



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

TESIS

**“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HEMODIÁLISIS EN
EL CENTRO DE DIÁLISIS “PIURA” – MARZO – JUNIO 2014”**

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

PRESENTADO POR:

MÓNICA LEYDA PALACIOS ALAMA

ASESOR

Dra. ELIZABETH TERESA DIESTRA CUEVA

PIURA – PERÚ, 2019

**“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HEMODIÁLISIS EN
EL CENTRO DE DIÁLISIS “PIURA” – MARZO – JUNIO 2014”**

DEDICATORIA

A mi familia querida por su amor y apoyo

A los pacientes que fueron muestra de la investigación

AGRADECIMIENTO

A mis familiares por su
apoyo y soporte emocional

A mis profesores y asesores
por su apoyo académico

RESUMEN

El estudio tenía como objetivo general determinar la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis “Piura” – marzo – junio 2014. Fue un estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo y de corte transversal con una muestra de 83 pacientes con hemodiálisis. Entre sus conclusiones están: La calidad de vida en la dimensión alimentación de los pacientes con hemodiálisis es saludable en el 67% y no es saludable en el 33% de los pacientes con hemodiálisis.

La calidad de vida en la dimensión actividad y ejercicio de los pacientes con hemodiálisis es no saludable en el 67%(56) y es saludable en el 33% equivalente a 27 pacientes con hemodiálisis.

La calidad de vida en la dimensión manejo del estrés de los pacientes con hemodiálisis es no saludable en el 58%(48) y es saludable en el 42% equivalente a 35 pacientes con hemodiálisis.

La calidad de vida en la dimensión apoyo interpersonal de los pacientes con hemodiálisis es saludable en el 75%(62) y no es saludable en el 25% equivalente a 21 pacientes

Palabras Claves: Insuficiencia renal y hemodiálisis

ABSTRACT

The general objective of the study was to determine the quality of life of patients with hemodialysis at the "Piura" Dialysis Center - March - June 2014. It was a descriptive and cross-sectional quantitative study with a sample of 83 patients with hemodialysis. Among their conclusions are: Quality of life in the feeding dimension of patients with hemodialysis is healthy in 67% and is not healthy in 33% of patients with hemodialysis.

The quality of life in the activity and exercise dimension of hemodialysis patients is unhealthy in 67% (56) and is healthy in 33%, equivalent to 27 patients with hemodialysis.

Quality of life in the stress management dimension of hemodialysis patients is unhealthy in 58% (48) and is healthy in 42% of patients with hemodialysis.

Quality of life in the interpersonal support dimension of patients on hemodialysis is healthy in 75% (62) and is unhealthy in 25% of 21 patients

Key words: Renal failure and hemodialysis

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	
ABSTRAC	
ÍNDICE	i
INTRODUCCIÓN	ii
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	iii
	v
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de estudios	5
1.5. Limitaciones	6
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	10
2.2. Base teórica	17
2.3. Definición de términos	23
2.4. Hipotesis	26
2.5. Variables	26
2.5.1. Definición conceptual de las variables	26
2.5.2. Definición operacional de las variables	26
2.5.3. Operacionalización de la variable	27

CAPITULOIII: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	28
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	28
3.3. Población y muestra	28
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	30
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	31
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	31

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	33
--------------------------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSION	37
------------------------------	----

CONCLUSIONES	41
---------------------	----

RECOMENDACIONES	42
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
-----------------------------------	----

ANEXOS

Matriz

Instrumento

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito determinar la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis “Piura”. Asimismo, los resultados van a servir para que las instituciones de salud obtengan información relevante de este tipo de pacientes afectados en su salud en quienes pueden intervenir para mejorar su calidad de vida.

Esta investigación se fundamenta en las bases conceptuales de calidad de vida y hemodiálisis. Las dimensiones de la calidad de vida consideradas son: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud.

Siendo la calidad de vida los procesos sociales, hábitos y comportamientos de los Individuos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. El término calidad de vida saludable es más apropiado usarlo como calidad de vida relacionado con la salud, ya que recoge mejor tanto los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo. Por lo tanto, el término calidad de vida saludable tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen.

El presente trabajo de investigación está organizado por capítulos de la siguiente manera: Capítulo I: El problema de investigación, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Metodología Capítulo IV: Resultados

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Insuficiencia Renal Crónica somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de éstas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares. Por todo esto es que se ve a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y otras. Analizando estas situaciones se puede entender que de alguna manera alteré su calidad de vida y este término, es relativamente nuevo, sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. La calidad de vida puede ser entendida como los hábitos de vida, la forma de vida, el conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud ⁽¹⁾.

El interés por estudiar la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemoriales, la idea comienza a popularizarse en la década de los sesenta hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como salud, educación, la política y el mundo de los servicios en general (GÓMEZ, 2000)

La Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾, 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 y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

La Insuficiencia Renal Crónica es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo. El número de pacientes con IRC tratados mediante hemodiálisis (H.D.) ha experimentado un significativo aumento en países en vía de desarrollo y con poco presupuesto destinado a la prevención. Así, los problemas de salud en las personas es un asunto que debe tomarse en cuenta desde la promoción y la prevención de la salud. Más aún si se considera el bajo acceso a los servicios de salud (seguridad social), programas especializados, el alto costo de los tratamientos y las irreparables pérdidas ocasionadas por enfermedades que son prevenibles ^(2,3).

En los países subdesarrollados la calidad de vida poco saludable es la que causa la mayoría de enfermedades. La calidad de vida que ha tenido la persona en sus años previos, si nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos, originará problemas en su vejez, de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en la salud ⁽⁴⁾.

Para disminuir la incidencia y mortalidad por enfermedades prevenibles es necesario identificar las circunstancias que favorecen el desarrollo y la aceleración de la enfermedad. Siendo importante en el intento por controlar este problema, valorar la presencia de riesgos modificables o controlables para luego actuar en ello, considerando ajustes de la calidad de vida de las personas ⁽⁵⁾.

Los comportamientos que más influyen en el estado de salud, tanto física como mental, son los relacionados sobre: alimentación, hábito de fumar, actividades de trabajo, higiene personal, actividad sexual y abuso de sustancias; los mismos que se circunscriben en el marco especial de los valores religiosos, culturales, sociales e históricos ⁽⁶⁾.

Los pacientes con hemodiálisis abarcan varios aspectos que caracterizan la vida de estos pacientes como ser: estado emocional, el funcionamiento cognitivo, las funciones como el sueño, el descanso, y el relacionamiento social, estos aspectos se corroboran y nos permiten apreciar el grado elevado de sufrimiento psíquico que presentan estos pacientes ⁽⁷⁾

La hemodiálisis es un método sustitutivo de la función renal, capaz de garantizar por varios años una adecuada calidad de vida a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, que de otro modo morirían. El número de años de supervivencia de estos pacientes podría elevarse hasta 20 y más cuando la hemodiálisis se realiza con los requerimientos establecidos, lo cual es posible si el proceso se efectúa sin grandes desviaciones en los parámetros que determinan su calidad y con un riesgo mínimo atribuible a enfermedades adquiridas en la institución hospitalaria o por la ocurrencia de accidentes.

La rehabilitación de los pacientes en diálisis, en el sentido de restaurar una calidad de vida óptima, debe ser un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Sin embargo, buena parte de la medicina parece estar más interesada en medir y controlar adecuadamente los parámetros fisiológicos y bioquímicos y no actuar en los aspectos subjetivos psicológicos del paciente. Las medidas fisiológicas suministran la información más importante a la parte médica, pero tienen un interés limitado para la particularidad emocional de los pacientes y a menudo se correlacionan pobremente con su bienestar y su capacidad funcional. Es un hecho comúnmente observado por ejemplo que dos pacientes con idénticos criterios clínicos fisiológicos a menudo presentan respuestas totalmente

diferentes en lo que a capacidad funcional y bienestar emocional se refiere ⁽⁸⁾.

Las metas de la terapia de reemplazo renal son: prolongar la vida, controlar los síntomas de la uremia y regresar al paciente a su funcionamiento premórbido, con un adecuado desempeño en las actividades de la vida diaria. Para diagnosticar tempranamente la Enfermedad Renal Crónica y garantizar la calidad de la atención médica, debe existir una estrecha coordinación y colaboración entre el equipo de salud de la atención primaria y el personal de nefrología de la asistencia secundaria, mediante esquemas de detección prematura de la población en riesgo de evolucionar hacia ese grado de cronicidad.

Los pacientes con insuficiencia renal terminal en tratamiento con hemodiálisis padecen una hipoteca significativa y adicional en relación con otras afecciones crónicas, respecto a su incapacidad para la relación social, el desplazamiento y en definitiva la un severo deterioro de autonomía individual y familiar. Estos factores deberían ser suficientes para reducir la percepción de calidad de vida (CV) independientemente del deterioro físico. La calidad de vida es un parámetro cada vez más utilizado en la toma de decisiones clínicas respecto a la introducción de nuevos tratamientos, eficacia de los mismos y evaluación de programas de asistencia sanitaria.

El paciente con Insuficiencia Renal Terminal en Diálisis, 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.

Algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad, habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares.

Por ello el estudio de la Calidad de vida es de gran interés para la profesión de enfermería, ya que permite conocer a la persona desde una perspectiva integral, que incluye sus creencias, valores y percepciones, cómo viven sus problemas de salud y cómo pueden intentar corregir éstos para que consigan llevar una mejor calidad de vida.

