



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA



**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO
HUÁNUCO, 2014”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTA:

Bach. VERGARAY TARAZONA, Branny Eloy

ASESOR:

Lic. Enf. BORNEO CANTALICIO, Eler

HUÁNUCO, PERÚ

2016

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO
HUÁNUCO, 2014”**



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



DIRECTORA DE LA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE "HUÁNUCO"



HACE CONSTAR:

Que el señor **Branny Eloy VERGARAY TARAZONA**, alumno egresado de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de esta Casa Superior de Estudios, ha aprobado la sustentación de tesis, que se llevó a cabo el día 02 de Marzo del 2016.

Se expide el presente documento a petición de la interesada para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 03 de Marzo del 2016



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

[Handwritten Signature]
Lic. Enl. Annelis Leiza Yaro
DIRECTORA DE LA E.A.P. DE ENFERMERÍA

c.c.: Archivo
AVLY/hrc



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA EXAMEN DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 15:00 horas del día 02 del mes de marzo del año dos mil dieciséis, se reunieron en el Auditorio de la Universidad de Huánuco, La Esperanza, de esta ciudad, los Miembros del Jurado Examinador, designados por Resolución N° 202-2016-D-FCS-UDH de fecha 02 de marzo del 2016, para proceder a la evaluación de la sustentación de Tesis Titulado: "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO HUÁNUCO, 2014". Sustentado por el Bachiller en Enfermería Sr.: Branny Eloy VERGARAY TARAZONA, siendo integrado por los siguientes miembros:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------|
| • Mg. Amalia Verónica Leiva Yaro | Presidenta |
| • Mg. Celia Dorila Salazar Rojas | Secretaria |
| • Mg. Bethsy Diana Huapalla Céspedes | Vocal |

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobada por Unanimidad con el calificativo cualitativo: Buena en fe al cual se suscribe la presente.

Siendo las, 16:00 Horas, se dio por concluido el acto de Sustentación, firmando para constancia los miembros del Jurado evaluador.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

LISTA DE ACRONIMOS

OMS	:	Organización mundial de la salud
IRC	:	Insuficiencia Renal Crónica
IRCT	:	Insuficiencia Renal Crónica Terminal
MINSA	:	Ministerio de Salud
SPN	:	Sociedad Peruana de Nefrología
CVRS	:	Calidad de Vida Relacionado a la Salud

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento de mi existencia y por haberme brindado fé, seguridad y confianza; sin él nada es posible.

A mi madre y hermanas por su apoyo y amor incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por su infinito amor, ayuda y comprensión ya que si él nada hubiera logrado en mi vida. Agradezco a mi madre por haberme dado la vida, su amor y la más grande herencia que es haber podido estudiar; a mis hermanas; a mi enamorada y por ultimo a mi familia por su gran apoyo en mi formación profesional.

Agradezco a mi Alma Mater “Universidad de Huánuco” y a la Escuela de Enfermería por ser el centro de mi formación profesional.

Agradezco de igual manera a quienes han colaborado de una u otra forma en la culminación de este trabajo.

El Autor.

RESUMEN

OBJETIVO: Describir el nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis.

MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se trabajó con una muestra de 30 pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis de la unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2014. El instrumento utilizado fue el cuestionario de salud SF-36, para el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado.

RESULTADOS: Se encontró que no existe semejanzas entre la variable calidad de vida a la edad ($P \leq 0,151$), género ($P \leq 0,657$) y el grado de escolaridad ($P \leq 0,925$) de los participantes en el estudio. Así mismo la calidad de vida de los pacientes se encuentra en un nivel bajo con un 73,3%, frente al 26,7% con una calidad de vida alto. Por último la mayoría de las dimensiones presentaron niveles bajos como salud general (93,3%), función física (70%), rol emocional (70%), función social (73,3%), dolor corporal (63,3%), vitalidad (73,3%) y salud mental (70%); mientras que la única dimensión que presentó un nivel alto fue el rol físico (53,3%).

CONCLUSIONES: La calidad de vida de los pacientes renales crónicos de la unidad renal del hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2014 se encuentra en un nivel bajo; en tanto otros como la edad, el género y el grado de escolaridad de los participantes no constituyeron elementos relevantes en esta evaluación.

Palabras claves: *Insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, calidad de vida.*

SUMMARY

OBJECTIVE: To describe the quality of life in patients with chronic renal failure on hemodialysis.

METHODS: An observational, prospective, transversal and descriptive study .It worked with a sample of 30 chronic renal patients undergoing hemodialysis renal unit Hermilio Valdizan Medrano-Huanuco regional hospital was conducted 2014. The instrument used was the health questionnaire SF-36 for the inferential statistical analysis Chi-square test was used.

RESULTS: We found that there is no similarity between the variable quality of life age ($P \leq 0,151$), gender ($P \leq 0,657$) and educational level ($P \leq 0,925$) participants studied him. Also the quality of life of patients is at a low level to 73.3% versus 26.7% with a high quality of life. Finally most of the dimensions had low levels as overall health (93.3%), physical function (70%), emotional role (70%), social functioning (73.3%), bodily pain (63.3%), vitality (73.3%) and mental health (70%); while the only dimension that showed a high level was the physical role (53.3%).

CONCLUSIONS: The quality of life of chronic renal patients of the hospital renal unit Hermilio Valdizan Huánuco Medrano 2014 is at a low level; while others such as age, gender and educational level of the participants did not constitute relevant elements in this evaluation.

Keywords: *chronic renal failure, hemodialysis, quality of life.*

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica se considera una enfermedad con una elevada morbilidad y mortalidad. Su incidencia y prevalencia han aumentado en una etapa avanzada en el Perú y en todo el mundo, la enfermedad se está convirtiendo en una epidemia. El Seguro de salud ESSALUD es el responsable de un 70% del coste total de la terapia de reemplazo renal en nuestro país. De acuerdo con la Sociedad Peruana de Nefrología (SPN), en nuestro país, se estima que cerca de 300 mil personas padecen de insuficiencia renal crónica, siendo la tasa anual de mortalidad del 15,2%. Las enfermedades que comúnmente conducen a esta patología son la hipertensión y la diabetes¹.

La rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica. Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y el tratamiento que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida en general².

Entre las diversas definiciones de calidad de vida, se puede mencionar la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que entiende este concepto como la percepción del "individuo de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de cultivo y de valor en las que viven y en relación a sus expectativas, sus estándares y preocupaciones³.

Los cambios en el estilo de vida provocada por la insuficiencia renal crónica en diálisis causan limitaciones físicas, sexuales, psicológicas, familiares y sociales, que pueden afectar a la calidad de vida, estos pacientes expresan sentimientos negativos, como el miedo de pronóstico, la discapacidad, la dependencia económica y el cambio de la imagen de sí. Por otra parte, también reconocen que el tratamiento les permite la espera de un trasplante de riñón y, por lo tanto, una expectativa de mejorar su calidad de vida. Los cambios resultantes del tratamiento alteran el entorno familiar ya que estos necesitan ajustar sus necesidades de rutina diaria para apoyar al familiar que padece una insuficiencia renal crónica. Por lo tanto, es necesario que los trabajadores de la salud, en particular enfermería, consideren la importancia de estas cuestiones en su enfoque y en la preparación de un plan de atención integral. En este sentido, la enfermería ha sido el desarrollo de la investigación destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren de enfermedades crónicas, siguiendo la tendencia de salud. Para ello, se cree que es necesario actuar más cerca a estos pacientes; para así conocer sus percepciones debido a las limitaciones que se enfrentan, para lograr ajustes en el tratamiento⁴.

En tal sentido la insuficiencia renal crónica representa un serio problema en la salud, por la cual se decidió realizar este trabajo por considerarlo de gran interés desde el punto de vista científico-evaluativo, además de que en nuestro país hasta donde pude indagar, no se habían realizado muchas investigaciones sobre este tema, razón por la que se efectuó la siguiente investigación dado que es necesario conocer a fondo la

calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la unidad renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

Por tal motivo, la investigación se organizó en cinco capítulos. En el primero comprende el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas.

Asimismo, en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación, compuestos por los resultados descriptivos y los resultados inferenciales.

Por último, en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I

1. Problema de Investigación.....	1
1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	6
1.3. Objetivo.....	6
1.4. Hipótesis.....	7
1.5. Variables.....	7
1.6. Justificación e Importancia.....	9
1.6.1. A nivel teórico.....	9
1.6.2. A nivel práctico.....	9
1.6.3. A nivel metodológico.....	10
1.7. Viabilidad.....	10

CAPITULO II

2. Marco Teórico.....	11
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	11
2.2. Bases teóricas que se sustentan en el estudio.....	19
2.2.1. Teoría de las necesidades humanas (Abraham Maslow).....	19
2.2.2. Teoría de Cuidados Humanos (Jean Watson).....	20
2.2.3. Teoría General de la Enfermería (Dorothea Orem).....	21
2.3. Bases Conceptuales.....	23
2.3.1. Calidad de vida.....	23
2.3.2. Calidad de vida relacionada con la salud.....	25
2.3.3. Dimensiones de la calidad de vida.....	26
2.3.4. Calidad de vida del pacientes con insuficiencia renal crónica.....	27
2.3.5. Insuficiencia renal crónica.....	29
2.3.6. Tratamiento de sustitución renal: hemodiálisis.....	30

CAPITULO III

3. Marco Metodológico.....	32
3.1. Tipo de estudio.....	32
3.2. Diseño del estudio.....	32
3.3. Población.....	33
3.3.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	33
3.3.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo.....	34
3.4. Muestra y muestreo.....	34
3.4.1. Unidad de análisis.....	34
3.4.2. Unidad de muestreo.....	34
3.4.3. Marco muestral.....	34
3.4.4. Población muestral.....	35
3.4.5. Tipo de muestreo.....	35
3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.5.1. Método.....	36
3.5.2. Instrumento.....	36
3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	37
3.7. Procedimiento de recolección de datos.....	38
3.8. Elaboración de los datos.....	39
3.9. Análisis e interpretación de los datos.....	39
3.10. Aspectos éticos de la investigación.....	40

CAPITULO IV

4. Análisis de Resultados.....	41
4.1. Resultados Descriptivos.....	41
4.1.1. Características Generales.....	41
4.1.2. Datos Relacionados a la Calidad de Vida.....	47
4.2. Resultado Inferencial.....	56

CAPITULO V

5. Discusión.....	59
5.1. Discusión de los Resultados.....	59
Conclusiones.....	64
Recomendaciones.....	65
Referencias Bibliográficas.....	68
ANEXOS.....	70
Consentimiento informado.....	71
Encuesta de salud SF-36.....	72

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La insuficiencia renal crónica, en la actualidad es reconocida como un grave problema de salud pública, por la afectación de la calidad de vida en personas de todas las edades que la padecen. Además, de su condición clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conducen a la destrucción irreversible de la masa de nefronas y consecutivamente a la insuficiencia de la función excretora y reguladora renal; altera muchos aspectos tanto biológicos, físicos y emocionales en los pacientes⁵. Por lo tanto estos pacientes presentan un grave deterioro en su calidad de vida debido a que muchas veces el tratamiento de hemodiálisis se encuentran ligado a la distribución inequitativa del acceso y a la provisión de servicios de salud, ya que el tratamiento es muy caro y la mayoría de las personas que la padecen son las menos favorecidas económicamente, cabe mencionar también que existen pocos centros de hemodiálisis y que no se cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales para brindar un servicio óptimo que abarque el cuidado del paciente de una forma integral; así mismo en la mayoría de nosocomios en donde se brinda este tipo de asistencia la infraestructura se halla en dimensiones reducidas y no se encuentran debidamente equipadas con los equipos hemodialíticos para cubrir la

demanda de pacientes, que cada año va en aumento⁶. Aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él; entre ellos desnutrición; debido a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, dolor, ansiedad, depresión, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos⁷. Se ha observado que estos síntomas suelen agudizarse después de tres años de tratamiento. Todo lo expuesto tiene serias implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva; altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida y por ende afecta de manera alarmante la calidad de vida de los pacientes renales provocando el aumento de la mortalidad⁸.

