doyma 3ª edición. México 1994. p. 1065 – 1186.
25. Berger, P. (2012). Concepto general sobre roles sociales en los diferentes ámbitos. Acceso el 26 de enero del 2017, a las 4:50 pm. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Rol_social.
26. Alonso J y L. Prieto. (1995). Versión española del SF-36, Cuestionario de salud, un instrumento para la medida de resultados clínicos, Med. Clin. Barcelona. p. 771-776. Acceso el 27 de enero del 2017, a las 9:50 am. Disponible en <http://www.imim.es>

Matriz de consistencia

Título: “Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016”

| PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES | | | | | | | | | | |
|---|--|---|----------|-------------|-------------|---|------------------|---|---------------------|--|------------------|--|
| <p>Problema general ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión física que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016?</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión social que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016?</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión alimentación que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016?</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión emocional que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016?</p> | <p>Objetivo general Describir la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016.</p> <p>Objetivos específicos Identificar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión física que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016</p> <p>Identificar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión social que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016</p> <p>Identificar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión alimentación que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016</p> <p>Identificar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en la dimensión emocional que asisten al servicio de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura. 2016</p> | <p>Univariable = Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #f4a460;"> <th style="width: 25%;">VARIABLE</th> <th style="width: 25%;">DIMENSIONES</th> <th style="width: 50%;">INDICADORES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal </td> <td style="text-align: center;">Dimensión física</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sueño reposo ▪ Actividades físicas (diarias) ▪ Alimentación </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dimensión emocional</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rol emocional ▪ Salud mental ▪ Vitalidad ▪ Autoestima ▪ Sentimientos de desánimo, deprimido, nerviosismo ▪ Desequilibrio emocional. </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dimensión social</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación con su familia, Limita su desempeño laboral ▪ Valores, creencias y percepciones ▪ Autocuidado ▪ amigos </td> </tr> </tbody> </table> | VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal | Dimensión física | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sueño reposo ▪ Actividades físicas (diarias) ▪ Alimentación | Dimensión emocional | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rol emocional ▪ Salud mental ▪ Vitalidad ▪ Autoestima ▪ Sentimientos de desánimo, deprimido, nerviosismo ▪ Desequilibrio emocional. | Dimensión social | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación con su familia, Limita su desempeño laboral ▪ Valores, creencias y percepciones ▪ Autocuidado ▪ amigos |
| VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | | | | | | | | | | |
| Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal | Dimensión física | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sueño reposo ▪ Actividades físicas (diarias) ▪ Alimentación | | | | | | | | | | |
| | Dimensión emocional | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rol emocional ▪ Salud mental ▪ Vitalidad ▪ Autoestima ▪ Sentimientos de desánimo, deprimido, nerviosismo ▪ Desequilibrio emocional. | | | | | | | | | | |
| | Dimensión social | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación con su familia, Limita su desempeño laboral ▪ Valores, creencias y percepciones ▪ Autocuidado ▪ amigos | | | | | | | | | | |

El estudio es de tipo cuantitativo, **Población**

descriptivo por que el objetivo de Está constituida por 126 encuesta y como instrumento un por medio de Alfa de Cronbach y este trabajo es describir la pacientes mayores de 18 años cuestionario, el mismo que validación externa a través de calidad de vida de los pacientes atendidos en el servicio de consta de 2 partes: La primera juicio de expertos. Se aplicará con insuficiencia renal crónica hemodiálisis del hospital Jorge parte destinada a aspectos una prueba piloto a 15 pacientes

terminal que asisten al servicio de Reátegui Delgado.
hemodiálisis del Hospital Jorge
Reátegui Delgado Piura.

Como técnica se utilizara la Se realizará la validación interna

sociodemográficos como edad, que acuden al servicio de
sexo, estado civil, nivel educativo. hemodiálisis del hospital.

Muestra

La muestra estará constituida por La segunda parte orientada a Una vez recolectados los datos, 126 pacientes mayores de 18 determinar la calidad de vida en 3 las fichas serán codificadas y años atendidos en el servicio de dimensiones: física, emocional y luego digitadas. Dicha hemodiálisis del hospital Jorge social según cuestionario de información será procesada Reátegui Delgado. Se utilizara el salud SF-36 (Short Form 36 utilizando el paquete estadístico diseño muestral no probabilístico Health Survey), el cual contiene SPSSV22.0. Luego la de preguntas de acuerdo al tema de información se presentara en investigación el cual ha sido tablas y gráficos para su modificado de acuerdo a nuestros discusión correspondiente. objetivos de estudio.

| TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN | POBLACIÓN Y MUESTRA | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------------|
| | | | |

¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año.
- Algo mejor ahora que hace un año.
- Más o menos igual que hace un año.
- Algo peor ahora que hace un año.
- Mucho peor ahora que hace un año.

Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?

- Sí, me limita mucho.
- Sí, me limita un poco.
- No, no me limita nada.

Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- Sí
- No

Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- Sí
- No

Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- Sí
- No

Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- Sí
- No

Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?

- Sí
- No

Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido, o nervioso?

- Sí
- No

Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí
- No

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez

Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Sólo alguna vez

Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Sólo alguna vez

Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Sólo alguna vez

Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Sólo alguna vez

Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Sólo alguna vez

Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre

- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

Estoy tan sano como cualquiera.

- Totalmente cierta
- Bastante cierto
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

Creo que mi salud va a empeorar.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

Mi salud es excelente.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

¡Gracias por contestar a estas preguntas!