Frente a las situaciones planteadas se formula las siguientes interrogantes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

Frente a lo expuesto se consideró pertinente la realización de las siguientes preguntas.

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis “Piura” - Marzo – junio 2014?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Determinar la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis “Piura” – marzo – junio 2014.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Reconocer la calidad de vida en la dimensión alimentación de los pacientes con hemodiálisis del centro de Diálisis “Piura” – Marzo – Junio 2014.
- Reconocer la calidad de vida en la dimensión actividad y ejercicio de los pacientes con hemodiálisis del centro de Diálisis “Piura” – marzo – Junio 2014.
- Reconocer la calidad de vida en la dimensión manejo del estrés de los pacientes con hemodiálisis del centro de Diálisis “Piura” – marzo – junio 2014.
- Reconocer la calidad de vida en la dimensión apoyo interpersonal de los pacientes con hemodiálisis del centro de Diálisis “Piura” – marzo – junio 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación es importante para el personal de salud y para las futuras profesionales de salud que laboran o laboren con pacientes con hemodiálisis, porque los resultados van a contribuir a mejorar la atención integral hacia las personas con esta afección de su salud, reconocer los aspectos entorno a su alimentación, actividad, estrés y con ello considerar el cuidado integral.

En los pacientes que padecen insuficiencia renal crónica las sesiones de hemodiálisis es la alternativa más conveniente para ayudarlos a preservar la vida, ya que muchos por no decir todos no alcanzan trasplante renal la cual ofrecerá a los pacientes una mayor cantidad y calidad de vida. Hay que sumar a esto las complicaciones psicológicas, tanto en los pacientes como en sus familiares ya que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia. Repercusiones psicológicas del trasplante de órganos en los pacientes.

Según Perea ⁽⁹⁾, la calidad de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir “estar en el mundo”, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. En su forma más llana la calidad de vida es el modo, forma y manera de vivir.

La calidad de vida puede ser entendida como los hábitos de vida, la forma de vida, el conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud.

La salud de las personas adultas se asocia a la calidad de vida, debido a que la calidad de vida promotora de salud procura el bienestar del ser humano y la calidad de vida poco saludable se asocia a factores de riesgo que contribuyen a la presencia de las enfermedades.

En los países subdesarrollados, como es nuestro caso, la calidad de vida poco saludable es la que causa la mayoría de enfermedades. La calidad de vida que ha tenido la persona en sus años previos, si única hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos,

originará problemas en su vejez, de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en la salud.

Los comportamientos que más influyen en el estado de salud, tanto física como emocional, son el relacionado sobre: alimentación, hábito de fumar, actividades de trabajo, higiene personal, actividad sexual y abuso de sustancias; los mismos que se circunscriben en el marco especial de los valores religiosos, culturales, sociales e históricos.

Actualmente en el mundo hay más de 2 millones de pacientes en diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal) y más de 600 000 000 de portadores de la enfermedad renal crónica ⁽¹⁰⁾.

Se avizora un incremento de estas cifras no sólo para los países desarrollados, sino también para el resto del mundo, con un envejecimiento importante de la población en hemodiálisis, tanto de la edad media de la población incidente (64,6 años) como de la población prevalente (58,3 años), para un costo de 1100 000 000 de dólares.

La Enfermedad Renal Crónica es una de las condiciones de salud más devastadora, pero también para los que se encuentran cerca del enfermo en sus ámbitos familiar y social. Para nuestro sistema de salud, en lo que toca a la implantación de los políticas y programas que respondan a estas necesidades, la Enfermedad Renal Crónica ha representado, desde hace muchos años un compromiso no cumplido a cabalidad debido básicamente a que los recursos financieros nunca han sido suficientes.

El número de pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V (ERC-V) tratados mediante hemodiálisis (HD) aumenta año a año. En el caso de la hemodiálisis la dosificación más frecuente consiste en 4 horas 3 días por semana, y se prolongará durante toda la vida del paciente hasta que, en caso de que el paciente sea candidato, reciba un trasplante renal. A pesar de los avances en el tratamiento de la hemodiálisis, éste no asegura un nivel óptimo de calidad de vida relacionada con la salud del paciente. De este modo, los pacientes en hemodiálisis presentan una disminución significativa de la calidad de vida respecto a sus homólogos sanos o a pacientes sometidos a trasplante.

En la mayoría de los enfermos en etapa terminal se necesitan entre 9 y 12 horas de hemodiálisis semanales. Algunos estudios han sugerido que

podieran ser benéficas las sesiones más largas, aunque ha habido confusión por diversas características del paciente como su talla corporal y peso. Es importante individualizar la dosis de hemodiálisis. La hipotensión es la complicación aguda más frecuente de la hemodiálisis, en particular en diabéticos.

El costo económico mundial estimado de la diálisis solamente, como intervención, es elevado y se incrementará, de 470 billones US\$ en el 2000 a 1.088 billones US\$ en el 2010 ⁽¹¹⁾.

Según la Organización mundial de la Salud, en 2009 había más de 2 millones de pacientes identificados en programas de diálisis, y su tratamiento anual global superaba el trillón de dólares.

En 2007, más de 1.700.000 personas en el mundo sobrevivían gracias al tratamiento dialítico; su incidencia (nuevos casos por año) se ha duplicado en los últimos 10 años, y es de esperar que continúe aumentando especialmente en los países de Latinoamérica, siendo una enorme carga epidemiológica y económica para la sociedad. Esto hace prácticamente imposible sostener el crecimiento del costo de la salud, disminuyendo la salida y haciendo inestable al sistema social ⁽¹¹⁾.

En nuestro país cada año Essalud realiza hemodiálisis a un poco más de 8.000 casos de insuficiencia renal –en el 2010 hubo 10.316 casos registrados por el Ministerio de Salud; la entidad no tiene datos del 2011–. Lima concentra la mayoría de ellos, unos 5.100 ⁽¹²⁾.

Si no se detiene esta tendencia, en el futuro no habrá posibilidades de tener un servicio adecuadamente financiado. Según datos de Essalud, se destina S/.90 millones –el 10% del presupuesto anual de la institución– sólo al tratamiento de este problema.

El número de pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis crece 10% al año, por lo que se puede sostener que el aumento de tratamiento con hemodiálisis va en franco aumento en el Perú, constituyéndose en una de las principales causas de muerte de nuestra población en el futuro. Es muy importante saber que es posible desarrollar nuevas capacidades y habilidades que permitan lograr una mejor calidad de vida. Así como también es posible obtener ayuda para asumir la enfermedad y su tratamiento. Así mismo reconocer la calidad de vida de estos pacientes

permitirá a los enfermeros generar nuevas estrategias destinadas a producir un impacto positivo en la atención de la salud de estos pacientes. Los profesionales de enfermería como parte integrante del equipo multidisciplinario asistencial que participa en el proceso de donación extracción trasplante, y reinserción social debe estar presente y es necesaria su actuación en todo los eslabones de dicho proceso.

Los profesionales de enfermería debidamente preparados tienen la oportunidad, mientras presta sus cuidados básicos de escuchar al paciente, de detectar sus problemas, de conocer su idiosincrasia y la de su familia, enseñarle en la medida de lo posible a proporcionarse los auto cuidados para conseguir exitoso trasplante y poder obtener una mejor calidad de vida.

Para la profesión de enfermería es útil porque puede posibilitar la elaboración de programas estratégicos que promuevan la calidad de vida saludable en los usuarios; así, desde una perspectiva educativa y preventiva, fortalecerá su rol de liderazgo dentro del equipo de salud.

También es conveniente realizar el trabajo de investigación para que las autoridades regionales, de la Dirección de Salud de Piura y municipales en el campo de la salud, así como para la población de estudio, identifique sus factores de riesgo y se motiven a incorporar cambios en sus conductas tendientes a la promoción de la salud.

Finalmente, el presente estudio servirá de marco referencial de conocimientos para estudiantes y la sociedad en futuros trabajos de investigación.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1 A Nivel Internacional

Gonzáles, D. Calidad de vida de Pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Clínico “F. Viedma”, Cochabamba, Bolivia, 2007, sobre 44 pacientes diagnosticados se obtuvieron los siguientes resultados: 61 % de los pacientes tiene problemas moderados en relación a su calidad de vida, lo cual nos muestra que esta calidad de vida se ve disminuida significativamente a partir de la enfermedad que el padece y de acuerdo a todos los puntos antes analizados. ⁽¹³⁾

El 20 % de los pacientes presentan problemas leves, una reducción mínima de la manera que ellos viven. Y 14 % de los pacientes presentan problemas graves lo cual nos indica que su calidad de vida se ve reducida casi al máximo y podrían estar viviendo una situación de estrés grave. Es importante señalar entonces a partir de estos datos del cuestionario que, más de la mitad de los pacientes que se someten a hemodiálisis, ven disminuida su calidad de vida en general, ya sea por la

disminución del resto físico a partir de la enfermedad, que en muchos casos los lleva a dejar su fuente laboral; en otros casos la carga emocional que conlleva la enfermedad provocan que el paciente se auto culpe o presente síntomas de una depresión grave, o encuentre dificultades para realizarse con su familia.