Su elevada prevalencia e incidencia, pone en manifiesto sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud⁹. Esta patología es un problema creciente a nivel mundial, con un aumento de casos estimado entre los años 2012 y 2013 del 15%. Sin embargo, su presencia ha pasado generalmente inadvertida para las autoridades y organizaciones de salud, los médicos, pacientes y la población en general¹⁰. Se le ha denominado una epidemia silenciosa, por ejemplo; en 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que de 58 millones de muertes producidas en ese año, 35 millones podían ser atribuidas a la insuficiencia renal crónica; las causas que lideraban las estadísticas eran las cardiovasculares y el cáncer, aunque la insuficiencia renal crónica ni siquiera es mencionada en el informe de la

OMS, sabemos que esta enfermedad es común en personas con estos 2 tipos de enfermedades, amplificando en ellas varias veces la probabilidad de un pronóstico adverso¹¹. Latinoamérica no se encuentra fuera de este contexto ya que en Brasil, el número de pacientes en diálisis ha aumentado progresivamente en los últimos años, de 42,695 en 2000 a 91,314 en el 2011, siendo la hemodiálisis el tratamiento más común en este país¹².

En el Perú, si bien no existe estadísticas oficiales, se estima que cerca de 300 mil personas padecen de insuficiencia renal crónica, mientras que la prevalencia de insuficiencia renal crónica terminal es de 9,000 pacientes asegurados por Essalud; por año, que requieren diálisis y/o trasplante renal¹³. Cabe señalar que del total de pacientes con insuficiencia renal crónica, Essalud atiende aproximadamente al 70% de pacientes, mientras que las otras entidades juntas: MINSA, policía, fuerzas armadas y privados, atienden aproximadamente al 30% restante. De igual manera en nuestro país la tasa anual de mortalidad de estos pacientes es de 19,2%; hay que resaltar que en la ciudad de Lima se presentó una mayor prevalencia del 39% de esta enfermedad en el año 2012 en comparación con otros departamentos de nuestro país¹⁴. En el departamento de Huánuco en el año 2013 se presentó un aumento en el número de casos del 39%. Así mismo en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano en el año 2013 la tasa de mortalidad aumento en un 54%, siendo el tratamiento de hemodiálisis la terapia de elección en un 96% entre los pacientes¹⁵.

Entre las causas que se relacionan con una baja calidad de vida se encuentra la edad, ya que este factor interfiere de manera notable sobre la

función física del paciente renal, lo que provoca la pérdida progresiva de su dependencia en realizar sus labores habituales como vestirse, asearse, subir las escaleras, caminar más de un kilómetro, la disminución de la actividad laboral y de actividades físicas. Otro factor importante es el género; porque se ha demostrado que las mujeres se ven más afectadas en su calidad de vida que los hombres; ya que se indica que las mujeres tienden a tener baja calidad de vida por la presencia de otros factores además de la clínica; ya que la responsabilidad de cuidar de la casa y los niños, las hace más susceptibles al estrés físico y mental¹⁶. Por su parte Davison¹⁷; menciona que la “enfermedad renal y la hemodiálisis son fuentes de estrés permanente, que pueden llevar al paciente al aislamiento social, pérdida de la capacidad de trabajo, la imposibilidad parcial de los desplazamientos y ocio, disminución de la actividad física, la pérdida de autonomía, cambios en la imagen corporal y también a una sensación ambigua entre el miedo de vivir y morir, teniendo como resultado una disminución drástica en su calidad de vida”.

Así mismo Lugones¹⁸, menciona que la “disminución de la calidad de vida provoca graves consecuencias en estos tipos de pacientes que se encuentran bajo esta modalidad de tratamiento, siendo las más importantes el aumento alarmante de la mortalidad”. Es por eso que para el personal de enfermería el estudio de la calidad de vida del paciente renal crónico, es de gran interés, ya que le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento le permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando. El quehacer

de enfermería deberá centrarse en ayudar a los individuos a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tiene en relación con su salud y así determinar las orientaciones de valor para cada uno de ellos.

En base a la problemática expuesta, se presenta esta investigación, cuyo objetivo es describir como se encuentra la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2014.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1. Problema General.

Frente a lo expuesto anteriormente nos planteamos realizar el siguiente estudio: ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano del 2014?

1.2.2. Problema Específico.

- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en comparación a la variable edad en los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis en estudio?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en comparación a la variable género en los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis en estudio?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en comparación a la variable grado de escolaridad en los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis en estudio?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo General:

Describir el nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco del 2014.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de calidad de vida en comparación a la edad.
- Conocer el nivel de calidad de vida en comparación al género.
- Establecer el nivel de calidad de vida en comparación al grado de escolaridad.

1.4. HIPOTESIS:

1.4.1. Hipótesis General:

Por ser un estudio descriptivo simple no se tuvo en cuenta la hipótesis general; sin embargo en el estudio se formularon hipótesis descriptivas.

1.4.2. Hipótesis Descriptivas:

- Ha1: La frecuencia de calidad de vida baja es distinta en los grupos de edad.
- Ha2: La frecuencia de calidad de vida baja es distinta en el género.
- Ha3: La frecuencia de calidad de vida baja es distinta en el grado de escolaridad.

1.5. VARIABLES:

- Variable principal: Calidad de Vida
- Variables de categorización: Edad, Género, Grado de escolaridad.

1.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE:

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE PRINCIPAL				
Calidad de Vida	Nivel de Calidad de Vida	categórico	Alto Bajo	Ordinal Politómica
	Salud general	categórico	Alto Bajo	Ordinal Politómica
	Función física	categórico	Alto Bajo	Ordinal Politómica
	Rol físico	categórico	Alto Bajo	Ordinal Politómica
	Rol emocional	categórico	Alto Bajo	Ordinal Politómica
	Función social	categórico	Alto Bajo	Ordinal Politómica
	Dolor corporal	categórico	Alto Bajo	Ordinal Politómica
	Vitalidad	categórico	Alto Bajo	Ordinal Politómica
	Salud mental	categórico	Alto Bajo	Ordinal Politómica
VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN				
Características demográficas	Edad	Numérica	Adultos Mayores	razón
	Género	Categórico	Masculino Femenino	Nominal dicotómica
Características sociales	Grado de escolaridad	Categórico	Primaria Secundaria Superior	Nominal Politómica

1.7. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.

1.7.1. A Nivel Teórico:

A nivel teórico la investigación se justifica porque atendiendo a los conceptos y enfoques teóricos de calidad de vida, dichos enunciados podrán facilitar información necesaria , a los profesionales de enfermería debido que son los encargados directos de brindar los cuidados a los pacientes renales, de tal manera podrán ofrecer una excelente calidad del cuidado a estos usuarios y a su vez satisfacer sus necesidades, de tal manera se complementará los vacíos mediante una acción colaborativa que permita el desarrollo integral, equitativo, y sostenible de la atención del paciente renal en tratamiento de hemodiálisis; y por lo tanto mejorar su calidad de vida, para así poder mejorar o eliminar aspectos negativos realizados por los profesionales de los diversos establecimientos de salud poniendo énfasis en la calidad de vida del paciente renal crónico.

1.7.2. A Nivel Práctico:

Esta investigación corresponde a la línea de investigación área del cuidado desde el proceso de atención de enfermería, y los resultados que obtienen permitirán orientar a estrategias para fortalecer la calidad de vida del paciente renal crónico en tratamiento de hemodiálisis y así mismo generar nuevas prácticas en el cuidado de estos tipos de pacientes. Del mismo modo, proporcionará al hospital regional Hermilio Valdizan Medrano y otras instituciones datos que permitirán mejoras para un futuro. Teniendo en cuenta los resultados se tomarán medidas dentro de la institución de salud que ayuden a dar un mejor cuidado al paciente renal crónico desde un punto de vista integral en cuanto a su salud física, psicológica y social.

1.7.3. A Nivel Metodológico:

En el contexto metodológico, los resultados de la presente investigación se sustentan en la aplicación de técnicas y métodos específicos de investigación válidos para los efectos del estudio, como lo es la aplicación del instrumento genérico SF-36, desarrollado para evaluar la calidad de vida. Así mismo, este estudio servirá de base para muchas investigaciones de mayor nivel investigativo y para ser aplicados dentro del ámbito regional, nacional e internacional; de acuerdo a su realidad local, además servirá como referencia bibliográfica para la realización de futuros trabajos.

1.8. Viabilidad

En cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, estos fueron solventados por el investigador en términos y precios reales de acuerdo con los rubros establecidos.

Respecto a los recursos humanos, se dispuso del apoyo requerido en las diferentes etapas del proceso: Investigador, asesor, recolección de datos, codificación, tabulación, procesamiento y análisis de datos para guiarnos en todo el proceso de la investigación.