Cunha, L. Evaluación de la Calidad de Vida de Pacientes de Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Renal, Colombia (2010), el mismo que fue aplicado a una muestra de 32 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, concluyendo que los aspectos principales que afectan a la calidad de vida de estas personas hacen reflexionar sobre un cuidado más planificado e integral que será prestado por el equipo de salud, médica, lo que permitirá vivir con más calidad.⁽¹⁴⁾

Anna Seguí Gomà - Patricia Amador Peris - Ana Belén Ramos Alcario. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Tarragona-España en el año 2010, tuvieron como objetivo evaluar la calidad de vida y las características personales de pacientes con IRC y comparar con la población general. Tuvieron una muestra de 96 pacientes, La edad media del estudio es de 62.12 años en un rango comprendido entre 18 y 90 años. Predominan los varones con un 53.1%. El 66.7% están casados, unos 60.4% jubilados y el 88.6% viven acompañados. En cuanto al lugar donde viven, tenemos un 60.8% de pacientes que vienen de la comarca del Tarragonés y un 39.2% de la comarca del Baix Penedés, tardando un mínimo de 0 minutos y hasta un máximo de 105 minutos. El tipo de transporte utilizado fue de un 55.2% de personas que acuden al centro en ambulancia o transporte colectivo y un 44.8% que usan el vehículo propio o taxi. En cuanto al tiempo en tratamiento en diálisis la media es de 52.64 meses. En relación al acceso

vascular, tuvieron que un 68.7% portadores de fístula interna y un 27.1% fueron portadores de catéteres permanentes o temporales. Mientras que en las dimensiones encontraron que en la Función física fue de 46.3, Rol físico 38.9, Dolor corporal 52.9, Salud general 33.3 Vitalidad 39.3, Función social 59.2, Rol emocional 57.1 y en Salud mental 59.2, mientras que en la población española media fue 65.1, 69.3, 67.8, 68.3, 57.2, 82.6, 80.1, 69.4 respectivamente para cada dimensión. También realizaron una comparación según el trayecto a realizar hasta la unidad, tiempo que tardan y el tipo de transporte que utilizan siendo el 55,2% que se desplazan en ambulancia. La calidad de vida en pacientes con IRCT, es peor que la población de referencia en todas las dimensiones. ⁽¹⁵⁾

Tapia, Mattos Ana Martha. Gálvez, Vásquez Rita Diana “Calidad de Vida de los Pacientes antes de haber recibido trasplante Renal” Estudio se realizó en pacientes trasplantados renales asistidos en el servicio de nefrología, del Hospital Privado de Córdoba de la Ciudad de Córdoba 2014. Fue un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 25 pacientes quienes narraron la calidad de vida antes del trasplante donde se pudo encontrar que tenían muchas limitaciones en la alimentación, la actividad física por cuidar la fistula, sumado a esto vivir estresados y con angustia de penar y ver que la vida dependía de la máquina. ¹⁶

Hernández Mariano José Ángel y colaboradores estudiaron calidad de vida en pacientes con tratamiento sustitutivo renal: diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis, Durango, México, en el año 2014. Una muestra de 64 pacientes, el 62,5% correspondieron al sexo masculino. De ellos 34 a DPCA y 30 a HD. Se utilizó la versión 1.1 de la encuesta SF-36 conformado por

36 preguntas que abordan ocho conceptos de salud: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Dentro de las 8 dimensiones analizadas, en la cual está de acuerdo a las puntuaciones: 0-25, 26-50, 51-75, 76-100. La puntuación promedio más alta correspondió a Dolor Corporal (83, DPCA) y (68, HD) mientras el más bajo se presentó en Vitalidad (60,1, DPCA) y Salud en general (45,8, HD). En DIPAC y HD presento en la dimensión función física 70,6% CV buena y 61,9% CV regular respectivamente, en rol físico CV buena en 81,6% y 63,9% respectivamente, en dolor corporal CV buena en 83,0% y 68,0% respectivamente, en salud general CV regular en 61,9% y 45,8% respectivamente, en vitalidad CV regular en 60,1% y 54,9% respectivamente, en función social CV buena en 72,2% y CV regular en 63,4% respectivamente, en rol emocional CV buena en 65,9% y CV regular en un 50,0% respectivamente, en salud mental CV buena y regular en 63,7% y CV regular en 51,4% respectivamente. La cual se concluyó que en lo pacientes con DPCA hubo una deteriorada valoración personal del estado de salud actual y las perspectivas futuras siendo la CV buena en un poco más de la mitad de acuerdo a sus dimensiones, sin embargo en los paciente con HD los promedios más bajos se tuvieron lugar en las dimensiones de Salud General, Salud Mental y Rol Emocional; lo que revela una expectativa negativa en cuanto a su situación de salud actual y sus perspectivas del futuro, los problemas emocionales que interfieren en su desempeño en actividades de la vida diaria, siendo la CV regular en un poco más de la mitad de acuerdo a sus dimensiones.¹⁷

Arleth Herrera Lián y colaboradores estudiaron Calidad De Vida En Pacientes Con Enfermedad Renal Crónica De Una Institución De Hemodiálisis, Cartagena, Colombia, en el año 2014. Fue un estudio descriptivo, con una población de 239 pacientes en la cual se usó el

instrumento SF 36. En los resultados se encontró que el 67.2% poseían un mejor estado de salud o mejor calidad de vida debido a que obtuvo un porcentaje mayor de 50 puntos; de las dimensiones valoradas las que reflejaron un mejor estado de salud fueron Salud mental (83.3%), Función Social (77.8%) y Vitalidad (77%). La escala más afectada fue Rol Físico (62,8%), mientras que en el índice global de la calidad de vida se encontró que el 67.2% (160.6) de la población estudiada poseían un mejor estado de salud o mejor calidad de vida, 23 ya que obtuvo un porcentaje mayor de 50 puntos. Mientras el 32.8% (78.3) restante presentó un deficiente estado de salud o peor calidad de vida. La calidad de vida a nivel global buena, especialmente en las dimensiones salud mental, función social, vitalidad y dolor corporal y en menor escala en el rol físico y salud general.¹⁸

2.1.2 Antecedentes a Nivel Nacional

Contreras, G. efectuó una investigación denominada “Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis”, Lima, 2007. De acuerdo con los resultados de este estudio, se evidencia un menoscabo importante en la calidad de vida de los pacientes, caracterizada principalmente por detrimento en el rol físico (42.6%), salud general (48.6%) y dolor (50.5%). A pesar de las características de la IRC, y la severidad de su tratamiento, la calidad de vida de estos pacientes está mejor preservada que la de los pacientes con hiperplasia prostática, en los que sólo la función física alcanza una puntuación media más alta (75.6%). La función social, dimensión mejor preservada en los pacientes con insuficiencia renal, es la que muestra mayor diferencia con los pacientes con hiperplasia prostática (75.3% y 56.3% respectivamente), lo que pone de manifiesto la importancia de evaluar el efecto que puede tener el prostática (75.3% y 56.3% respectivamente), lo que pone de manifiesto la importancia de evaluar el efecto que puede tener el género sobre la percepción de calidad de vida del paciente con enfermedad crónica.⁽¹⁹⁾

Meléndez López, Edwin Moisés, Taboada Masabel, Daniel Ángel

Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, con tratamiento. Hemodiálisis y diálisis peritoneal servicio nefrología hospital nacional Alberto sabogal Sologuren – Essalud, Callao.
Resumen de la investigación

Objetivo: Establecer la calidad de vida de pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal con tratamiento sea en Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal. Servicio de Nefrología. Hospitales Nacional Alberto Sabogal Sologuren, materiales y métodos: El estudio según su tendencia fue cuantitativo, según su orientación fue aplicada, según el tiempo de ocurrencia de los hechos investigados fue prospectivo, según su periodo y la secuencia de los datos fue transversal y según su análisis y alcance de sus resultados fue descriptivo, en tanto el estudio fue inédito. Resultados: La Calidad de vida en Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal fue medianamente saludable en un poco menos de la mitad (45.24%) y en un poco más de la mitad (54.55%) respectivamente. Las dimensiones en HD y DIPAC, en la Función Física, Dolor corporal, Rol emocional y Salud mental, en ambos tratamientos la calidad de vida es medianamente saludable en un poco más de la mitad (52%), las dimensiones Salud General y en Función Social la calidad de vida es medianamente saludable un poco más de la mitad (57%) y un poco menos de la mitad (41%) respectivamente. Conclusión: Se confirma la hipótesis estadística. Si hay diferencia en la calidad de vida en ambos tratamientos, siendo mayor en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

(20)

Sánchez Guzmán, Jorge Alexander. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, Trujillo, Perú, en el año 2014. Uso como instrumento el Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas y 8 dimensiones: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. La muestra fue de 72 pacientes la cual predominó el rango de 40 a 60 años con un 47.2%, el sexo que predominó fue el masculino con un 62.5%. Como resultado se obtuvo

que la calidad de vida es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses; de igual manera en los pacientes entre los 40 - 60 años comparada con los mayores de 60; la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus es menos saludable comparada con los que tienen HTA, y, en general el Componente Físico es el más afectado en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Según las dimensiones se obtuvo resultado como: Función Física un promedio de 48.63 con una mediana de 50.00, Rol físico un promedio de 45.31 con una mediana de 50.00, Dolor físico un promedio de 52.25 con una mediana de 52.50, Salud General un promedio de 49.51 con una mediana de 50.00, Componente de salud físico un promedio de 47.40 con una mediana de 52.14, Vitalidad un promedio de 51.03 con una mediana de 57.50, Función social un promedio de 46.56 con una mediana de 50.00, Rol emocional un promedio de 54.04 con una mediana de 100.00, salud mental un promedio de 48.83 con una mediana de 62.00, Componente de salud mental un promedio de 49.61 con una mediana de 62.50. Teniendo una CV regular de acuerdo al promedio en un poco menos de la mitad (49.32%) con la mediana de 58.66, siendo afectada por el dolor pero no tanto como un dolor crónica que deteriore la CV como en los pacientes oncológicos.²¹