En cuanto a los recursos materiales, se gestionó dichos recursos para concretar el trabajo de investigación.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Dentro de los antecedentes, se consideraron los siguientes:

A Nivel Internacional

Brasil. 2014. Lopes, Fukushima, Inouye, Pavarini, de Souza¹⁹. Desarrollaron un estudio titulado calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis. Cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis. Realizaron un estudio de corte transversal con la inclusión de 101 pacientes con insuficiencia renal crónica; con tres meses de diálisis, encontrándose que la calidad de vida se veía comprometida en el campo de la función física con 30,20 %, así mismo las mejores percepciones ocurrieron en la función cognitiva con 89,31%, el apoyo social con 88,61% y la función sexual con 84,58%; en donde concluyeron que la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos de diálisis renal fue baja sobretudo en el dominio de la función física. Este antecedente de investigación, presenta proximidad con el estudio

que se viene desarrollando asimismo sirvió de referencia para la utilización del instrumento del presente estudio de investigación.

España. 2012. Perales, García, Reyes²⁰. Realizaron el estudio titulado Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Cuyo objetivo fue valorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento sustitutivo de diálisis, así como evaluar la capacidad predictiva de algunas variables psicosociales (apoyo social, autoeficacia, optimismo disposicional, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento), sobre los niveles de calidad de vida. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, en donde la muestra estuvo compuesta por 39 pacientes en hemodiálisis, aplicándose mediante el instrumento SF-36; mientras la capacidad predictiva de las variables evaluadas se analizó mediante correlaciones bivariadas y análisis de regresión múltiple; los resultados mostraron niveles de calidad de vida inferiores a los valores normativos del instrumento, siendo la depresión el principal predictor de la calidad de vida, asociándose negativamente a todas sus dimensiones; así mismo el grado de preocupación como las estrategias de afrontamiento pasivo del estrés como la indefensión-desesperanza y el fatalismo, también se asociaron a menores niveles de calidad de vida. Por el contrario, la autoeficacia, el optimismo, el apoyo social y el espíritu de lucha se asociaron a mayores niveles de calidad de vida. Por último se Concluyó que estos resultados tuvieron unas claras implicaciones clínicas respecto a los aspectos a los que debe orientarse la intervención psicológica destinada a la

mejora de la calidad de vida en los enfermos renales sometidos a hemodiálisis. Este antecedente de investigación permitió tener un mayor conocimiento sobre el problema en estudio en el ámbito internacional.

Portugal. 2011. Rodrigues, Castro, Oliveira, Prata, Morgado²¹. Elaboraron el estudio titulado Calidad de Vida en la Enfermedad Renal Crónica. El objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en cuatro grupos de pacientes en las consultas del servicio de nefrología: enfermedad renal crónica, el trasplante renal, hemodiálisis y diálisis peritoneal. Desarrollaron un estudio transversal observacional, en donde la muestra estuvo compuesto por 30 de los 821 pacientes con enfermedad renal crónica y 30 de los 117 pacientes trasplantados; además del servicio de nefrología fueron seleccionados al azar los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis: 37 de los 43 y la unidad de diálisis peritoneal: 14 de los 17; en donde se hayo que el grupo de diálisis peritoneal consiguieron mejores puntuaciones en las escalas como: efectos de la enfermedad renal, la carga de la enfermedad renal y la satisfacción del paciente y estos resultados se mantuvieron después de ajustar factores de confusión como la edad y el género, mientras los demás obtuvieron bajos resultados sobre todo los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis. Por último concluyeron que la calidad de vida relacionada con la salud fue mejor en los pacientes de diálisis peritoneal que los pacientes de hemodiálisis en las escalas específicas de enfermedad renal crónica en donde el nivel de edad, el género y la hemoglobina interfirieron con la calidad de vida en estos tipos de pacientes sometidos bajo el tratamiento de hemodiálisis. El estudio de

investigación realizado nos orienta sobre la teoría de las necesidades humanas de Abraham Maslow que servirá de sustento teórico para fundamentar el presente trabajo de investigación.

España. 2010. Seguí, Amador, Ramos²². Desarrollaron el estudio titulado Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida y las características personales de pacientes con insuficiencia renal crónica y compararlas con la población general. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 96 pacientes en diálisis de un centro de Tarragona y para hacer la valoración de la calidad de vida se utilizó el cuestionario de salud SF-36 y lo compararon con los valores normales de referencia en la población española; se valoraron los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, profesión, lugar donde vive, tiempo que tarda en llegar al centro de diálisis, transporte utilizado, tiempo que lleva en tratamiento y por último el acceso vascular. Los resultados fueron los siguientes; la edad media del estudio fue de 62,12 años en un rango comprendido entre los 18 y 90 años, además en el estudio predominó el sexo masculino con un 53,1%, encontrándose también que el 66,7% de pacientes se encontraban casados, unos 60,4% jubilados y el 88,6% vivían acompañados; así mismo se comparó el trayecto a realizar hasta la unidad, tiempo que tardan y el tipo de transporte que utilizaron, siendo el 55,2% que se desplazaron en ambulancia. Por último se concluyó que la calidad de vida en pacientes con IRCT, fue peor que la población en referencia. Este antecedente de investigación aportó al estudio del marco teórico.

A Nivel Nacional

2013. Lima. Chávez²³. Elaboro un estudio titulado Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis del hospital Arzobispo Loayza. El objetivo fue determinar la calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis. El estudio lo realizaron a nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, así mismo la población en estudio estuvo conformada por 50 pacientes, teniendo como resultados que del 100%, 56% refirió un nivel de calidad de vida regular, 26% deficiente y 18% bueno. Respecto a la dimensión física, 52% regular, 36% deficiente y 12% bueno. En la dimensión rol físico, 54% regular, 24% deficiente y 22% bueno. En la dimensión dolor corporal, 56% deficiente, 24% regular y 20% bueno. En la dimensión salud general, 60% deficiente, 28% regular y 12% bueno. En la dimensión vitalidad, 54% regular, 28% deficiente y 18% bueno. En la dimensión rol emocional, 40% regular, 32% deficiente y 28% bueno. En la dimensión salud mental, 56% regular, 28% deficiente y 16% bueno. En la dimensión función física, 44% regular, 36% deficiente y el 20% bueno. Por lo tanto se concluyó que la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis en su mayoría es de regular a deficiente. Este antecedente de investigación se utilizó para describir la problemática y la justificación de la investigación.

Jaén. 2012. Perales, García, Garces²⁴. Elaboraron el estudio titulado Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Cuyo objetivo fue valorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia

renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis, así como evaluar la capacidad predictiva de algunas variables psicosociales (apoyo social, autoeficacia, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento) sobre los niveles de calidad de vida. Desarrollaron un estudio descriptivo en donde la muestra estuvo conformada por 39 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, aplicándose el instrumento SF-36. Los resultados mostraron niveles de calidad de vida inferiores; siendo la depresión el principal factor de esta disminución, además se observó que la preocupación y la ansiedad, también se asocian a menores niveles de calidad de vida. Por el contrario el optimismo, el apoyo familiar y social se asociaron a mayores niveles de calidad de vida; por último se concluyó que los pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis presentaron una baja calidad de vida. Este antecedente de investigación, presenta proximidad con el estudio que se desarrolló.

Lima. 2011. Alfaro²⁵. En el trabajo titulado Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Cuyo objetivo fue investigar la relación entre el locus de control de la salud y la calidad de vida relacionada a la salud en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis, realizó un estudio transversal observacional en donde la muestra estuvo constituida por un grupo de 100 pacientes entre 20 a 70 años. Los resultados revelaron un mayor locus interno y una menor orientación externa que están asociados a niveles bajos de calidad de vida relacionada con la salud, de otro lado, el nivel de las dimensiones de calidad

de vida relacionada con la salud los puntajes se encontraron en un rango bajo por diversos factores: sexo, edad, lugar de procedencia, religión, grado de instrucción, ocupación, estado civil, composición familiar, vía de acceso vascular, comorbilidad con otras enfermedades y tiempo de tratamiento. Por último concluyeron que la calidad de vida en este tipo de pacientes es deficiente. Este antecedente de investigación contribuyó al estudio del marco conceptual.

A Nivel Regional

Huánuco. 2014. Flores, Malpartida, Dámaso²⁶. Desarrollaron el estudio titulado Calidad de vida relacionado a la salud y sus factores asociados en los pacientes en hemodiálisis crónica de la red asistencial de Huánuco-Essalud. Cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada a la salud, describir sus dimensiones y su probable asociación con la hemoglobina, albúmina sérica y adherencia al tratamiento; en pacientes con hemodiálisis crónica. Elaboraron un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, serie de casos; en donde la muestra estuvo conformada por 39 pacientes, se utilizó para esto el cuestionario KDQOL-SF; así mismo se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y de laboratorio. Teniendo como resultado que la media de edad fue 51.44 ± 17.81 años. El 59% no fue adherente al tratamiento. En el análisis CVRS, el puntaje total fue 54.14 ± 12.14 ; las dimensiones con las puntuaciones más altas fueron síntomas/problemas (78.47 ± 6.91) y actitud del personal de hemodiálisis (75.64 ± 5.44) salud mental (71.79 ± 8.75) y con las puntuaciones más bajas función cognitiva (28.93 ± 9.75) rol físico (23.07 ± 5.53) y calidad de relaciones

sociales (20.00 ± 8.89). Se encontró relación entre el nivel de hemoglobina y el rol emocional ($r_s=0.326$ $p=0.042$); los no adherentes tienen mayores puntuaciones en las dimensiones salud general (51.73 ± 16.96 vs 39.06 ± 15.72 $p=0.023$) y la función social (73.91 ± 20.26 vs 53.12 ± 33.38 $p=0.020$). No se halló relación significativa respecto a la albúmina. Por lo tanto se concluyó que la población estudiada tiene mejor CVRS en las dimensiones síntomas y problemas, actitud del personal de hemodiálisis, salud mental y peor CVRS en la función cognitiva, rol físico y calidad de relaciones sociales. A mayor hemoglobina el puntaje en el rol emocional aumenta. Además el ser no adherente está relacionado con mejores puntajes en salud general y función social. Este antecedente de investigación permitió tener un mayor conocimiento sobre el problema en estudio en el ámbito local.

2.2. BASES TEORICAS.

2.2.1. Teoría de las Necesidades Humanas(Abraham Maslow)

La teoría de Abraham Maslow está basada en la motivación humana él formula una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados²⁷. Así mismo, él afirma que la calidad de vida es directamente proporcional a la satisfacción de sus necesidades, principalmente las primarias, en donde se demuestra una clasificación ordenada en una escala de deseos humanos donde a medida que se satisface un grupo de necesidades, el siguiente se vuelve dominante²⁸. Ésta sin duda es una perspectiva que nos explica la manera en que los hombres acceden a lo largo de su vida a ascender en la búsqueda de enriquecer su calidad de vida²⁹. Su teoría explica que los primeros dos niveles de necesidades se consideran primarios o de orden inferior y los otros tres niveles se consideran secundarios o de orden superior, ya que no adquieren importancia para el individuo hasta que puede aspirar a satisfactores internos de naturaleza psicológica. No obstante Maslow presenta este orden de prioridad, considerado como el orden normal o lógico, en diferentes etapas de nuestra vida y ante determinadas circunstancias, el orden puede variar, es más, existen casos de personas que anteponen ante necesidades fisiológicas, las de autorrealización, pero esto no sucede en la mayoría de los individuos y al suceder el tiempo con que se dan no puede prolongarse demasiado, pues atentarían contra la naturaleza y supervivencia humana³⁰.