Biviano Camones J. y Julcahuanga Julcahuanga J. realizaron el estudio Calidad de Vida en Usuarios Sometidos a Hemodiálisis Centro de Diálisis Santa Ana Miraflores. En el año 2014, teniendo como objetivo determinar la calidad de vida en pacientes con tratamiento en Hemodiálisis. Entre sus hallazgos fueron que el sexo que predomina fue el femenino con un 51.1%, la etapa de vida que predominó fue la adulta con un 64.4%, en el estado civil fue casado con un 73.3% y en la procedencia la que predominó fue la costa con un 62.2%. La calidad de vida en Hemodiálisis fue regular con un 57.8%, y por etapa de vida en el adulto fue regular con un 44.4%, según el género la calidad de vida fue regular en ambos sexos con un 28.9%, en expectativa laboral en adulto fue regular con un 11% y en el adulto mayor fue buena con un 11%, la cual el adulto mayor es jubilado y el adulto trabaja normal y

de acuerdo a sus dimensiones encontraron que en la función física el género masculino tuvo calidad de vida regular con un 26.7%, en rol físico el género femenino tuvo calidad de vida mala con un 31.1%, en dolor corporal el género masculino tuvo calidad de vida regular con un 31.1%, en salud general el género femenino tuvo calidad de vida regular con un 37.8%, en salud general el género femenino tuvo calidad de vida regular con un 37.8%, en vitalidad el género femenino tuvo calidad de vida regular con un 24.4%, en función social el género masculino tuvo calidad de vida regular con un 42.2%, en rol emocional el género masculino tuvo calidad de vida regular con un 40.0% y en salud mental el género femenino tuvo calidad de vida regular con un 31.1%.⁽²²⁾

2.2. BASES TEORICAS

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales calidad de vida y hemodiálisis.

2.2.1. La insuficiencia renal crónica. Enfermedad en la que se presenta una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, y para mantener el equilibrio homeostático en los pacientes, se requieren medidas como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el trasplante renal.⁽²³⁾

2.2.2. Hemodiálisis

Es la extracción de sangre del paciente a través de un acceso vascular apropiado y bombeada a la unidad de membrana o dializador, donde la sangre se pone en contacto con el dializado (mezcla de agua generalmente purificada por ósmosis inversa o deionización y un concentrado de electrolitos), el cual se encuentra bajo presión negativa en relación con el comportamiento de la sangre. El gradiente de presión hidráulica permite la ultra filtración del exceso de 22 líquidos a través de la membrana. El riñón artificial, es el aparato desarrollado y perfeccionado por los avances tecnológicos, que se utiliza para llevar a cabo éste proceso. Este consta de dos compartimentos: uno sanguíneo y otro de líquido de diálisis o hidráulico, la sangre

en el circuito extracorpóreo es impulsada mediante una bomba de rodillos, controlada por el monitor que se detiene ante cualquier alteración detectada en el circuito. ⁽²³⁾

2.2.3. Diálisis Peritoneal

Procedimiento que limpia la sangre y retira el exceso de líquido utilizando uno de los filtros naturales de su cuerpo, la membrana peritoneal. La membrana peritoneal es la capa que cubre al peritoneo, o cavidad abdominal, la cual contiene su estómago, bazo, hígado e intestinos. La solución para la Diálisis Peritoneal (DP) se coloca en el peritoneo. La membrana peritoneal filtra los desechos y líquidos de su sangre hacia la solución. La solución que contiene el desecho es drenada de su peritoneo después de varias horas y reemplazada con una solución fresca. Esto es llamado recambio. Una enfermera con experiencia en Diálisis Peritoneal (DP) le entrenará en la unidad de diálisis de la clínica para que pueda realizar la diálisis peritoneal como paciente externo. La mayoría de los pacientes pueden aprender a hacer la Diálisis Peritoneal (DP) en cinco a siete sesiones de entrenamiento, dependiendo del estilo de aprendizaje, según la empresa Baxter. ⁽²³⁾

Diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DIPAC): Esta modalidad permite al paciente realizar sus actividades y moverse libremente. Para realizar este procedimiento, cada cambio, utiliza la gravedad para drenar el fluido del peritoneo y reemplazarlo con solución nueva. La DIPAC es una terapia que se realiza manualmente en casa. La gran mayoría de los pacientes requieren 4 cambios por día, los 7 días de la semana. Cada cambio tiene 3 pasos: Drenaje: Consiste en sacar el líquido de la cavidad peritoneal por gravedad. Infusión: Consiste en introducir la solución de diálisis nueva en la cavidad peritoneal, a través del catéter.

Permanencia: Es un período en el cual el líquido de diálisis permanece dentro de la cavidad peritoneal con una duración

promedio de 4 a 6 horas, de acuerdo a la prescripción de su médico. Cada cambio generalmente se repite cada 4 ó 6 horas, es decir, cuatro veces al día, siete días a la semana. Puede hacerse los cambios en casa, en el lugar de trabajo, o en otro lugar que estuviera visitando y sea adecuado. Cada cambio dura aproximadamente 30 minutos totales. El horario de tratamiento es muy flexible, por lo que puede adaptarse a las necesidades del paciente. El tiempo promedio de entrenamiento para capacitarse en esta terapia fluctúa entre una y dos semanas. La dieta y la ingesta de líquidos del paciente, normalmente es menos restringida que en Hemodiálisis. (21)

2.2.4. La Calidad de Vida en pacientes con IRCT

La calidad de vida (CV) es un concepto subjetivo y multidimensional cuya definición es polémica. (22) Algunos autores consideran que comprende 3 dimensiones: la física, la psicológica y la social. La dimensión física incluye aspectos de la vida cotidiana y de la sintomatología clínica (dolor y fatiga), así como aspectos relacionados con el trabajo y la recreación; la dimensión psicológica se relaciona con el estado anímico (la depresión y la ansiedad), con las funciones cognitivas (memoria y concentración) y con el sentimiento de bienestar. Por último, la dimensión social comprende la participación del paciente en las actividades sociales y familiares, sus relaciones de género y su vida profesional. (23)

Al considerar la Calidad de vida, referida a sujetos enfermos, Chwalow pone énfasis en la integración de la enfermedad a la vida cotidiana del paciente, y en el grado de satisfacción de éste con su condición actual, sin tomar en cuenta la opinión del médico o la de otros profesionales de la salud. Es importante no confundir la CV con la salud, puesto que, aunque sus evaluaciones se complementan, son de naturaleza esencialmente diferente. (24)

Para Leplège y Pouchot toda situación patológica interfiere de manera particular con la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades. La Calidad de vida guarda una relación directa con la medida en que dichas necesidades son satisfechas. (25)

Otros autores coinciden en afirmar que la Calidad de vida abarca 4 dominios esenciales: el bienestar físico (autonomía y capacidad física), las molestias somáticas (síntomas a causa de la enfermedad y del tratamiento), el estado psicológico (emoción, ansiedad y depresión) y los problemas de las relaciones sociales (familiares y profesionales), lo cual implica considerar de modo independiente las molestias somáticas, de la esfera física.

Según Tejera, J. (16), la calidad de vida es la forma de vivir de las personas, que al igual que el medio ambiente, están determinados por un conjunto de factores (físicos, sociales o laborales) que dependen tanto del individuo como del complejo entorno que le rodea, dando lugar a estilos de vida más o menos saludables, comprendiendo también la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. En su forma más llana la calidad de vida es el modo, forma y manera de vivir.

El ser humano es un sistema en el que todos los componentes biológicos, neurológicos, psicológicos, ambientales y educativos, interactúan como un todo. No se puede afirmar que la facultad que construye la calidad de vida, sea fruto de un determinismo genético, tampoco que se deba exclusivamente al medio ambiente, sino a la interacción entre ambos. Es probable que la influencia educativa del hogar, del medio y la educación formal, tengan un peso importante en la construcción de determinado comportamiento ⁽²⁶⁾.

La salud puede verse afectada por la calidad de vida y condiciones de vida. La calidad de vida comprende actitudes y valores, que se expresan en el comportamiento del individuo en diferentes áreas de la vida, entre ellas, la actividad física, la alimentación, el uso de bebidas alcohólicas, el uso del cigarrillo y el manejo de la sexualidad. Así como el ambiente social, físico, cultural, y aspectos económicos que impactan la vida de las personas ⁽¹⁶⁾.

La calidad de vida saludable se entiende como “Los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral”. Además, es concebido como: “Una forma de vida, con un mínimo de contaminación, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de cada ser humano en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelve. Dicho estilo de vida saludable ideal es aquel que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las medidas de auto cuidado, que contrarrestan los factores nocivos”

La calidad de vida puede estar moldeada por comportamientos que conducen a la salud. Estos están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. La calidad de vida individual, caracterizada por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar su calidad de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interaccionan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe una calidad de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas ⁽¹⁷⁾.

El nivel socio educativo, la estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral, harán más atractivos, factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida. Otros factores determinantes del predominio de unas u otras formas de expresión de la calidad de vida, son la edad y el nivel socioeducativo

El estudio de la calidad de vida procede de enfoques de reflexión psicosocial y socioeducativa tradicionales; desde los cuales se

piensa la salud. A partir de estos enfoques se analiza la existencia de determinada calidad de vida que propicia o inhibe algunas formas de enfermedad. Según estas visiones, los factores sociales, psicológicos y de comportamiento condicionan los modos de vida de los individuos y condicionan sus consecuencias. Algunas áreas de la ciencia utilizan el término con un sentido más específico. Por ejemplo, en epidemiología, la calidad, la calidad de vida, hábito de vida o forma de vida, se entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud ⁽²⁷⁾.

En sociología, la calidad de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Una forma de vida que refleja las actitudes, los valores y la visión del mundo de un individuo. Tener una “forma de vida específica” implica una opción consciente o inconsciente entre una forma y otras de comportamiento.

En el enfoque sociológico se consideraba que las variables sociales eran los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de una calidad de vida particular, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazaron desde la sociedad al individuo y a su personalidad. A mediados del siglo XX, la antropología abordó el estudio de la calidad de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde un enfoque biológico, argumentando que los individuos tienen calidades de vida sanas o insanas por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre lo individual y no sobre lo institucional.

Teóricas que dan sustento a la investigación

El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables ⁽²⁸⁾.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS), de Nola Pender, sustenta que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar

el bienestar y el potencial humano. Plantea un modelo enfermero que da respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

Para el presente estudio la calidad de vida fue medida en base a la modificación del instrumento propuesto en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender el cual permitió una valoración de la calidad de vida pero basado en la calidad de vida promotor de salud de los individuos; que resulta útil para las enfermeras en la asistencia, tanto en el apoyo como en la educación al paciente

Las dimensiones de la calidad de vida que se consideraron para la presente investigación fueron las siguientes: nutrición, actividad y ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad en salud, apoyo interpersonal y autorrealización.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

La insuficiencia renal crónica

Enfermedad en la que se presenta una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, y para mantener el equilibrio homeostático en los pacientes, se requieren medidas como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el trasplante renal.

Dimensión de Alimentación: Es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida. La alimentación es educable, desde que se idea la producción de los alimentos, se gana el dinero para adquirirlos, a la hora de la compra, en la preparación y conservación de los alimentos, hasta que los ingerimos.

Comemos lo que queremos, cuando queremos; al ingerir los alimentos empieza un proceso nuevo que no depende de nosotros, de nuestra voluntad, que no podemos educar, es la nutrición ⁽¹⁹⁾.

Dimensión Actividad y Ejercicio: es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto mayor. Dentro del concepto de salud, el ejercicio físico cumple un rol fundamental, ya que al practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades

Los estilos de vida: son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad, son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. La inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad. Además, aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon y de pecho, hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad

Además de los beneficios fisiológicos de la actividad física en el organismo como es el de la nutrición del adulto mayor, que le favorece a la adecuada digestión y funcionamiento intestinal favoreciendo a la vez para el fortalecimiento de la musculatura buscando aumentar la masa muscular y la fuerza muscular; evitando así una de las principales causas de incapacidad y de caídas: también favorece las funciones cognitivas ⁽²¹⁾.

Dimensión Manejo del Estrés: Se refiere a las estrategias conductuales, como el entrenamiento asertivo, la solución de problemas, el auto-control, o la gestión del tiempo; cuya finalidad será la elevación de los recursos del individuo para la toma de decisiones y el enfrentamiento a situaciones conflictivas ⁽²²⁾.

El estrés es considerado como la activación psicofisiológica que se produce en el organismo como consecuencia de la interacción con determinada situación que le ha servido de estímulo. Constituye un fenómeno que expresa las cambiantes y complejas relaciones que mantiene el individuo con su ambiente en tanto que las demandas

ambientales no pueden ser satisfechas por el sujeto que este hace al respecto, lo que le ocasiona una percepción de falta de control y, por lo tanto, de ineficiencia en el manejo de la situación ⁽²²⁾.

Dimensión Responsabilidad en Salud: Las circunstancias, necesidades y elecciones sitúan a las personas en situaciones y roles particulares. En la vida, la responsabilidad personal proviene de muchas fuentes previsibles e imprevisibles, e implica asociarse y participar, comprometerse y cooperar. Una persona responsable persevera, no con terquedad, sino con motivación de ser consecuente con sus actos y convicciones. Por tanto, la salud como responsabilidad individual deriva lo siguiente: cada uno de nosotros puede determinar la calidad de nuestra salud; nadie más puede regular nuestros hábitos personales de vida; buena salud no es asunto de buena suerte o destino sino de buenos hábitos; el comportamiento individual que afecta a nuestra salud es el factor más importante para el desarrollo de enfermedades ⁽²³⁾.

Dimensión Apoyo Interpersonal: Las relaciones interpersonales se establecen sobre la base de una consistente autoestima, partiendo de la óptica de tener algo que ofrecer a alguien; además, estas se logran como producto de la motivación para compartir con otra persona. Las relaciones preestablecidas, se mantienen por el Es una dimensión importante por considerar al adulto mayor como placer de estar queriendo y sentirse querida, tener reconocimiento y dar reconocimiento, recibir y dar afecto ⁽²⁴⁾. ser eminentemente social, para lo cual él requiere de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir creciendo en el camino junto a otros individuos de su entorno ⁽²⁵⁾.

Dimensión Autorrealización:

Se refiere a la adopción del adulto mayor a su inicio como persona en la tercera edad, teniendo como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen mayor, alcanzando la superación y a la autorrealización a obtener un sentimiento de satisfacción hacia el mismo como adulto ⁽²⁶⁾.

El ser humano es, por naturaleza, un ser social; el medio le permite crecer y desarrollarse, su inicio se manifiesta en el seno familiar (sociedad primaria) y en la medida que se suceden los distintos ciclos de vida el grado de socialización aumenta. La escuela, las actividades extra programáticas (deportes, idiomas, artes, entre otras) van desarrollando socialmente al sujeto, determinando distintos roles en los ámbitos en que se mueve, más tarde el trabajo y/o estudio amplían sus niveles o grados de socialización, como así también la constitución de una familia ⁽²⁹⁾.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

Ha.- Los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis “Piura” – marzo – junio 2014. Tienen una calidad de vida saludable

H°.- Los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis “Piura” – marzo – junio 2014. Tienen calidad de vida no saludable.

2.5 VARIABLES

2.5.1 Definición conceptual de la variable

Calidad de Vida.

Es la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características individuales.

2.5.2 Definición Operacional de la variable

Se medirá la calidad de vida mediante el puntaje obtenido por el paciente en respuesta al cuestionario de Calidad de vida Promotor de Salud, elaborado por Walker, Sechrist y Pender, y modificado por Delgado, R; Reyna E y Díaz, R. para medir la calidad de vida a través de sus dimensiones como son alimentación, actividad, ejercicio, manejo del estrés y apoyo interpersonal

La calidad de vida se medirá utilizando una escala nominal:

Calidad de vida saludable: 75 - 100 puntos

Calidad de vida no saludable: 25 - 74 puntos

Está constituido por 20 ítems distribuidos de la siguiente manera:

Alimentación : 1, 2, 3, 4, 5, 6
 Actividad y Ejercicio : 7, 8,
 Manejo del Estrés : 9, 10, 11,12
 Apoyo Interpersonal : 13, 14, 15, 16. 17
 18,19,20,

Cada ítem tiene el siguiente criterio de calificación

NUNCA : N = 1
 A VECES : V = 2
 FRECUENTEMENTE : F = 3
 SIEMPRE : S = 4

Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las diversas respuestas a los 20 ítems, de la misma manera se procede en cada sub escala.

Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición	Criterio de medición
Calidad de Vida	<p>La calidad de vida se medirá utilizando una escala nominal: Calidad de vida saludable: 75 - 100 puntos Calidad de vida no saludable: 25 - 74 puntos</p> <p>Está constituido por 25 ítems distribuidos de la siguiente manera: Alimentación : 1, 2, 3, 4, 5, 6 Actividad y Ejercicio : 7, 8, Manejo del Estrés : 9, 10, 11,12 Apoyo Interpersonal: 13, 14, 15, 16. 17 20 Cada ítem tiene el siguiente criterio de calificación NUNCAN = 1 A VECES:V = 2 FRECUENTEMENTE: F = 3 SIEMPRE:S = 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Actividad y Ejercicio • Manejo del Estrés • Apoyo Interpersonal 	Nominal	<p>Saludable</p> <p>No saludable</p>

diversas respuestas a los 20 ítems, de la misma manera se procede en cada sub escala.

2.5.4. Operacionalización de variable

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tipo cuantitativo:

por los resultados serán expresad numéricamente

Nivel Descriptivo:

Porque va describir una situación en este caso la calidad de vida en diversas dimensiones de vida de los pacientes con hemodiálisis

Corte Transversal :

Porque se va realizar en un determinado tiempo

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrollará en el Centro de Diálisis “Piura” E.I.R.L., que se encuentra ubicado en calle Los Pinos N° 259 – residencial Grau Piura - 2014.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Conformada por 180 pacientes tratados con hemodiálisis en el Centro de Diálisis “Piura” Marzo–Junio 2014

Muestra

Se aplicó una fórmula estadística para obtener la muestra quedando constituida por 83 pacientes

$$M = \frac{(Z)^2 (p)(q) n}{(E)^2 (n-1) + (Z)^2 (p)(q)}$$

DONDE:

Z	=	Coeficiente de confianza	=	1.92
p	=	Población con caracteres de interés	=	0.5
q	=	Población sin caracteres de interés	=	0.5
E	=	Error permisible	=	0.05
M	=	Muestra	=	X
n	=	Población total	=	180

Aplicando la fórmula se obtiene:

$$M = \frac{(1.92)^2 (0.5)(0.5) 180}{(0.05)^2 (180-1) + (1.92)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$M = \frac{(3.8416) (0.25) 200}{(0.0025) (179) + (3.8416) (0.25)} = 83 \text{ Pacientes}$$

Criterios de Inclusión

- Paciente tratado con hemodiálisis en el Centro de Diálisis
- Paciente tratado con hemodiálisis en el Centro de Diálisis de ambos sexos.
- Paciente tratado con hemodiálisis en el Centro de Diálisis que aceptó participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Paciente que tenga algún trastorno mental.