Los niveles que Maslow postula son los siguientes desde los más a los menos básicos:

- Necesidades fisiológicas
- Necesidades de seguridad
- Necesidades sociales
- Necesidades de estima
- Necesidades de autorrealización

La calidad de vida se verá favorecida en la medida a como éstas sean satisfechas. Un acercamiento a la realidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo el tratamiento de hemodiálisis nos permitiría tener una mejor idea acerca de sus necesidades³¹.

2.2.2. Teoría del Cuidado Humano(Jean Watson)

La teoría del cuidado humano se encuentra basada en la promoción y restablecimiento de la salud, en la prevención de la enfermedad y en el cuidado de los enfermos, Watson refiere que los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. Ya que el cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se practica de forma interpersonal. Esta teoría contribuye a la sensibilización de los profesionales de enfermería hacia aspectos más humanos en el cuidado. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud y la calidad de vida³².

Watson considera que la prestación de cuidados es un aspecto central de la enfermería, y lo refiere como el centro unificador de la práctica. En este sentido, y de acuerdo con lo planteado, el cuidado de enfermería durante la insuficiencia renal crónica y el tratamiento hemodialítico implica acciones transpersonales e intersubjetivas de protección y apoyo para individuos, cuidadores y familiares, que les permita encontrar sentido y significado a la enfermedad, su existencia, el sufrimiento y el dolor, realizándolo mediante un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente. Watson establece la importancia de un cuidado transpersonal en acciones concretas como la comunicación eficaz y la interacción de enfermeros y enfermeras con el paciente de forma empática y cercana para mejorar y mantener la calidad de vida del paciente renal³³.

Es por eso que para la profesión de enfermería es fundamental participar en el cuidado de la salud y la vida de las personas con insuficiencia renal crónica, porque de esta manera se contribuirá a mejorar la calidad de vida mediante la elaboración y práctica de cuidados humanizados siguiendo el enfoque de Watson³⁴.

2.2.3. Teoría General de la Enfermería (Dorothea Orem)

La teoría general de la enfermería de Dorothea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado; que describe la expresión de desbalance entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de cuidado y la teoría de los sistemas de enfermería; que describe la acción humana

articulada en sistemas de acción desarrollados por enfermeros(as), a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud³⁵. Orem, definió el autocuidado como "la práctica de actividades que el individuo inicia y ejecuta por sí mismo para mantener la vida, la salud y el bienestar general". Aunque esta teoría parece centrarse en el cuidado propio, no limita el autocuidado al individuo. El autocuidado también incluye el cuidado administrado por los integrantes del equipo de salud, la familia o amistades (cuidadores) cuando el individuo no puede proveerse algún tipo de cuidado hacia sí mismo ya sea por cortos o largos períodos de tiempo. El deterioro que implica la IRC en ocasiones actúa en detrimento del autocuidado del paciente, quien recibe el tratamiento por enfermería en el caso de la hemodiálisis y en múltiples ocasiones depende para la realización de actividades básicas, de la asistencia de un familiar. En este caso la enfermera, aplicando el modelo de Orem, debe encontrar alternativas que promuevan la autovalidez del paciente para mejorar su calidad de vida³⁶. Las acciones de enfermería en función del bienestar del paciente, incluyen la detección de manifestaciones de pérdida de autocuidado, promoción de la recuperación del mismo, asunción de un rol de orientador, contando con la participación del paciente, desarrollo de habilidades de motivación, así como diseño y planificación de la forma de capacitar y animar al individuo para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud. Como se observa, el encargo de la enfermería no es meramente el de un espectador pasivo, sino de vigilante activo de cualquier manifestación de pérdida de autocuidado, basado en elementos científicos prediseñados³⁷.

2.3. BASES CONCEPTUALES:

2.3.1. Calidad de Vida

2.3.1.1 Definición

El término "Calidad de Vida" fue admitido en el Índice Medicus en 1977, este ha sufrido numerosas modificaciones en los últimos años y ha adquirido un protagonismo creciente en todos los ámbitos de la vida humana. Es un concepto dinámico y por ello, distintos términos se han utilizado para hacer referencia a una misma idea. Así, calidad de vida, bienestar, satisfacción y felicidad suelen ser utilizados indistintamente. El concepto y su desarrollo no se han presentado ni brusca ni fácilmente y su definición ha sido lenta y dificultosa³⁸.

Calidad de vida viene hacer el resultado de la relación entre las condiciones objetivas de la vida humana y la percepción de ellas por parte del sujeto, el resultado positivo de esta relación redonda en un determinado índice de satisfacción y de felicidad en la persona. La calidad de vida es un concepto que abarca todos los aspectos de la vida tal como los experimentamos las personas, incluyendo aspectos tales como la salud física, el equilibrio psíquico, la autonomía mental y la responsabilidad social³⁹.

Hörnquist⁴⁰, define a la calidad de vida como la "percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con un énfasis particular en el bienestar del individuo". Otros autores como Urzúa⁴¹, nos dice que la Calidad de Vida puede ser definida como el "nivel de

bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tienen su estado de salud”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴²; “la calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el marco del contexto cultural y el sistema de valores en los que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones”.

Es un concepto extenso y complejo que incorpora la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características más relevantes del entorno. Esta definición nos permite reconocer una serie de características claves con relación a la calidad de vida: primero no remite a las condiciones objetivas en las que vive una persona, sino a la experiencia personal que tiene de estas condiciones. En este sentido una medida adecuada de la calidad de vida debe tener como punto de referencia la percepción y la valoración que cada individuo lleva a cabo de los componentes más objetivos del bienestar; de la misma forma la percepción que tiene la persona de sus condiciones objetivas puede cambiar y se puede modificar a lo largo de la vida; a partir de indicadores objetivos similares, cada individuo puede realizar una valoración diferente de su calidad de vida según las experiencias vividas, las necesidades que tiene y sus deseos. De otro lado hay que tener en cuenta el contexto cultural y el sistema de valores de referencia, ya que la percepción y la vivencia personal de ciertas condiciones

objetivas puede estar vinculada tanto en experiencias previas como a valores compartidos con la comunidad⁴³.

2.3.2. Calidad de Vida Relacionado con la Salud

Aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la calidad de vida relacionada con la salud, Herdman y Baró citan la definición propuesta por Shumaker y Naughton⁴⁴, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo: "la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar". Las dimensiones que son importantes para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.

La calidad de vida relacionada con la salud puede ser definida también como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que éstos tienen en su estado de salud. Esta incluye la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y al grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas⁴⁵.

Pues bien la calidad de vida relacionada con la salud viene a ser entonces el impacto de la enfermedad que percibe el individuo, en su

capacidad para vivir una vida satisfactoria. Evaluación que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y/o tratamiento. Incluyendo la valoración en la función física, emocional cognitiva, social, percepciones de salud y bienestar y las perspectivas futuras. Existe una estrecha correlación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad⁴⁶.

Es entonces que la calidad de vida relacionada con la salud asume una importancia creciente como marcador de la calidad del tratamiento en muchas enfermedades crónicas. Su evaluación permite la cuantificación de las consecuencias de enfermedades de acuerdo a la percepción subjetiva del paciente y permite el ajuste de las decisiones médicas a sus necesidades físicas, emocionales y sociales. También mejora la adherencia al plan terapéutico, la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada y la supervivencia del paciente⁴⁷.

Y es un fuerte indicador para la evaluación de la atención prestada por los servicios de salud, que combina el proceso de salud-enfermedad, con la eficacia de los procedimientos utilizados para el tratamiento y la rehabilitación⁴⁸.

2.3.3. Dimensiones de la Calidad de Vida

2.3.3.1. Dimensión física

Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad⁴⁹.

2.3.3.2. Dimensión psicológica

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento⁵⁰.

2.3.3.3. Dimensión social

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral⁵¹.

2.3.4. Calidad de Vida del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica

La calidad de vida es un concepto de interés general en los diversos contextos de la sociedad, puede ser entendida como la cantidad de bienes materiales y espirituales, que aparece asociado a ciertos indicadores biomédicos, psicológicos, conductuales y sociales, lo que constituye una medida subjetiva percepción personal que varía con el tiempo⁵². El interés en cuantificar y calificar la calidad de vida ha aumentado, llegando a ser un indicador importante de la salud y el bienestar de los usuarios, especialmente en situaciones de enfermedad crónica en la que la vida se mantiene gracias a la tecnología, como es el caso de los pacientes sometidos a tratamiento hemodiálisis⁵³. La insuficiencia renal crónica (IRC) se refiere a un proceso fisiológico de múltiples etiologías resultantes de un desgaste implacable del número y la función de las nefronas. Su manifestación es inespecífica durante gran parte de su evolución, pueden

surgir los síntomas cuando el riñón ha perdido alrededor del 90% de su capacidad funcional. Los cambios en el estilo de vida provocada por la insuficiencia renal crónica en diálisis causan limitaciones físicas, sexuales, psicológicas, familiares y sociales, que afectan a la calidad de vida. Estos pacientes, expresan sentimientos negativos, como el miedo de pronóstico, la discapacidad, la dependencia económica y el cambio de la imagen de sí. Por otra parte, también reconocen que el tratamiento les permite a la espera de un trasplante de riñón y, por tanto, una expectativa de mejorar su calidad de vida. Los cambios resultantes del tratamiento llegan a sus familiares ya que estos necesitan para ajustar sus necesidades de rutina diaria para apoyar a la familia que padece una insuficiencia renal crónica. Por lo tanto, es necesario que los trabajadores de la salud y de la enfermería, en particular, consideren la importancia de estas cuestiones en su enfoque y en la preparación de su plan de atención⁵⁴.

En este sentido, la enfermería ha sido el desarrollo de la investigación, destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren de enfermedades crónicas, siguiendo la tendencia de la salud, ya que, además de un mayor esfuerzo y dirigió la inversión de años de vida con éxito, es necesaria preocupación con la calidad de vida por más años que fueron conquistadas. Para ello, se cree que es necesario actuar más cercana a estos pacientes; conocer sus percepciones debido a las limitaciones que se enfrentan y el tratamiento de diálisis; descubrir los compromisos posibles resultantes de estas situaciones, así como sea necesario en sus vidas para lograr ajustes del tratamiento⁵⁵.