- Paciente que presente problemas de comunicación.
- Paciente con alguna alteración patológica.
- Paciente que no quiera participar en el estudio.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizará la entrevista y la observación para la aplicación de los instrumentos.

Instrumentos

En el presente trabajo de investigación se utilizará 1 instrumento para la recolección de datos el mismo que se detalla a continuación:

Instrumento No 01

Escala de la calidad de vida

Instrumento elaborado en base al cuestionario de estilo de vida promotor de salud, elaborado por Walker, Sechrist y Pender, para medir la calidad de vida a través de sus dimensiones como son alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud.

(ANEXO 01)

Está constituido por 20 ítems distribuidos de la siguiente manera:

Alimentación	: 1, 2, 3, 4, 5, 6
Actividad y Ejercicio	: 7, 8,
Manejo del Estrés	: 9, 10, 11,12
Apoyo Interpersonal	: 13, 14, 15, 16, 17
:	18,19 20,

Cada ítem tiene el siguiente criterio de calificación

NUNCA	: N = 1
A VECES	: V = 2
FRECUENTEMENTE	: F = 3

SIEMPRE : S = 4

Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las diversas respuestas a los 20 ítems, de la misma manera se procede en cada sub escalas

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez

Se aseguró la validez externa por juicio de expertos presentando el instrumento a 3 expertos en el área a investigar.

Confiabilidad

Fue medida y garantizada mediante la prueba de Alpha de Cronbach, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 18, buscándose que el instrumento sobre estilos de vida sea altamente confiable con respecto a las 20 preguntas del cuestionario (Anexo).

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Procedimiento para la Recolección de Datos

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

Se informará y pido consentimiento a los pacientes tratados con hemodiálisis en el Centro de Diálisis Piura – 2014, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación serán estrictamente confidenciales.

Se coordinará con los pacientes su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.

Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.

Se realizará lectura del contenido o instrucciones de la escala y del cuestionario para llevar a cabo las respectivas entrevistas.

Instrumentos fue aplicado en un tiempo de 10-15 minutos; las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

Análisis y Procesamiento de los Datos

Los datos fueron procesados con el paquete SPSS/info/software versión 18.0, se presentaron los datos en tablas simples y de doble entrada y se elaborarán sus respectivos gráficos.

Consideraciones Éticas

Durante la aplicación de los instrumentos se respetará y cumplirá los criterios éticos de:

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a pacientes con hemodiálisis que la investigación sería anónima y que la información obtenida será sólo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y evitará ser expuesta, respetando la intimidad de los pacientes con hemodiálisis, siendo útil sólo para los fines de la investigación.

Honestidad

Se informará a los pacientes con hemodiálisis los fines de la investigación, cuyos resultados se plasmaron en el presente estudio.

Consentimiento

Sólo se trabajará con los pacientes con hemodiálisis que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA: 1

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES CON HEMODIÁLISIS

Dimensión alimentación	N°	%
Calidad de vida saludable:	46	55
Calidad de vida no saludable	37	45
Total	83	100

Interpretación se evidencia que la calidad de vida en la dimensión alimentación de los pacientes con hemodiálisis es saludable en el 55%(46) y no es saludable en el 45% equivalente a 37 pacientes con hemodiálisis.

GRAFICO: 1

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES CON HEMODIÁLISIS

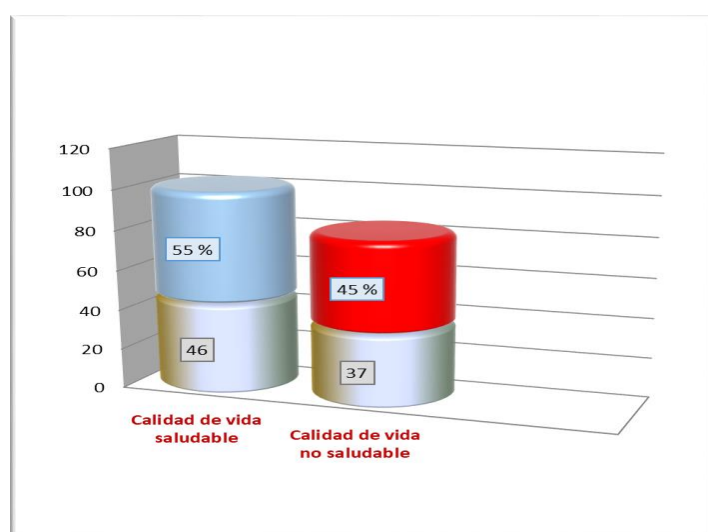


TABLA: 2

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO DE
LOS PACIENTES CON HEMODIÁLISIS**

Dimensión actividad y ejercicio	N°	%
Calidad de vida no saludable:	56	67
Calidad de vida saludable	27	33
Total	83	100

Interpretación: Se evidencia que la calidad de vida en la dimensión actividad y ejercicio de los pacientes con hemodiálisis es no saludable en el 67%(56) y es saludable en el 33% equivalente a 27 pacientes con hemodiálisis.

GRAFICO: 2

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO DE
LOS PACIENTES CON HEMODIÁLISIS**

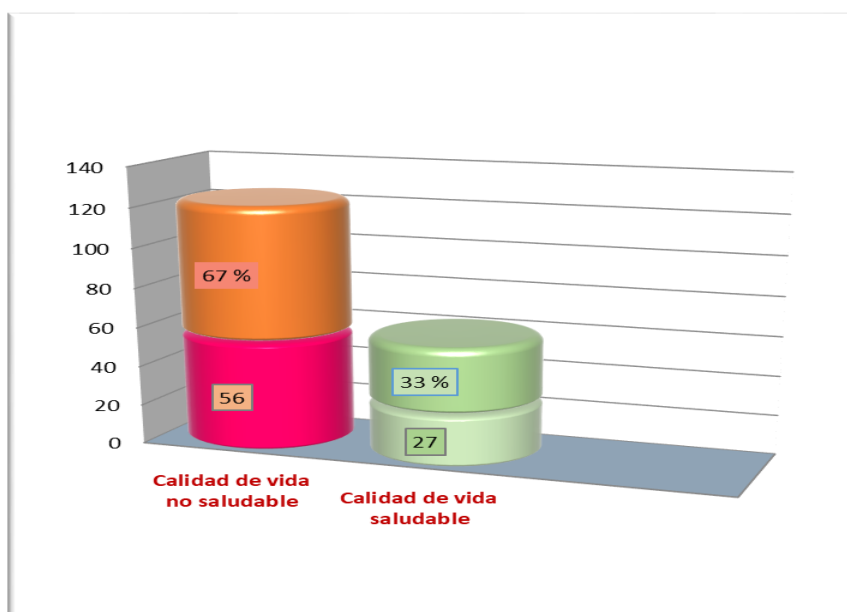


TABLA: 3

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN MANEJO DEL ESTRÉS DE
LOS PACIENTES CON HEMODIÁLISIS**

Dimensión manejo del estrés	N°	%
Calidad de vida no saludable:	48	58
Calidad de vida saludable	35	42
Total	83	100

Interpretación: Se evidencia que la calidad de vida en la dimensión manejo del estrés de los pacientes con hemodiálisis es no saludable en el 58%(48) y es saludable en el 42% equivalente a 35 pacientes con hemodiálisis.

GRAFICO: 3

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN MANEJO DEL ESTRÉS DE
LOS PACIENTES CON HEMODIÁLISIS**

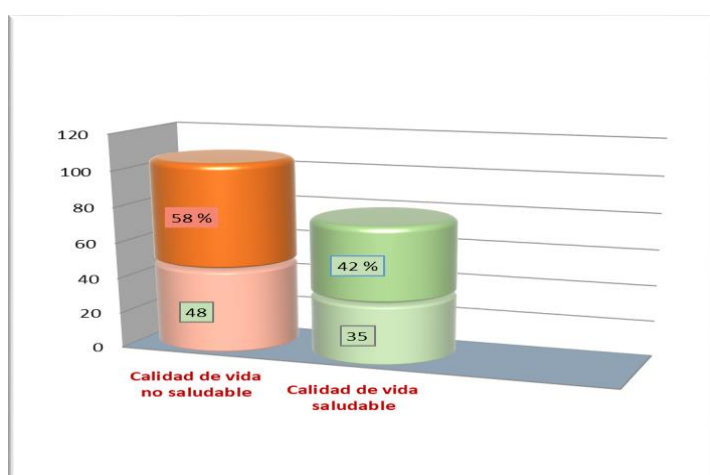


TABLA: 4

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN APOYO INTERPERSONAL DE
LOS PACIENTES CON HEMODIÁLISIS**

Dimensión apoyo interpersonal	N°	%
Calidad de vida no saludable:	21	25.0
Calidad de vida saludable	62	75,0
Total	83	100,0

Interpretación se evidencia que la calidad de vida en la dimensión Apoyo interpersonal de los pacientes con hemodiálisis es saludable en el 75%(62) y no es saludable en el 25% equivalente a 21 pacientes con hemodiálisis

GRAFICO: 4

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN APOYO INTERPERSONAL
DE LOS PACIENTES CON HEMODIÁLISIS**



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La enfermedad renal crónica es una enfermedad que impacta y cambia el estilo de vida de forma irreversible, debido a la repercusión en la salud física, psicológica, social y económica. Esto los lleva a depender en la etapa terminal de tratamiento sustitutivo renal, ya sea con diálisis o hemodiálisis. La hemodiálisis es un procedimiento invasivo, de sustitución de la función renal, que permite extraer los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre como consecuencia de una insuficiencia renal, a través de una máquina y filtro especiales de manera extracorpórea.^{6,7}

Si bien las técnicas de reemplazo renal permiten a las personas con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) prolongar su vida, también afecta a la realización de sus actividades cotidianas y a largo plazo su calidad de vida. La calidad de vida es la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características individuales. En su forma más llana la calidad de vida es el modo, forma y manera de vivir. Determinar la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis es de suma importancia debido a la realidad a la que nos enfrentamos donde actualmente en el mundo hay más de 2 millones de pacientes en diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal) y más de 600 000 000 de portadores de la enfermedad renal crónica y se avizora un incremento de estas cifras no sólo para los países desarrollados, sino también para el resto del mundo, con un envejecimiento importante de la población en hemodiálisis, tanto de la edad media de la población incidente (65 años) como de la población prevalente (58 años). En los países subdesarrollados, como es nuestro caso, la calidad de vida poco saludable es la que causa la mayoría de enfermedades. La calidad de vida que ha tenido la persona en sus años previos, si nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos, originará problemas en su vejez, de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en la salud.

Por ello se decidió realizar esta investigación en la que se evaluó a 83 pacientes que se dializan en el Centro de Diálisis Piura, en el que día a día el control del paciente en la unidad de hemodiálisis nos ofrece parámetros fisiológicos y bioquímicos muy valiosos, pero lo que realmente interesa a muchos de ellos, es saber de qué manera su enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida en general.

En esta investigación se pudieron obtener los siguientes resultados para cada uno de los objetivos planteados. Al analizar los resultados entorno a la calidad de vida en la alimentación se encontró que el 55% de los pacientes con hemodiálisis encuestados en la dimensión de la alimentación es saludable, y un 45% no es saludable. Esto nos hace ver que un mayor porcentaje de los pacientes si llevan o tienen calidad de vida saludable pero también hay un 45% de los pacientes que consideran que el estar dializándose a través de la maquina pueden comer sin separar o prohibirse de algo que les guste ya que la maquina se encargara de eliminar el exceso de urea y creatinina que puede estar en exceso en nuestro organismo. Podemos decir que la alimentación en un paciente con hemodiálisis es importante porque la diálisis sola no elimina de manera efectiva todos los productos de desecho, los cuales también se pueden acumular entre los tratamientos con dicha diálisis, por ello el propósito de una alimentación adecuada es mantener el equilibrio de electrolitos, minerales y líquidos en el paciente con diálisis.

Analizando los resultados encontrada en la dimensión actividad y ejercicio en el centro de diálisis Piura, marzo-julio 2014. Los resultados obtenidos fueron que el 67% de los pacientes con hemodiálisis encuestados en la dimensión de actividad y ejercicio es no saludable, y un 33% es saludable.

Los resultados en la dimensión actividad física no fueron favorables pues se pudo observar que en mayor porcentaje de los pacientes encuestados no realizan actividad física y en un menor porcentaje si la realiza.

La actividad y el ejercicio es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del organismo. Dentro del concepto de salud, el ejercicio físico cumple un rol fundamental, ya que al

practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades. Esto es de suma importancia para los pacientes con hemodiálisis ya que les permite mejorar la utilización de los azúcares, mejorar la circulación de la sangre disminuyendo el nivel de colesterol, ayuda a mantener una presión arterial normal, mantener un peso aceptable, fortalece los huesos y aumenta la masa y la fuerza muscular.

La calidad de vida en los pacientes con hemodiálisis en la dimensión manejo del estrés en el centro de diálisis Piura, marzo-julio 2014. Los resultados obtenidos fueron que el 58% de los pacientes con hemodiálisis encuestados en la dimensión de manejo del estrés es no saludable, y un 42% es saludable. Los resultados no fueron favorables pudiéndose observar que en mayor porcentaje de los pacientes para esta dimensión es no saludable y en menor porcentaje es saludable.

El manejo del estrés se refiere a las estrategias conductuales, como el entrenamiento asertivo, la solución de problemas, el auto-control, o la gestión del tiempo; cuya finalidad será la elevación de los recursos del individuo para la toma de decisiones y el enfrentamiento a situaciones conflictivas, considerado el estrés como la activación psicofisiológica que se produce en el organismo como consecuencia de la interacción con determinada situación que le ha servido de estímulo.

Al determinar la calidad de vida en los pacientes con hemodiálisis en la dimensión apoyo interpersonal en el centro de diálisis Piura, marzo-julio 2014. Los resultados obtenidos fueron que el 75% de los pacientes con hemodiálisis encuestados en la dimensión de apoyo interpersonal es saludable, y un 25% es no saludable. El apoyo interpersonal se define como las relaciones que se establecen sobre la base de una consistente autoestima, partiendo de la óptica de tener algo que ofrecer a alguien; además, estas se logran como producto de la motivación para compartir con otra persona. Las relaciones preestablecidas, se mantienen por el placer de estar queriendo y sentirse querida, tener reconocimiento y dar reconocimiento, recibir y dar afecto. Es muy importante para el paciente en hemodiálisis ya que como toda persona requiere de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir creciendo en el camino junto a otros individuos de su entorno.

La calidad de vida en los pacientes con hemodiálisis podemos decir, que es la manera general que cada paciente tiene de vivir, basándose en las condiciones de vida, y las pautas individuales de conducta. Es por ello que también es necesario considerar las teorías de enfermería que se debe fomentar en nuestra labor educativa al paciente y familia como la teoría de Dorotea Orem enmarcado en el autocuidado ya que depende de ellos el cuidado de su alimentación, actividades control y manejo del estrés y sobre todo vivir con su enfermedad. Asimismo la teoría de contemplado en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), de Nola Pender donde sustenta que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Plantea un modelo enfermero que da respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. De esta forma en el presente estudio la calidad de vida fue medida en base a la modificación del instrumento propuesto en dicho modelo, el cual permitió una valoración de la calidad de vida pero basado en la calidad de vida promotor de salud de los individuos; que resulta útil para las enfermeras en la asistencia, tanto en el apoyo como en la educación al paciente.

CONCLUSIONES

- La calidad de vida en la dimensión alimentación de los pacientes con hemodiálisis es saludable en el 67% y no es saludable en el 33% de los pacientes con hemodiálisis.
- La calidad de vida en la dimensión actividad y ejercicio de los pacientes con hemodiálisis es no saludable en el 67%(56) y es saludable en el 33% equivalente a 27 pacientes con hemodiálisis
- La calidad de vida en la dimensión manejo del estrés de los pacientes con hemodiálisis es no saludable en el 58%(48) y es saludable en el 42% equivalente a 35 pacientes con hemodiálisis.
- La calidad de vida en la dimensión apoyo interpersonal de los pacientes con hemodiálisis es saludable en el 75%(62) y no es saludable en el 25% equivalente a 21 pacientes

RECOMENDACIONES

- El presente estudio debe servir para estudios posteriores que evalúen la calidad de vida percibida por nuestros usuarios en la Seguridad Social. El desarrollo tanto en este tipo de pacientes como de otras patologías crónicas.
- Contribuir al desarrollo de una Cultura del deber por medio de ejecutar programas educativos a los pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia renal y con ello asegurar el cuidado de sí mismo frente a la enfermedad que padecen. Asimismo hacer que tomen conciencia que la hemodiálisis es una alternativa de vida y no una salida a sus malos hábitos alimentarios frente a su enfermedad
- Organizar y ejecutar charlas educativas sobre los estilos de vida del paciente con hemodiálisis, considerando a su familia para que todos tengan los cuidados que debe seguir en casa.
- Fomentar en todo momento y en cada área de salud la promoción de estilos de vida saludable, ya que sabemos que el personal de enfermería tiene entre sus responsabilidades brindar educación para la salud y más aún a pacientes con enfermedades crónicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thomas WJ, Guire KE, Howart GG. Is patient length of stay related to quality of care. *Hosp Health Serv Admin* 1997; 42(4): 489-507.
2. Cusumano AM, Gonzalez Bedat MC, García-García G, Maury Fernández S, Lugon JR, Poblete Badal H, et al. Latin American dialysis and renal transplant registry: 2008 Report (data 2006). *Clin Nephrol*. 2010 Nov; 74 Suppl
3. Cusumano AM and González Bedat MC: Chronic Kidney Disease in Latin America: Time to Improve Screening and Detection. *Clin J Am Soc Nephrol* 3:594-600, 2008. . [Consultado el 13 de junio de 2013]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23348&Itemid=270&lang=es
4. Ministerio de Salud, Nicaragua. Norma y protocolo para el abordaje de la enfermedad renal crónica [Internet]. Managua: Ministerio de Salud; 2009. [Consultado el 13 de junio de 2013]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=fileinfo&id=6008_81
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador. Capítulo 2. Deu se enferma y muere la población salvadoreña. En: Informe de Labores, Ministerio de Salud 2010-2011. San Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2011 [consultado el 13 de junio de 2013]. Disponible en:
<http://www.salud.gob.sv/servicios/descargas/documentos/DocumentaciónInstitucional/Memorias-de-Labores/Memoria-de-Labores-2010-2011/MemoriadeLabores-2010-2011/>
- 6.- Pérez Delgado Y, Sotolongo Molina Y, Muradás Augier M, Vigoa Sánchez L, Lugo López E. Supervivencia y complicaciones de los catéteres para hemodiálisis: nuestra experiencia. *Rev Cubana Cir*. 2006;45:3-5.