2.3.5. Insuficiencia Renal Crónica

La Insuficiencia Renal Crónica es la disminución de la capacidad funcional de ambos riñones en forma permanente e irreversible cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular⁵⁶.

Más específicamente, la Insuficiencia Renal Crónica es la pérdida irreversible del filtrado glomerular de los riñones. En las fases iniciales de ésta, 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 fosfocálcico. Por debajo de 15 ml/min es frecuente la aparición de síntomas digestivos tales como náuseas, pérdida del apetito, en fases más tardías, de síntomas cardiovasculares como disnea, edema y neurológicos como es la dificultad para concentrarse, insomnio o somnolencia. 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 tóxicos⁵⁷.

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 diálisis⁵⁸.

La insuficiencia renal crónica es una condición que, además de traer consecuencias físicas para el individuo que la experimenta trae consigo daños psicológicos y altera su vida diaria, sino que también se caracteriza por ser un problema social, que afecta a la función que las personas desempeñan en la sociedad. Por todas estas razones la insuficiencia renal crónica es un importante problema para la salud pública a nivel mundial, por ello la importancia de la evaluación de la calidad de vida⁵⁹.

2.3.6. Tratamiento de Sustitución Renal: Hemodiálisis

La Hemodiálisis es un procedimiento que consiste en un circuito extracorpóreo (externamente al cuerpo) mediante el cual se hace pasar la sangre por un filtro denominado dializador, que elimina el agua y las sustancias retenidas y que a la vez regula el equilibrio ácido-básico de la sangre. Dado que se requiere un flujo de sangre adecuado de 500l/min, se inserta un catéter en una vena de gran calibre (vena femoral, yugular, etc.), o realizando una fístula arterio-venosa. En dicho procedimiento, la sangre del paciente es impulsada externamente a través de un dispositivo filtrante (el dializador), la que circula en forma continua durante varias horas y una vez depurada, es restituida al sistema vascular⁶⁰.

Este procedimiento es impulsado y controlado por el “equipo de diálisis”, máquina que comprende una bomba impulsora de la sangre y dispositivos de programación, monitoreo y control mediante los cuales se fijan los parámetros del tratamiento. El tiempo normal de cada sesión es de cuatro horas, y cada sesión se realiza tres veces por semana y, en los períodos de interdiálisis, se le dan recomendaciones al paciente para que controle la ingesta de líquidos y de ciertos alimentos. La hemodiálisis se realiza normalmente en centros hospitalarios para lo cual obligan al paciente a desplazarse los días que les corresponda efectuar dicho tratamiento⁶¹.

Es por eso que la hemodiálisis genera cambios en los estilos de vida y en las conductas cotidianas de las personas que se someten a ella, tales como la dieta alimentaria, la ingesta de líquidos y uso de medicamentos. El tratamiento produce también efectos adversos a nivel físico y psicológico, tales como depresión, ansiedad y trastornos de conducta. Además en estos pacientes se observan efectos a nivel psicosocial, tales como problemas maritales, disfunción sexual y problemas socioeconómicos. Todos estos cambios y efectos inciden directamente en la calidad de vida de las personas⁶².

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO:

- Según la intervención del investigador, el estudio fue de tipo observacional ya que no existió intervención alguna por parte del investigador, y solo busco medir el fenómeno de acuerdo a la ocurrencia de hechos.
- De acuerdo a la planificación de la toma de datos, el estudio fue de tipo prospectivo, porque se registró la información en el momento que ocurrieron los hechos.
- Referente al número de ocasiones que se midió la variable, el tipo de estudio fue de tipo transversal, porque se estudió la variable en un solo momento.
- Y según el número de variables de interés, la presente investigación fue de tipo descriptivo, puesto que tiene una sola variable principal en estudio.

3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO:

El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple y es el siguiente:

n-----X-----O

Dónde:

n = muestra: 30 pacientes del servicio de la unidad renal

X = variable principal: Calidad de Vida

O = Observación

3.3. POBLACIÓN:

La población de estudio estuvo conformada por 30 pacientes que representan la totalidad de asistentes al tratamiento de hemodiálisis de la unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de la ciudad de Huanuco-2014.

3.3.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

- Pacientes que aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que registraron más de tres meses en tratamiento de hemodiálisis.
- Pacientes que asistieron con continuidad al tratamiento de hemodiálisis.

Criterios de Exclusión: Se excluyeron del estudio:

- El ausentismo de los pacientes a las sesiones de hemodiálisis durante el período de estudio.
- Pacientes que no aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio.
- Pacientes menores de 18 años.

- Pacientes que registraron menos de tres meses en tratamiento de hemodiálisis.
- Condiciones psíquicas inadecuadas como demencia u otras patologías de deterioro cognitivo.

Criterios de eliminación:

- Los preguntas del cuestionario que no se completaron al 100%.
- Cuando hay dos respuestas en una sola pregunta.

3.3.2. Ubicación de la Población en Espacio y Tiempo

La presente investigación se ejecutó en el servicio de la unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano, ubicado en el Jr. Hermilio Valdizan N. 950; de la ciudad y departamento de Huánuco, del año 2014.

3.4 MUESTRA Y MUESTREO:**3.4.1. Unidad de Análisis:**

La totalidad de pacientes de la unidad renal del nosocomio Hermilio Valdizan Medrano.

3.4.2. Unidad de Muestreo:

La unidad elegida fue igual a la unidad de análisis.

3.4.3. Marco Muestral:

Se tuvo en cuenta una lista padrón de los todos los pacientes que asistieron al tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano.

3.4.4. Población Muestral:

El tamaño de la muestra estuvo conformado por la totalidad de pacientes; por lo tanto se tuvo en cuenta una población muestral de 30 pacientes.

3.4.5. Tipo de Muestreo:

No fue necesario utilizar ningún tipo de muestreo debido al tamaño de la muestra, solo se tuvo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.

3.5. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Método: El método que se tuvo en cuenta en el estudio fue la psicométrico.

3.5.2. Instrumento: El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado para su uso en el estudio de resultados médicos (Medical Outcome Study -MOS) a partir de una amplia batería de cuestionarios que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. A partir de este estudio han surgido diferentes versiones del SF, de 12, 20, 36, 42 ítems, pero la más ampliamente utilizada en investigación y evaluación de los resultados clínicos ha sido el formato de 36 ítems. Es aplicable tanto en población general como en colectivos clínicos, en estudios ya sean descriptivos o de evaluación. La adaptación del cuestionario para su uso en España ha sido realizada por el equipo de Alonso, mostrando niveles adecuados de validez, fiabilidad y equivalencia cultural con otras versiones de otros países. Los ítems del cuestionario informan de estados tanto positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando ocho dimensiones de salud: función física (ítems:3,4,5,6,7,8,9,10,11,12), limitaciones de rol por problemas físicos (ítems:13,14,15,16), dolor corporal (ítems:21,22), salud general (ítems:1,33,34,35,36), vitalidad (ítems:23,27,29,31), función social (ítems:20,32), limitaciones de rol por problemas emocionales (ítems:17,18,19) y salud mental (ítems:24,25,26,28,30). Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor calidad de vida) hasta 5 (mejor calidad de vida) utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de

puntuación e interpretación del cuestionario. Por lo tanto, una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mejor estado de salud y/o una mejor calidad de vida. Además del cuestionario de salud SF-36 el protocolo de estudio incluyó la recolección de un conjunto adicional de datos sobre edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación y estado civil.

3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.

Validez Cualitativa: En la presente investigación no fueron sometidos a prueba de validez cualitativa (la validez racional, validez de jueces y la validez por aproximación a la población), debido a que el tema en estudio estaba conceptualmente definido y además se contó con muchos antecedentes bibliográficos, así mismo el instrumento de recolección de datos ya se encontraba validado.

Validez Cuantitativa: Para estimar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos del presente estudio de investigación, se realizó los siguientes procedimientos. En primer lugar se ejecutó una prueba piloto a un grupo de pacientes con similares características al que se aplicó el instrumento de recolección de datos, cuyo propósito fue identificar principalmente dificultades ortográficas, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para la aplicación del instrumento; esta prueba piloto se realizó en la unidad renal del hospital de EsSalud durante los días 22 al 25 de marzo del año 2014, se contó con la participación de 15 pacientes que acudieron a su tratamiento.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: Para determinar el análisis de confiabilidad del instrumento genérico: "encuesta de salud SF-36 (Short

Form 36 Health Survey); se realizó a través del análisis de consistencia interna, para lo cual se empleó el alfa de Cronbach, ya que se trata de una escala y las respuestas son politómica y dicotómicas. En el cual se determinó el nivel de confiabilidad del instrumento que fue de 0,939; lo que nos indica que el cuestionario de salud SF-36 tiene una confiabilidad muy alta.

3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Se solicitó el permiso al Director del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano, el día 24 de Abril del año 2014, para acceder al campo de estudio y recolectar los datos necesarios para la realización del estudio.
- Se procedió a identificar a todos los pacientes por medio de la lista padrón del servicio de la unidad renal, otorgado por el Lic. de enfermería responsable del área, el día 5 de mayo del año 2014, nos facilitó el padrón de los 30 pacientes que acuden a dicho servicio; así como también fechas y horarios.
- Así mismo se capacitó a las personas encargadas de realizar las encuestas los días 7 y 8 de mayo del año 2014.
- Se aplicó el cuestionario de salud SF-36, para la recolección de los datos contando con el apoyo del personal capacitado, durante los días 9 al 17 de mayo del año 2014.
- Durante los días 20 al 31 de mayo del año 2014 se realizó la selección, cómputo, tabulación, y evaluación de los datos.

- Se interpretó los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares y con la base teórica disponible.
- Ejecución del informe final.

3.8. ELABORACIÓN DE DATOS:

Se consideraran las siguientes:

- Revisión de los datos. Se examinó en forma crítica el instrumento de recolección de datos que se utilizó; así mismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- Codificación de los datos. Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según la variable del estudio.
- Clasificación de los datos. Se ejecutó de acuerdo a la variable de forma categórica, numérica y ordinal.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas de la variable en estudio.

3.9. ANÁLISIS DE DATOS:

Análisis descriptivo:

Se detallaron las características de la variable en estudio, de acuerdo al tipo de variable que se trabajó (categórica y numérica), se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para la variable. Además se emplearon tablas para facilitar la comprensión en cada caso, se trató de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible.

Análisis inferencial:

Se realizó este análisis inferencial en la comprobación de la hipótesis de investigación, el cual se utilizó la Prueba de CHI CUADRADA de homogeneización. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 15,0 para Windows.

3.10. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Para fines de la investigación se consideraron los principios éticos de enfermería en materia de investigación, y fueron las siguientes:

- **La Beneficencia:** este estudio beneficiará a la institución, ya que conociendo los resultados de esta investigación tomará acciones de medida respecto a la calidad de vida de los pacientes renales crónicos.
- **La No Maleficencia,** respecto a este principio, no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y bienestar de los participantes, ya que la información fue de carácter confidencial.
- **La Autonomía,** se respetó este principio, ya que se les explico a los participantes que podrán retirarse de la investigación en el momento que lo deseaban.
- **La Justicia,** se realizó equitativamente con igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, ya que todos estuvieron aptos de ser seleccionados para el estudio.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS.

4.1.1. Características Generales:

Tabla 4.1. Edad en años de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Edades	Frecuencia	%
32-44	9	30,0
45-57	6	20,0
58-70	8	26,7
71-80	7	23,3
Total	30	100,0

Nota: Antecedentes de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

En relación a la edad en años se encontró que el mayor porcentaje fue del 30,0% que represento a un total de 9 pacientes que alcanzaron las edades comprendidas entre los 32-44 años respectivamente. El 26,7% estuvo representado por 8 pacientes que alcanzaron las edades comprendidas entre los 58-70 años. Mientras que el 23,3% estuvo representado por 7 pacientes que alcanzaron las edades comprendidas entre los 71-80 años. Asimismo se observó un menor porcentaje que fue del

20,0% el cual estuvo representado por 6 pacientes que alcanzaron las edades comprendidas entre los 45-57 años respectivamente.

Tabla 4.2. Genero de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Genero	Frecuencia	%
Masculino	13	43,3
Femenino	17	56,7
Total	30	100,0

Nota: Antecedentes de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

Con respecto al género se encontró que el mayor porcentaje fue del 56,7% que estuvo representado con un total de 17 pacientes que fueron del sexo femenino. Por otro lado se encontró un menor porcentaje del 43,3% que estuvo representado con un total de 13 pacientes que fueron del sexo masculino.

Tabla 4.3. Grado de Instrucción de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Grado de Instrucción	Frecuencia	%
Primaria	13	43,3
Secundaria	10	33,3
Superior	7	23,3
Total	30	100,0

Nota: Antecedentes de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

En relación al grado de instrucción de los pacientes en estudio, notamos que el 43,3% (13 pacientes) tuvieron una educación primaria, el 33,3% (10 pacientes) alcanzaron una educación secundaria y el 23,3% (7 pacientes) lograron una educación superior.

Tabla 4.4. Ocupación de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de Casa	7	23,3
Comerciante	4	13,3
Empleado	7	23,3
Otros	12	40,0
Total	30	100,0

Nota: Antecedentes de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

Con respecto a la ocupación de los pacientes en estudio se encontró que el mayor porcentaje fue del 40% que represento a 12 pacientes que se dedican a otras ocupaciones. También se observó una igualdad del 23,3% entre pacientes que fueron empleados y las amas de casa, que estuvo representado cada una de ellas por 7 pacientes respectivamente. El menor porcentaje fue del 13,3% que represento a 4 pacientes que se dedicaron al comercio.

Tabla 4.5. Estado Civil de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Estado Civil	Frecuencia	%
Casado	10	33,3
Soltero	6	20,0
Divorciado	5	16,7
Viudo	9	30,0
Total	30	100,0

Nota: Antecedentes de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

En referencia al estado civil de los pacientes en estudio, observamos que el 33,3% (10 pacientes) se encontraban con estado civil de casado, el 30,0% (9 pacientes) estuvieron viudos, el 20,0% (6 pacientes) mantenían la condición de soltería y el 16,7% (5 pacientes) mantenían la condición de divorciados.

4.1.2. Datos Relacionados a la Calidad de Vida:

Tabla 4.6. Nivel de la dimensión Salud General de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Salud General	Frecuencia	%
Alto	2	6,7
Bajo	28	93,3
Total	30	100,0

Nota: Salud General de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

En relación al nivel de la salud general se encontró que el mayor porcentaje fue del 93.3% que estuvo representado por 28 pacientes que alcanzaron un nivel de salud general bajo con respecto a los demás. Por otro lado el 6,7% que represento a 2 pacientes obtuvieron un nivel de calidad de vida alto.

Tabla 4.7. Nivel de la dimensión Función Física de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Función Física	Frecuencia	%
Alto	9	30,0
Bajo	21	70,0
Total	30	100,0

Nota: Función Física de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

En cuanto al nivel de la función física de los pacientes en estudio, se encontró que la mayoría del 70,0% (21 pacientes) tuvieron un nivel de la función física bajo frente al 30,0% (9 pacientes) que obtuvieron un nivel de la función física alto.

Tabla 4.8. Nivel de la dimensión Rol Físico de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Rol Físico	Frecuencia	%
Alto	16	53,3
Bajo	14	46,7
Total	30	100,0

Nota: Rol Físico de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

Concerniente al nivel del rol físico en los pacientes en estudio, se encontró que la mayoría del 53,3% (16 pacientes) manifestaban un nivel del rol físico alto frente al 46,7% (14 pacientes) que tuvieron un nivel del rol físico bajo.

Tabla 4.9. Nivel de la dimensión Rol Emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Rol Emocional	Frecuencia	%
Alto	9	30,0
Bajo	21	70,0
Total	30	100,0

Nota: Rol Emocional de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

En relación al nivel del rol emocional se encontró que el mayor porcentaje fue del 70,0% que estuvo representado en 21 pacientes que alcanzaron un estado del rol emocional bajo con respecto a los demás. Asimismo se obtuvo un porcentaje del 30,0% que represento a 9 pacientes que alcanzaron un nivel del rol emocional alto.

Tabla 4.10. Nivel de la dimensión Función Social de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Función Social	Frecuencia	%
Alto	8	26,7
Bajo	22	73,3
Total	30	100,0

Nota: Función Social de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

Respecto al nivel de la función social en los pacientes en estudio, observamos que el 26,7% (8 pacientes) tuvieron un nivel de la función social alto y el 73,3% (22 pacientes) manifestaron un nivel de la función social bajo.

Tabla 4.11. Nivel de la dimensión Dolor Corporal de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Dolor Corporal	Frecuencia	%
Alto	11	36,7
Bajo	19	63,3
Total	30	100,0

Nota: Dolor Corporal de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

Se observó que en relación al nivel del dolor corporal el mayor porcentaje fue del 63,3% que estuvo representado por 19 pacientes que alcanzaron un nivel del dolor corporal bajo con respecto a los demás. El 36,7% estuvo compuesto por 11 pacientes que obtuvieron un nivel del dolor corporal alto.

Tabla 4.12. Nivel de la dimensión Vitalidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Vitalidad	Frecuencia	%
Alto	8	26,7
Bajo	22	73,3
Total	30	100,0

Nota: Vitalidad de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

En relación al nivel de vitalidad se encontró que el mayor porcentaje fue del 73,3% que estuvo representado en 22 pacientes que alcanzaron un nivel de vitalidad bajo con respecto a los demás. También se observó que el 26,7% estuvo compuesto por 8 pacientes que lograron un nivel de vitalidad alto.

Tabla 4.13. Nivel de la dimensión Salud Mental de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Salud Mental	Frecuencia	%
Alto	9	30,0
Bajo	21	70,0
Total	30	100,0

Nota: Salud Mental de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

Se observó que en relación al nivel de la salud mental el mayor porcentaje fue del 70,0% que estuvo representado por 21 pacientes que alcanzaron un nivel de la salud mental bajo con respecto a los demás. Mientras que el 30,0% estuvo compuesto por solo 9 pacientes que obtuvieron un nivel de salud mental alto.

Tabla 4.14. Nivel de la Calidad de Vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Departamento de Huánuco 2014

Calidad de Vida	Frecuencia	%
Alto	8	26,7
Bajo	22	73,3
Total	30	100,0

Nota: Calidad de Vida de los pacientes que asisten a la unidad renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano

Dentro de la calidad de vida de los pacientes en estudio, observamos que el 73,3% (22 pacientes) tuvieron una calidad de vida bajo, asimismo se observó un menor porcentaje con el 26,7% (8 pacientes) tuvieron una calidad de vida alto.

4.2. RESULTADOS INFERENCIAL

Tabla 5.1. Comparación de frecuencias observadas entre la calidad de vida y la edad de los pacientes mediante la Prueba Chi Cuadrada en la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2014

Calidad de Vida	Edades				Total		Prueba Chi Cuadrada	Significancia
	30-59		60-80		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Alto	6	37,5	2	14,3	8	26,7	2,058	0,151
Bajo	10	62,5	12	85,7	22	73,3		
Total	16	100	14	100	30	100		

Nota: Frecuencias observadas entre la calidad de vida y la edad

Al comparar la variable principal a la edad de los participantes, se observó que no existía semejanzas con una calidad de vida baja ($X^2=2,058$; $P \leq 0,151$). Así mismo se observó que las edades comprendidas entre los 30-59 años (adultos), se presentó una mayor tendencia de calidad de vida bajo con un 62,5% frente al 37,5% calidad de vida alto. Cabe añadir también que las edades comprendidas entre los 60-80 años (adultos mayores), predominó una calidad de vida bajo con un 85,7%, mientras que la calidad de vida alto en este grupo solo alcanzo un 14,3%.

Tabla 5.2. Comparación de frecuencias observadas entre la calidad de vida y el género de los pacientes mediante la Prueba Chi Cuadrada en la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2014

Calidad de Vida	Género				Total		Prueba Chi Cuadrada	Significancia
	Masculino		Femenino		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Alto	4	30,8	4	23,5	8	26,7	0,197	0,657
Bajo	9	69,2	13	76,5	22	73,3		
Total	13	100	17	100	30	100		

Nota: Frecuencias observadas entre la calidad de vida y el género

Al comparar la variable principal al género de los participantes, se observó que no existía semejanza con una calidad de vida baja ($X^2=0,197$; $P \leq 0,657$). De igual manera se encontró que el género masculino, se presentó un mayor porcentaje de calidad de vida bajo con un 69,2% frente al 30,8% de calidad de vida alto. Cabe destacar también que el género femenino predominó una calidad de vida bajo con un 76,5%, mientras que la calidad de vida alto, alcanzó solo el 14,3%.

Tabla 5.3. Comparación de frecuencias observadas entre la calidad de vida y el grado de instrucción de los pacientes mediante la Prueba Chi Cuadrada en la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2014

Calidad de Vida	Grado de Instrucción						Total		Prueba Chi Cuadrada	Significancia
	Primaria		Secundaria		Superior		N°	%		
	N°	%	N°	%	N°	%				
Alto	3	23,1	3	30	2	28,6	8	26,7	0,155	0,925
Bajo	10	76,9	7	70	5	71,4	22	73,3		
Total	13	100	10	100	7	100	30	100		

Nota: Frecuencias observadas entre la calidad de vida y el grado de instrucción

Al comparar la variable principal al grado de instrucción de los participantes, se observó que no existían semejanzas con una calidad de vida alta o baja ($X^2=0,155$; $P\leq 0,925$). De la misma forma se encontró que el grado de instrucción de nivel primaria, se presentó un mayor porcentaje de calidad de vida bajo con un 76,9% frente al 23,1% de calidad de vida alto. Así mismo el grado de instrucción de nivel secundaria se encontró un mayor porcentaje de calidad de vida bajo con un 70%, frente al 30% de calidad de vida alto. Por último el grado de instrucción de nivel superior predominó una calidad de vida bajo con un 71,4%, mientras que la calidad de vida alto, alcanzó solo el 28,6%.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que implica la pérdida gradual de la función de los riñones, pudiendo llegar a ser terminal. De los tratamientos utilizados la hemodiálisis se emplea en el 90% de los pacientes. En la última década se ha apreciado un crecimiento considerable de pacientes con insuficiencia renal crónica y por ende de personas sometidas a hemodiálisis. Aunque la terapia de sustitución renal hemodiálisis, ayuda a preservar la vida del paciente, cabe destacar que existe una estrecha relación entre calidad de vida y morbimortalidad en hemodiálisis, por lo que constituye un argumento sólido para su evaluación permanente y la implementación de acciones específicas que la mejoren. Ello tiene un positivo impacto en las personas y en los resultados de la terapia a largo plazo⁶³.

En nuestro estudio de investigación se prestó atención a como se encontraba la calidad de vida de los pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis; utilizando el cuestionario de salud SF-36, donde se encontró una calidad de vida baja respecto a la población general y también se hizo una

comparación entre la variable calidad de vida a la edad, género y el grado de escolaridad de los participantes, no siendo estos significativos estadísticamente.

Al comparar nuestros resultados con la información de la literatura encontrada, evidenciamos que existe un alto grado de relación con lo encontrado en nuestro estudio. En tal sentido Cidoncha⁶⁴ en su estudio, observó que los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis presentan niveles bajos en su calidad de vida evaluada.

De igual manera Reinier⁶⁵ en su investigación encontró que la calidad de vida de los pacientes sometidos a este tipo de tratamiento tiene niveles bajos. Esto puede explicarse debido a que el tratamiento hemodialítico genera cambios en los estilos de vida y en las conductas cotidianas de las personas que se someten a ella, tales como la dieta alimentaria, la ingesta de líquidos y uso de medicamentos. El tratamiento produce también efectos adversos a nivel físico y psicológico, tales como depresión, dolor, ansiedad y trastornos de conducta. En pacientes con tratamiento sustitutivo renal además se observan efectos a nivel psicosocial, tales como problemas maritales, disfunción sexual y problemas socioeconómicos. Todos estos cambios y efectos inciden directamente en la calidad de vida de estas personas.

Por otro lado Urzúa, Pavlov, Cortes y Pino⁶⁶, en sus estudios demostraron, que cuando los pacientes son atendidos utilizando una estrategia terapéutica integral; donde se implementa programas de ayuda psicológica, redes de apoyo, capacitaciones para el equipo de salud para

que estos conozcan las herramientas necesarias para ayudar al paciente, la calidad de vida presentó niveles altos en muchos de los casos.

Se esperaba que la edad, género y el grado de escolaridad tuvieran una reciprocidad con la calidad de vida alta o baja; sin embargo, estas no se encontraron relacionadas. El hecho de que la edad no se constituya como un factor determinante de la calidad de vida, ha sido reportado por otros investigadores, como McCauley y Copley⁶⁷, en donde se demostró que la edad no juega un papel importante en la calidad de vida de los pacientes renales en tratamiento hemodialítico.

De igual manera Fernández⁶⁸, en su estudio observó resultados semejantes; en donde se explica, que la edad solo se encuentra relacionada con la capacidad física, la cual se encuentra más deteriorada conforme a mayor edad de la persona, tenga o no una enfermedad crónica.

Por otro lado en los estudios de Ware y Kosinski⁶⁹, afirman que la calidad de vida no está determinada por el género de los pacientes, y que no existe significancia entre estos. Así mismo Álvarez, Ruiz y Vázquez⁷⁰, concuerdan con los mismos resultados en sus investigaciones.

Mientras en las investigaciones revisadas de Contreras⁷¹, se concluyó que el sexo masculino presenta una mejor calidad de vida que el sexo femenino, los datos encontrados en esta investigación no aportan mayor evidencia a esta idea, ya que aunque las mujeres obtuvieron puntuaciones más bajas que los hombres en todas las dimensiones, estas diferencias no son significativas. El hecho de que las mujeres perciban

mayor molestia en comparación a los hombres ha sido reportado en otras investigaciones. Aún cuando la mayoría de las investigaciones no reportan diferencias entre la percepción de hombres y mujeres algunos autores han sugerido que las mediciones no necesariamente reflejan las experiencias objetivas y subjetivas de la mujer en salud, ya que esta última no es neutral al género, siendo necesaria la construcción de instrumentos con este enfoque. Otra posible hipótesis tiene que ver con que las mujeres se permiten expresar con mayor libertad que los hombres las molestias ocasionadas por la sintomatología, lo cual no quiere decir que los hombres no sientan la misma incomodidad, sino que no la expresan. Esto abre futuras líneas de investigación en torno a la expresión y vivencias de la enfermedad condicionadas por el rol de género para esta enfermedad en particular.

Se esperaba también que a medida que los participantes presentarán un mayor grado de escolaridad, esto repercutiría en una mejor calidad de vida. Sin embargo esta no se encontró relacionada en nuestro estudio. De la misma manera Gómez⁷², en su investigación encontró datos afines con nuestro trabajo. Así mismo Wehbe⁷³, en su estudio halló que el grado de escolaridad no guarda semejanzas con una calidad de vida baja o alta, debido a que los pacientes con un nivel de escolaridad mayor al resto, perciben de una manera distinta la calidad de vida, lo cual pudiera estar en relación con metas y objetivos más elevados.

En cuanto a la validez interna se encontraron limitaciones con respecto a la validación del cuestionario de salud SF-36, ya que esta no fue adaptada al ámbito del estudio.

Finalmente, debido a que el estudio de investigación realizado corresponde a un nivel de investigación descriptivo simple, en el cual se planteó el problema general: ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco-2014?, es necesario continuar investigando con el siguiente tema: ¿Qué factores se relacionan con la baja calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco?

CONCLUSIONES:

En el estudio de investigación se llegó a la siguiente conclusión:

- La calidad de vida de los pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis, se encontró en un nivel bajo con un 73,3%; frente a un 26,7% que alcanzó un nivel alto.
- Así mismo se halló que no existe significancia entre la variable calidad de vida a la edad ($P \leq 0,151$), género ($P \leq 0,657$) y el grado de escolaridad ($P \leq 0,925$) de los participantes en el estudio.

RECOMENDACIONES:

Se sugiere que el presente estudio sirva para investigaciones posteriores, que evalúen la calidad de vida percibida por los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Para la institución:

- Se recomienda consolidar y afianzar el servicio de la Unidad Renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano para ofrecer un modelo de atención integral que permita brindar una mejor expectativa de calidad de vida a los pacientes, mejorando de esta manera todas aquellas dimensiones que en el estudio resultaron bajas como: salud general, función física, rol físico, rol emocional, función social, dolor corporal, vitalidad y salud mental. Nuestro estudio válida la necesidad de un enfoque terapéutico biopsicosocial y reafirma la necesidad de integrar a otros profesionales en las unidades de diálisis, como asistentes sociales, psicólogos, nutricionistas que apoyen y contribuyan en el logro de una mejor calidad de vida de estos pacientes.
- Elaborar un plan de autoayuda para los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, mediante terapias ocupacionales que les permitan sentirse útiles y activos, lo cual ayudaría mucho a su bienestar y mejoraría los niveles de calidad de vida no sólo a nivel físico sino también a nivel psicológico.

- Realizar estudios comparativos con otros programas de tratamiento con los pacientes que están en programa de enfermedades renales en hospitales nacionales y Es Salud.
- Se debe considerar además la importancia de implementar programas de ayuda psicológica para los pacientes, redes de apoyo, además de capacitaciones para el equipo sanitario implicados en el tratamiento, y de esta forma lograr que conozcan las herramientas necesarias para evitar el deterioro y mejorar la calidad de vida.

Para el gobierno:

- Implementar los servicios de salud a nivel nacional con un equipo de salud multidisciplinario, para brindar al paciente un tipo de atención biopsicosocial.
- Implementar el programa de educación por la salud sobre las enfermedades renales a nivel de otros hospitales de la red nacional del país.
- Asimismo se debe adquirir un mayor número de equipos para el tratamiento hemodialítico y de la misma manera implementar mejoras en el área física, equipamiento y contratación de profesionales especialistas.
- Es necesario ampliar la gama de atención y extrapolar la frontera de la sofisticación tecnológica y el aparato instrumental que, si bien es importante e indispensable en hemodiálisis, son insuficientes para satisfacer las demandas; que va en aumento en nuestro país. Logrando garantizar el acceso a esta terapia de quienes lo requieran, el desafío actual es incorporar y desarrollar protocolos para mejorar la

calidad de vida de los pacientes, aumentar su adhesión al tratamiento y facilitar e incorporar el apoyo social y familiar en la terapia.

- Considerando que la expectativa de vida de los pacientes renales está acortada y la comorbilidad asociada genera múltiples síntomas que afectan su calidad de vida, se ha propuesto incorporar los fundamentos de la medicina paliativa en la atención de las personas con insuficiencia renal avanzada, por ser un modelo que considera e integra todos los aspectos biopsicosociales y espirituales de la persona.

Referencias bibliográficas:

1. Rodríguez M, Castro M, Merino J. Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Cienc. Enferm.*2005; 11(2):47-55.
2. *Ibíd.* p, 47.
3. *Ibíd.* p, 48.
4. *Ibíd.* p, 49.
5. Zúñiga C, Dapuerto J, Müller H, Kirsten L, Alid R, Ortiz L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36). *Rev. méd. Chile.*2009; 137(2):200-207.
6. Castro M, Vannini A, Draibe S, Canziani M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis evaluada a través del instrumento genérico SF-36. *Rev. Assoc. Med. Bras.*2003; 49(3): 245-249.
7. Rodríguez M, Castro M, Merino J. *Op. Cit.* p, 48.
8. *Ibíd.* p, 52.
9. Perales C, García A, Reyes G. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.*2012; 32(5):622-630.
10. Seguí A, Amador P, Ramos A. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.*2010; 13(3):155-160.
11. Castro M, Vannini A, Draibe S, Canziani M. *Op. Cit.* p, 251.
12. Flores C. Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo. *Rev. med. clin. Condes.*2010; 21(4):502-507.
13. Castro M, Vannini A, Draibe S, Canziani M. *Op. Cit.* p, 252.
14. Izquierdo A, Gallo T, Bellido L, Herrera P, Mezones E. Deficiencias en la indicación y en el acceso a la terapia dietética en la enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una mirada en el contexto de la inequidad. *Rev. Perú. med. exp. salud pública.*2013; 30(4):714-728.
15. Dos Santos L, Fernandes V, Ribeiro A. El estrés y la ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Rev. Estudiante de honor. psicol.*2013; 30(1):157-164.
16. Dos Santos L, Fernandes V, Ribeiro A. *Op. Cit.* p, 159.

17. Rodríguez M, Castro M, Merino J. Op. Cit. p, 50.
18. Ibíd. p, 52.
19. Lopes J, Fukushima R, Inouye K, Iost S, De Souza F. La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis. Acta paul. Enfermera.2014; 27(3):230-236.
20. Perales C, García A, Reyes G. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Nefrología Madr.2012; 32(5):622-630.
21. Rodrigues M, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. Calidad de Vida en la enfermedad Renal Crónica. Nefrología Madr.2011; 31(1):91-96.
22. Seguí A, Amador P, Ramos A. Op. Cit. p, 155.
23. Chávez J. Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis del hospital Arzobispo Loayza-2013. [Tesis de postgrado]. Lima-Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
24. Perales C, García A, Reyes G. Op. Cit. p, 622.
25. Alfaro P. Calidad de Vida relacionado a la Salud y locus de control de la Salud en un grupo de pacientes con tratamiento de Hemodiálisis. [tesis de pregrado]. Lima-Perú, Pontificia Universidad Católica del Perú; 2011.
26. Flores G, Malpartida B, Dámaso M. Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y sus factores asociados en los pacientes en hemodiálisis crónica de la red asistencial de Huánuco-Essalud. Ágora Rev Cient. 2014; 01(2): 7-16.
27. Aliaga Tovar J. Psicometría: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez. [internet]. [Consultado 2014 mar 12]. Disponible en: <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401517/1U2LibroEAPAliaga.pdf>
28. Olivares Tirado P. Perfil del estado de salud de beneficiarios de isapres: Informe Preliminar. [internet]. [Consultado 2014 mar 16]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos1068_recurso_1.pdf
29. Castillo I, Póo M, Márkez A. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. Rev. Esp. Salud Publica.2004; 78(5):609-621.
30. Castillo I, Póo M, Márkez A. Op. Cit. p, 615.
31. Rodrigues M, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. Op. Cit. p, 93.
32. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud Uninorte. Barranquilla [internet].2009; 25(1):172-178. [Consultado 2014 may 06]. Disponible en:

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1834/5777>

33. Bautista L, Zambrano G. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* 2015; 17(1):131-148.
34. Vargas Escobar L. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2010; 12(1):79-94.
35. Rodríguez Martínez Roynel. Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2015 Sep 22]; 28(4): 474-484. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400004&lng=es.
36. Rodríguez Martínez Roynel. Op. Cit. p, 52.
37. *Ibíd.* p, 58.
38. Borroto G, Almeida J, Lorenzo A, Sat A, Guerrero C. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal: Estudio comparativo. *Rev cubana med [Internet].* 2007; 46(3). [Consultado 2015 mar 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000300004&lng=es.
39. Hinojosa E. Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Essalud Arequipa 2006. [tesis de postgrado]. Arequipa-Perú.
40. Urzúa A, Pavlov R, Cortes R, Pino V. Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. *Terp Psicol.* 2011; 29(1):135-140.
41. Salvador MJ. *Hacia un Concepto Integral de Calidad de Vida: la Universidad y los Mayores.* 1era. ed. Francia: Del Text; 2003.
42. Gardeño EL, Salinas AB, Rojas HM. *Calidad de Vida y Bienestar Subjetiva en México.* 1era. ed. México: PyV EDITORES; 2005.
43. Gardeño EL, Salinas AB, Rojas HM. Op. Cit. p, 52.
44. Azpiazu G, Cruz J, Villagrasa F, Abenades H, Garcia M, Valero B. Factores Asociados a mal Estado de Salud percibido o mala Calidad de Vida en Personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76(6):683-99.
45. Urzúa A, Pavlov R, Cortes R, Pino V. Op. Cit. p, 136.
46. Hinojosa E. Op. Cit. p, 49.
47. Rodrigues M, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. Op. Cit. p, 93.
48. Yukari A, Okubo P, Bedendo J, Carrera L. Evaluación de la Calidad de Vida en Ancianos sometidos a Hemodiálisis. *Rev Enferm Gaucha.* 2011; 32(2):256-262.

49. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer M, Quintana J, Santed R, Valras J, Ribera A, Domingo S, Alonso J. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una Década de experiencia y nuevos Desarrollos. *Gac Sanit.*2005; 119(2):135-50.
50. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer M, Quintana J, Santed R, Valras J, Ribera A, Domingo S, Alonso J. *Op. Cit.* p, 136.
51. *Ibíd.* p, 137.
52. *Ibíd.* p, 138.
53. Marques VM, Barrientos GA. *Enfermería Medico Quirúrgica II.* 2da. ed. Madrid: Mosby; 1994.
54. Marques VM, Barrientos GA. *Op. Cit.* p, 96.
55. Hinojosa E. *Op. Cit.* p, 56.
56. Sousa F, Garbelotti B, Pavalini S, Aparecida D, Zazzetta S. Evaluación de las esperanza de vida de la hemodiálisis renal crónica en ancianos. *Rev. Esc. Enfermeria.*2012; 46(1):900-05.
57. Blake D. *Manual de Diálisis.* 2da. ed. México: Masson; 2003.
58. Blake D. *Op. Cit.* p, 78.
59. Yukari A, Okubo P, Bedendo J, Carrera L. *Op. Cit.* p, 258.
60. Borroto G, Almeida J, Lorenzo A, Sat A, Guerrero C. *Op. Cit.* p, 0.
61. Blake D. *Op. Cit.* p, 84.
62. *Ibíd.* p, 86.
63. Hinojosa Cáceres E. *Op.cit.*, p. 1.
64. Urzúa A, Pavlov R, Cortes R, Pino V. *Op.cit.*, p. 7.
65. Barroto Diaz G, Almeida Hernandez J, Clemente L, Alfonso Sat F, Guerrero Diaz C. *Op.cit.*, p. 3.
66. Yukari Takemoto A, Okubo P, Bedendo J, Carrera L. *Op.cit.*, p. 23.
67. Barroto Diaz G, Almeida Hernandez J, Clemente L, Alfonso Sat F, Guerrero Diaz C. *Op.cit.*, p. 5.
68. Rodrigues Fructuoso M, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. *Op.cit.*, p. 11.
69. Hinojosa Cáceres E. *Op.cit.*, p. 1.
70. Silva da Silva A, Silva da Silveira R, Machado Fernandes GF, Lerch Lunardi V, Schubert Backes VM. *Op.cit.*, p. 2.
71. *Ibid.*, p. 2.
72. Urzúa A, Pavlov R, Cortes R, Pino V. *Op.cit.*, p. 7.
73. Yukari Takemoto A, Okubo P, Bedendo J, Carrera L. *Op.cit.*, p. 23.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ANEXO 02
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr.(a)....., de.....Años de edad, manifiesta que ha sido informado/a sobre la finalidad del cuestionario cuyo contenido busca cubrir los objetivos de la investigación titulada “Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el tratamiento de Hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano-2014” con el fin de comprobar su Calidad de Vida.

He sido informado/a delos procedimiento que se llevara a cabo durante la encuesta.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y confidenciales.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este proyecto de realizar y contribuir con el objetivo de dicho estudio.

Firma del Participante

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CUESTIONARIO SF-36

TITULO DE LA INVESTIGACION:

“Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el tratamiento de Hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Hermilio Valdizan Medrano-2014”

INSTRUCCIONES: Estimado Sr (a)

El siguiente contenido es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos. Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Debes marcar con una “X” la opción según creas que es tu manera de afrontar en el siguiente cuestionario.

No hay respuesta correcta o errónea, no dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que creas que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

I. Características Demográficas:

1. Fecha de Nacimiento:

- Día/...../Mes/...../Año/.....

2. Sexo:

- Masculino ()
- Femenino ()

II. Características sociales:

1. Grado de Instrucción:

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

2. Ocupación:

- Ama de casa ()
- Comerciante ()
- Empleado ()
- Otro () Especifique:.....

3. Estado Civil:

- Soltero(a) ()
- Conviviente ()
- Casado(a) ()
- Viudo(a) ()
- Divorciado(a) ()

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente ()
- Muy buena ()
- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()

2. ¿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 ()

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. 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 ()

4. 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 ()

5. 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 ()

6. 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 ()

7. 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 ()

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

- Sí, me limita mucho ()
- Sí, me limita un poco ()

- No, no me limita nada ()

9. 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 ()

10. 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 ()

11. 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 ()

12. 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 ()

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. 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 ()

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

- Sí ()
- No ()

15. 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 ()

16. 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 ()

17. 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 ()

18. 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 ()

19. 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 ()

20. 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 ()

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- No, ninguno ()
- Sí, muy poco ()
- Sí, un poco ()
- Sí, moderado ()
- Sí, mucho ()
- Sí, muchísimo ()

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada ()
- Un poco ()
- Regular ()
- Bastante ()
- Mucho ()

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

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

- Siempre ()
- Casi siempre ()
- Muchas veces ()

- Algunas veces ()
- Sólo alguna vez ()
- Nunca ()

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

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

25. 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 ()

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

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

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

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

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

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

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

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

- Nunca ()

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

- Siempre ()
- Casi siempre ()
- Algunas veces ()
- Sólo alguna vez ()
- Nunca ()

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

- Siempre ()
- Casi siempre ()
- Algunas veces ()
- Sólo alguna vez ()

32. 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 ()
- Sólo alguna vez ()
- Nunca ()

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

- Totalmente cierta ()

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