7. Sánchez García A, Zavala Méndez M, Pérez Pérez A. Hemodiálisis: proceso no exento de complicaciones. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012;20(3):131-7.
8. Guerra-Guerrero V, Sanhuesa-Alvarado O, Cáceres-Espina M. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Rev Latino Am Enfermagem. 2012;20(5):838-46. en el Peru.pdf
9. Perea. Manual Merk Edición 2005.
10. Fatarusso. V y Ritter O. "Vademécum Clínico". Editorial El Ateneo 9^{na} Edición. 3050 págs.
11. NANDA. L. "Diagnósticos Enfermeros" 2003-2004. España, 287 págs.
12. Potter, Perrit. "Fundamentos de Enfermería". Editorial Océano, volumen V
13. Piazza A: Diálisis Crónica con Riñón Artificial (Estudio de 1270 Hemodiálisis). Tesis Doctoral, Universidad Peruana Cayetano Heredia (LimaPerú) 1973. [Consultado el 07 de abril del 2014]. URL disponible en: http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/anal_2000/XII_LAHEMOMODIALISISENELPERU.pdf
14. Piazza A: Reutilización de Unidades Dializadoras Descartables. 2º Congreso Argentino y 2º Congreso Latinoamericano de Nefrología (Buenos Aires) 1974. [Consultado el 07 de abril del 2014]. URL disponible en: http://www.spn.pe/archivos/La_hemodiAlisis_en_PerU_Dr_Alfredo_Piazza.pdf
15. Piazza A et al: Hemodiálisis crónica en el Sistema de Prestaciones N° 1 del Seguro Social del Perú. Abstracto del 4º Congreso Latinoamericano de Nefrología (CLAN) Lima 37,1979. [Consultado el 07 de abril del 2014]. URL disponible en: http://www.spn.pe/archivos/La_hemodiAlisis_en_PerU_Dr_Alfredo_
16. Piazza A et al: Evaluación Clínica de Pacientes en Hemodiálisis Periódica, Hospital Central N° 1 del SSP, Lima. Abstracto del 4º CLAN (Lima) 50, 1979. [Consultado el 07 de abril del 2014]. URL disponible

17. en:http://www.spn.pe/archivos/La_hemodiAlisis_en_PerU_Dr_Alfredo_Piazza.pdf 83
18. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-Related Quality of Life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9. [Consultado el 07 de abril del 2014]. URL disponible en: http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/anal_2000/XII_LAHEMODIALISISENELPERU.pdf
19. Ruiz RM, y colaboradores. Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [On line] 2003; [Citado 7 noviembre 2009] 6 (4): 222-232. [Consultado el 07 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.spn.pe/archivos/La_hemodiAlisis_en_PerU_Dr_Alfredo_Piazza.pdf
20. Flores Flores Rosita, Díaz La Torre Cristian. Evaluación de la calidad de vida de pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal que reciben Diálisis peritoneal ambulatoria continua. Hospital ii Essalud Tarapoto. Junio - noviembre 2012. tesis para licenciatura. Tarapoto-Perú: Universidad Nacional De San Martín, 2012. [Consultado el 07 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_85_Binder1.pdf
21. Martínez R. Isabel. Calidad de vida de los pacientes en programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria Minatitlán-México 2012. [Consultado el 08 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetriz/31.pdf 84
22. Guerra-Guerrero V.; Sanhueza-Alvarado O.; Cáceres-Espina M., Calidad de Vida de personas en Hemodiálisis Crónica: en relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Rev. Latino-Am, enfermagem* [internet]. sep.-oct. 2012 [consultado el 14 de abril del 2014]; 20(5): [10 pantallas].

23. Álvarez Guzmán Walter y Gonzales Vásquez Jaime Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados con Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en el hospital nacional regional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel. [Tesis doctoral]. San Miguel, El Salvador, 2011. [Consultado el 14 de abril del 2014]; 20(5): [10 pantallas]. Disponible en: <http://opac.fmoues.edu.sv/infolib/tesis/50107578.pdf>
24. Anna Seguí Gomà - Patricia Amador Peris - Ana Belén Ramos Alcario. Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento con Diálisis. Tarragona - España. 13 (3): 155/160. 2010. [Consultado el 26 de mayo del 2015]. Disponible es: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v13n3/original1.pdf>
25. Biviano Camones, Jorge Ernesto - Julcahuanga Julcahuanga, José Florentino. CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS SOMETIDOS A HEMODIALISIS CENTRO DE DIALISIS SANTA ANA MIRAFLORES. 1ª. Lima-Perú. 2014 [Consultado el 26 de mayo del 2015].
26. Hinojosa Cáceres Emilio, Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Essalud, Arequipa 2006. [Consultado el 14 de abril del 2014], 1(24) ,7: Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf
27. Calvanese Nicotina. Estilos de afrontamiento y Adaptación al Tratamiento en pacientes sometidos a Hemodiálisis. En Nefrología latinoamericana. Septiembre 2003.Vol 11.No.2.Octubre 2004. [Consultado el 15 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/adherencia_pacientes_insuficiencia_rena_l_cronica_sesiones_hemodialisis_hospital_militar_central.
28. Auquier P, Macquart-Moulin G. Pourquoi développer les études de qualité de vie dans les essais cliniques Le point de vu de l'épidémiologiste. En: Moatti J-P. Recherche clinique et qualité de vie. Paris: Flammarion

MédecinSciences, 1996:12-9. [Consultado el 15 de abril del 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_3_98/onc05398.pdf

29. Chwalow J. Méthodologie de la laboration de chelles de la Qualité de vie dans les essais cliniques. En: Moatti JP. Recherche clinique et qualité de vie. 26. Leplége A, Pouchot J. Réflexion sur l'utilisation des mesures de qualité de vie en population. En: Moatti J-P. Recherche Clinique et qualité de vie Paris: Flammarion Médecin-Sciences, 1996:32. [Consultado el 29 de abril del 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_3_98/onc05398.pd

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
Calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis "Piura" - marzo – Junio 2014	¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis "Piura" - marzo – Junio 2014?	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis "Piura" – marzo – junio 2014.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la calidad de vida en la dimensión alimentación de los pacientes con hemodiálisis del centro de Diálisis "Piura" – Marzo – Junio 2014. • Reconocer la calidad de vida en la dimensión actividad y ejercicio de los pacientes con hemodiálisis del centro de Diálisis "Piura" – marzo – Junio 2014. • Reconocer la calidad de vida en la dimensión manejo del estrés de los pacientes con hemodiálisis del centro de Diálisis "Piura" – marzo – junio 2014. • Reconocer la calidad de vida en la dimensión apoyo interpersonal de los pacientes con hemodiálisis del centro de Diálisis "Piura" – marzo – junio 2014. 	<p>Ha.- Los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis "Piura" – marzo – junio 2014. Tienen calidad de vida medianamente saludable</p> <p>H°.- Los pacientes con hemodiálisis en el Centro de Diálisis "Piura" – marzo – junio 2014. Tienen calidad de vida no saludable.</p>	Calidad de Vida	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Cuantitativo, descriptivo, transversal.</p> <p>Población 180 pacientes tratados con hemodiálisis en el Centro de Diálisis "Piura" – 2014</p> <p>Muestra Se obtiene por fórmula estadística quedando 83 pacientes tratados con hemodiálisis en el Centro de Diálisis "Piura" - 2014</p> <p>CRITERIO DE INCLUSIÓN Paciente tratado con hemodiálisis de ambos sexos, que aceptó participar en el estudio.</p> <p>TÉCNICA E INSTRUMENTO: TÉCNICA: Encuesta INSTRUMENTO: Escala de la calidad de vida PLAN DE ANÁLISIS: Se uso de la estadística descriptiva para elaboración de tablas y gráficos y al análisis de varianza.</p>

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

AUTOR: Walker, Sechrist, Pender

Nº	Ítems	CRITERIOS			
	ALIMENTACIÓN				
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	N	V	F	S
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	N	V	F	S
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	N	V	F	S
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
	ACTIVIDAD Y EJERCICIO				
7	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
	MANEJO DEL ESTRÉS				
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.	N	V	F	S
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.	N	V	F	S

12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
APOYO INTERPERSONAL					
13	Se relaciona con los demás.	N	V	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	N	V	F	S
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	N	V	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	V	F	S
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	N	V	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	N	V	F	S
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	N	V	F	S

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NUNCA:	N = 1
A VECES:	V = 2
FRECUENTEMENTE	F = 3
SIEMPRE:	S = 4

El ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es al contrario

N= 4 V=3 F=2 S=1

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos