UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA E INTERDISCIPLINARIAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL
29/5/17
OFICINA EJECUTIVA DE BIBLIOTECA Y PUBLICACIONES

"CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO NEFROUROLÓGICO DEL ORIENTE SAC, PUCALLPA – 2016"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD,

MENCIÓN EN:

CUIDADOS NEFROLÓGICOS

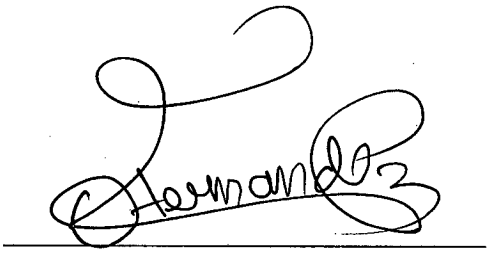
AUTORAS: Lic. Enf. CARLA LILIANA REY FLORES

Lic. Enf. MARY EMELDA RAMOS ALTAMIRANO

ASESORA: Dra. YOLANDA GLADYS SANTOS VILLEGAS

PUCALLPA – PERÚ
2016

Esta tesis fue aprobada por el Jurado Evaluador para optar el Titulo de Segunda Especialidad en Cuidados Nefrológicos:



Dra. Otilia Hernández Panduro

Presidente



Dra. Nelly Graciela Tafur Flores

Miembro



Mg. Rosa del Carmen Delgado Soria

Miembro

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y ayuda día a día.
A mis padres, esposo e hijo que siempre me brindan su apoyo, cariño y me impulsan a lograr mis anhelos.

Carla R.F.

A Dios por darme la vida y la familia que amo.
A Walter y mis hijos por el apoyo constante que me sostiene día a día.

Mary R.A.

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a la Universidad Nacional de Ucayali, Alma Mater que nos permitió desarrollarnos como profesionales.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, que continua dando oportunidad a los profesionales de enfermería a seguir actualizándose a través del Programa de Segunda Especialidad e Interdisciplinarias.

Al Centro Nefrourológico del Oriente SAC, y a los pacientes por darnos la oportunidad de recolectar los datos.

A los Jurados Evaluadores, por su gran apoyo y orientación durante el desarrollo del presente estudio.

A la Asesora de la investigación científica, Dra. Yolanda Santos Villegas, por sus consejos y paciencia en todo momento para concluir el estudio.

RESUMEN

El objetivo fue determinar la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa – 2016. Método: Estudio no experimental, transversal, descriptivo, enfoque cuantitativo-cualitativo. El muestreo fue no probabilístico, intencionado, quedando la muestra conformada por 69 pacientes de ambos sexos, de 25 años a más, con diagnóstico de IRCT adscritos al Centro Nefrourológico. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue un Cuestionario de Salud SF-36 (validado) que consta de 8 dimensiones básicas de funcionamiento: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental, además se incluyó preguntas de datos biológicos y socioculturales. Resultados: la edad media fue 54.5 $\pm$ 11.9 años, edad mínima 26 años y máxima 78, el 63.77 % fue de sexo masculino, el 63.77 % sin ocupación (su casa), el 53.62 % con estado civil casado, el 61.50 % de religión católica y 58% con grado de estudios secundaria y el 35 % primaria. Conclusiones. La percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes, fueron de regular a baja, siendo las dimensiones Vitalidad, Salud General y Dolor Corporal, con puntajes entre 50 y 75% considerada regular y la Función Social, Salud Mental y Rol Físico, con puntajes menores al 50 % con calificación baja. La Calidad de Vida de los pacientes con IRCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, fue Regular en 46.80 %, Baja 27.20 % y Alta Calidad solo en el 26 %.

Palabras clave: Calidad de vida, pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, tratamiento sustitutivo hemodiálisis.

ABSTRACT

The aim was determined the quality of patients' life with renal insufficiency terminal chronicle in substitute treatment with hemodiálisis in the Center Nefrourológico of the East SAC, Pucallpa - 2016. Method: not experimental, transverse, descriptive Study, quantitative - qualitative approach. The sampling went not probabilístico, meaningfully, staying the sample shaped by 69 patients of both sexes, of 25 years to more, with IRCT's diagnosis assigned to the Center Nefrourológico The technology was the interview and the instrument was a Questionnaire of Health SF-36 (validated) that consists of 8 basic dimensions of functioning: Physical Function, Physical Role, Corporal Pain, General Health, Vitality, Social Function, Emotional Role and Mental Health, in addition included questions of biological and sociocultural information. Results: the middle ages were 54.5 + 11.9 years, minimal age 26 years and maxim 78 63.77 % without occupation (his house), 53.62 % with married marital status, 61.50 % of catholic religion and 58 % with degree of studies secondary and 35 % primary. Conclusions. The perception of the quality of life that the patients have, they were of regulating to fall, being the dimensions Vitality, General Health and Corporal Pain, with puntajes between 50 and 75 % Considered regular and the Social Function, Mental Health and Physical Role, with puntajes minors to 50 % with low qualification. Vida's Quality of the patients with IRCT in substitute treatment with hemodiálisis, was Regular in 46.80 %, 27.20 % and Alta Calidad Goes down only in 26 %.

Key words: Quality of life, patients with renal insufficiency terminal chronicle, substitute treatment hemodiálisis.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INDICE	vii
INDICE DE TABLAS	ix
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	14
1.1. ANTECEDENTES:	14
1.1.1. Internacionales	14
1.1.2. Nacionales	18
1.1.3. Locales	20
1.2. BASE TEÓRICA:	21
1.2.1. Insuficiencia renal crónica terminal	21
• Definición	21
• Epidemiología	22
• Etiología	23
• Fisiopatología	23
• Factores de riesgo	24
• Manifestaciones clínicas	26
• Diagnóstico	27
• Tratamiento	27
a. Diálisis peritoneal	28
b. Hemodiálisis	28
c. Trasplante renal	30
• Prevención	30
1.2.2. Calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal	31
1.2.3. Evaluación de la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal terminal.	33

- Dimensiones de la calidad de vida 34

1.3. MARCO CONCEPTUAL 35

1.3.1. Definición de términos operacionales 35

1.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES 36

1.4.1. Hipótesis 36

1.4.2. Variables 36

1.4.3. Operacionalización de variables 37

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO 38

2.1. AMBITO 38

2.2. POBLACIÓN 38

2.3. MUESTRA 39

2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO 39

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 39

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 40

2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 40

2.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS 41

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 42

RESULTADOS 43

DISCUSIÓN 43

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 60

CONCLUSIONES 61

RECOMENDACIONES 62

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 64

ANEXOS 68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Características biológicas y socioculturales de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis Centro Nefrourologico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 43

Tabla 2.Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en Tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Función Física, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 45

Tabla 3. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Rol Físico, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 46

Tabla 4. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Dolor Corporal, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 48

Tabla 5. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Salud General, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 49

Tabla 6. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Vitalidad, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 51

Tabla 7. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en las dimensiones: Función Social y Rol Emocional, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 52

Tabla 8. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Salud Mental, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 54

Tabla 9. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Evolución declarada de la salud, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 55

Tabla 10. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis según dimensión, Centro Nefrourologico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 56

Tabla 11. Clasificación de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Salud Mental, Centro Nefrourologico del Oriente SAC, Pucallpa 2016. 58

INTRODUCCIÓN

Los avances tecnológicos experimentados en las últimas décadas han llevado a un considerable aumento de herramientas biotecnológicas en salud, en contraste con el lento desarrollo de herramientas vinculadas a los factores o aspectos sociales y humanos involucrados. Esto lleva a que se produzca un desequilibrio en la atención de salud, con un acentuado énfasis en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y una insuficiente consideración de las consecuencias psicosociales de sus problemas. La aplicación de la tecnología previene la muerte prematura, como ocurre con las enfermedades crónicas terminales, pero a su vez sobreviene una serie de problemas que se refieren a las consecuencias de vivir con ellas.[1]

"Las enfermedades cardíacas y renales reflejan plenamente los problemas de costo y efectos sobre la Calidad de Vida de estos pacientes. La rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su C. de V. en general".[2]

De otra parte la IRCT, es una condición clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conduce a la destrucción irreversible de la masa de nefronas y consecutivamente a la insuficiencia de la función excretora y reguladora renal.

Esta patología, afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas. Los datos disponibles, aún insuficientes, sugieren una gran inequidad en el acceso al tratamiento para la enfermedad renal crónica en nuestra región, con una clara desventaja para los países y poblaciones con menores ingresos.[3]

En Estados Unidos 19.2 millones de adultos padecen IRC en etapa temprana y 700 mil en etapa terminal, de 1990 a 2001 el número de enfermos renales han pasado de 697 a 1424 por millón de habitantes, registrándose un aumento hasta del 208 % en 11 años. Según datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2004) IRC es una de las principales causas de muerte en el país, ocupa el cuarto lugar en atención hospitalaria en hombres y el

décimo en mujeres, específicamente el estado de Veracruz ocupa el décimo lugar a nivel nacional con este tipo de pacientes, destacando que en la región sur radica el 80 %.

La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), señala que en América Latina un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvieron acceso en el 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función que sus riñones (hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200.[4]

La calidad de vida (CV) en las últimas décadas ha sido motivo de diversas investigaciones, siendo mayor aún en el campo de la salud ya que es uno de los aspectos más afectados en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la insuficiencia renal y más aún en pacientes con tratamiento dialítico; en tal sentido, considerando que el paciente con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) debe someterse a hemodiálisis para purificar y filtrar temporalmente su sangre a través de una fístula (acceso vascular) para que elimine los desechos orgánicos, debiendo realizarlo tres veces por semana con un tiempo de duración de 3 a 5 horas por cada sesión, procedimiento que por lo general, lo expone a complicaciones, pero sobre todo afecta en gran medida el desempeño del paciente, en todas sus áreas: emocional cognitivo, físico y social, con mayor frecuencia, lo que altera de manera notable su calidad de vida global.[5]

Por lo descrito líneas arriba, el profesional de enfermería especializado en la atención a este tipo de pacientes, viene observando en la práctica diaria que el paciente está sometido a estrés continuo, el hecho de enfrentarse a una dependencia forzada del personal que lo atiende en el centro hospitalario, restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, etc. lo que influye en los cambios de la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte, por lo que fue de interés identificar la calidad de vida de estos pacientes que acuden al Centro Nefrourológico del Oriente SAC.

Al tomar conocimiento de la calidad de vida del paciente con IRCT, nos permitió identificar aquellas dimensiones que constituyen un recurso que debe ser intervenido a fin de fortalecer las áreas de funcionamiento que muestran un mayor detrimento. De esta

manera se podrá tratar el problema que presentan los pacientes en las condiciones de IRCT, además nos ha permitido contribuir al conocimiento actual de la calidad de vida del paciente en tratamiento de sustitución renal, que a pesar de tener un propósito eminentemente clínico, estamos seguras que favorecerá el bienestar del paciente.[6]

Por eso, planteamos el problema de investigación, formulando: ¿Cuál es la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa – 2016?

Siendo los objetivos:

Objetivo general:

Determinar la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa – 2016.

Objetivos específicos:

1. Describir las características biológicas y socioculturales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.
2. Identificar la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes según las dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de la salud) del Cuestionario de Salud SF 36.
3. Clasificar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, según Cuestionario de Salud SF 36.

A continuación se describen los capítulos que comprende el presente estudio:

Capítulo I: Marco Teórico. Se presentan los antecedentes del estudio como las diversas investigaciones y teorías que conforman este capítulo.

Capítulo II: Marco Metodológico, en el que se describen el ámbito del estudio, la población y muestra hasta el análisis de los datos.

Capítulo III: Resultado y Discusión. En este capítulo se presentan los resultados del estudio a través de tablas en orden correlativo, luego se detalla el análisis y la discusión correspondiente, resaltando los datos más importantes y comprando con los resultados de otras investigaciones sobre el tema.

Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones a las que se llegaron como aporte del estudio.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES:

1.1.1. Internacional

Martínez I. (2012), investigó en la ciudad de México – Veracruz "Calidad de Vida de pacientes en programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. El propósito de este estudio fue conocer la Calidad de Vida (CV) en pacientes de Insuficiencia Renal Crónica en programas de Hemodiálisis (HD) y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), el diseño fue descriptivo trasversal, comparativo, la muestra fue de 29 pacientes de cada programa, el muestreo fue no probabilístico, el instrumento utilizado fue el SF-12. El análisis de datos se realizó en el programa SPSS versión 15. Resultados y conclusiones: El sexo que predominó fue el masculino con 82% en Hemodiálisis y 52% en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, la media de edad fue de 53.3 en HD y 60.2 en DPCA. La calidad de vida en HD fue de 65% regular y en DPCA 45%, que la función fue mala en 44% y regular en un 44% en DPCA.[7]

Oliveira M. y Soares A. (2012). Estudiaron en Brasil "Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida". Esta investigación tuvo como objetivo conocer las percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica (IRC) en su calidad de vida (CV) en una unidad de hemodiálisis del interior de Bahía. Trata de un estudio exploratorio descriptivo de abordaje cualitativo, realizado por medio de una entrevista semi-estructurada. Los resultados fueron analizados de acuerdo al Análisis de Contenido en la modalidad temática, según Minayo. Fueron entrevistadas 19 personas y de su testimonio emergieron tres categorías generales: percepciones sobre el concepto

de CV, el impacto de la IRC en la CV y las implicaciones de la hemodiálisis en las dimensiones de la CV. La primera se divide en tres subcategorías: equilibrio multidimensional, salud / ausencia de enfermedad y presencia de la fe. La segunda se dividió en dos: restricción dietética e hídrica y limitación de la capacidad funcional. Y la tercera se subdivide en tres: Función social alterada, restricción de las actividades de ocio y entretenimiento y desplazamiento territorial para realizar la diálisis. Resultados: la hemodiálisis y la enfermedad afecta a la vida cotidiana de estas personas, debido a que causan limitaciones físicas, sociales, que involucran su trabajo, sus hábitos alimenticios y la cultura. Se concluye que la atención prestada a los clientes dependientes de un tratamiento de diálisis debe ir más allá del enfoque biomédico tradicional centrado en la enfermedad y que nuevas investigaciones puedan aportar nuevas contribuciones para prestar una asistencia más humanizada e integral.[8]

Meza-García C., Reynaga-Ornelas L., Baldwin, C., Caudillo-Cisneros C., Dávalos-Pérez A. y Jiménez-Garza O. (2011), investigaron "Descripción de la calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tres modalidades de tratamiento sustitutivo renal, en el estado de Guanajuato-México". El objetivo fue describir la calidad de vida percibida por los pacientes con insuficiencia renal crónica en modalidades de tratamiento sustitutivo renal. Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de 30 pacientes adultos, en tres modalidades diferentes de tratamiento sustitutivo renal, tratados en una clínica del estado de Guanajuato. Se utilizó el cuestionario SF-36 para medición subjetiva de calidad de vida en ocho diferentes dominios y PASW statistics 18 para el análisis estadístico. Resultados: En la escala del 1 al 100 los pacientes reportaron los puntajes: función física 37.6, rol físico 35.8, dolor corporal 64.7, salud general 58.5, vitalidad 59, función social 86.7, rol emocional 68.9 y salud mental 77.2. Se observa una tendencia a percibir una mejor calidad de vida en diálisis peritoneal automatizada, que con la diálisis peritoneal continúa ambulatoria y hemodiálisis. Conclusión: La calidad de vida del paciente en diálisis se reporta afectada principalmente en su función física. Conocer el estado general de la salud que el paciente percibe, informa sobre la eficacia del tratamiento y proporciona una guía para diseñar estrategias de cuidado de enfermería con enfoque holístico.[9]

Seguí G., Amador P. y Ramos B. (2010), desarrollaron en España el estudio titulado: Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis, con el objetivo de Evaluar la Calidad de Vida y las características personales de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y comparar con la población general. Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 96 pacientes en diálisis de un centro de Tarragona. Para hacer la valoración de la Calidad de Vida se utilizó el cuestionario de salud SF-36 y lo comparamos con los valores normales de referencia de la población española. Se valoran 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. Según el trayecto a realizar hasta la unidad, tiempo que tardan y el tipo de transporte que utilizan siendo el 55,2% que se desplazan en ambulancia. Para finalizar, el 65,6% son portadores de Fístula Arteriovenosa. Conclusiones: La calidad de vida en pacientes con IRCT, es peor que la población de referencia en todas las dimensiones.[10]

Álvarez W. y Gonzales J. (2010), estudiaron en El Salvador, Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal intermitente automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios, enero a junio de 2010. Objetivo: comparar la Calidad de Vida que presentan los pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica y que están en tratamiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada. El método corresponde a un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo y transversal. Se utilizó el cuestionario SF-36 tomando en cuenta los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: características sociodemográficos: las edades oscilan entre los 40 a 69 años con un 81.67%, el sexo predomina el masculino con un 81.66%, el Estado Familiar un 35% están acompañados, religión evangélica 46.67%, si desempeña algún tipo de trabajo sólo un 23.4%, con un 61.67% provienen del Departamento de San Miguel, solamente un 13.34% padecen de otra patología y se encontró que un 50% sabe leer y escribir. En cuanto a la Calidad de Vida de los pacientes en Diálisis

Peritoneal Intermitente se encontró que el valor mayor se presentó en la Dimensión de Salud Mental (65.60) y la menor en Función Física (17.22) y para la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria el promedio mayor fue en la Dimensión de Función Social (85.83) y la menor en Rol Físico (52.50) determinándose así con estos resultados la Calidad de Vida en los Pacientes obteniendo un promedio en las ocho Dimensiones de (69.16) Muy buena para un (41.41) Buena de los pacientes en Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada. Conclusiones: Se demuestra que la Calidad de Vida de los pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria es mejor que la de los pacientes en Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada.[11]

Chain L., Fuentes J., Ortega J., Peña Lina y Saavedra Guina. (2010), estudiaron en Colombia "Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con insuficiencia renal crónica, en un instituto privado de atención de diálisis renal de barranquilla en el segundo semestre del año 2010". Objetivo: evaluar la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) relacionada con determinantes socio demográficos y de salud en pacientes con insuficiencia renal crónica, en un instituto privado de atención de diálisis renal en Barranquilla en el segundo semestre del año 2010; para lo cual se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 100 pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis atendidos en un instituto privado de atención de diálisis renal en Barranquilla, Se eligieron pacientes mayores de 20 años que accedieron participar de este estudio. Se aplicó dos cuestionarios, el primero para medir determinantes de salud y el segundo cuestionario específico para medir la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal (KDQOL-SF36) validado internacionalmente y mide la calidad de vida. Resultados: se encontró puntuaciones más altas en las dimensiones de síntomas (75,85) y efecto de la enfermedad (69,85), seguidas por salud física (43,63), salud mental (44,61) y en último lugar se encuentra carga de la enfermedad renal (43,45); estas dimensiones se ven afectadas principalmente por las variables dependientes: edad, sexo, y práctica de deportes. Conclusiones: La CVRS puntúa mejor en pacientes de sexo masculino con menor edad que practiquen deporte, frente a los demás pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentra en tratamiento de hemodiálisis.[12]

Contreras F., Esguerra G., Espinosa J.C. y Gómez V. (2007), desarrollaron en Colombia, la investigación científica: Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis, con el propósito de observar si los estilos de afrontamiento asumidos por un grupo de 41 pacientes con IRC guardan relación con su calidad de vida. Para ello, se utilizaron los instrumentos SF-36 y CAE. Se observó un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes; no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado. De acuerdo con los resultados, el afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas. La evitación y la religiosidad, como estilos de atontamiento, presentaron resultados distintos a los hallados por otros autores. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos.[13]

Contreras F., Esguerra G., Espinosa J. y Gutiérrez L. (2006), investigaron en Colombia "Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis". Universidad Santo Tomás, Bogotá. El propósito de este estudio fue describir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si esta presentaba características distintas en función de la adhesión al tratamiento. Método: Se utilizó el cuestionario de salud SF-36 y se registraron datos bioquímicos y clínicos con base en los cuales los especialistas reportaron su criterio médico de adhesión. Resultados: Se observó un deterioro importante en las dimensiones evaluadas, no obstante la función social se encontró preservada. Los resultados de la prueba *t* de Student para grupos independientes mostró diferencias significativas en función física, entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento (n = 19 y n = 13 respectivamente). Así mismo, el primer grupo reportó mejor calidad de vida relacionada con salud mental, mientras que el segundo con aspectos físicos. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos.[14]

1.1.2. Nacional

Sánchez A. (2014). Investigó en Lima – Perú "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014". El objetivo fue describir la calidad de vida disgregada en las distintas dimensiones del cuestionario. Método: El trabajo es descriptivo, observacional, transversal, realizado en 72 pacientes mayores de 20 años, con Insuficiencia Renal Crónica, en terapia de Hemodiálisis mayor a tres meses en el Centro de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud – Piura. Se utilizó el Cuestionario SF-36. Los resultados obtenidos fueron las diferencias estadísticamente significativas en el Rol Emocional para el sexo, el componente de Salud Mental y el Rol Emocional para las patologías subyacentes, el rol físico y la función social para el tiempo de terapia de hemodiálisis, y un promedio general superior del componente de Salud Mental sobre la Salud Física. Conclusiones: Existen diferencias significativas en la calidad de vida en los pacientes masculinos y femeninos; la calidad de vida es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses; de igual manera en los pacientes entre los 40 - 60 años comparada con los mayores de 60; la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus es menos saludable comparada con los que tienen HTA, y, en general el Componente Físico es el más afectado en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.[15]

Chavarri M. (2012), investigó sobre Calidad de Vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis, Clínica de Enfermedades Renales Grau - Lima. Objetivo: comparar la calidad de vida que presentan los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica y que están en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica de Enfermedades Renales Grau SAC, para ello se utilizó el cuestionario SF.36, considerando a los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión. Método: descriptivo de corte transversal. Resultados: las edades oscilan entre los 25 y 60 años con un 56,7% los de sexo masculino y con un 43,3% sexo femenino y el 63,3 % son casados. En cuanto a la Calidad de Vida de los

pacientes en hemodiálisis se encontró que el valor mayor se presentó en la dimensión psicológica y física (40%), la dimensión social (30%) en regular y mala calidad de vida. Se concluye que la calidad de vida de los pacientes fue de regular a buena. En la dimensión física y psicológica, fue de regular calidad de vida y la dimensión social, fue de regular a mala.[16]

Fenco M. (2010), investigó en la ciudad de Lima "Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2010". El objetivo fue determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor. Método: El estudio es de enfoque cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 adultos mayores del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La técnica usada fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Resultados: La autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores fue regular. En la dimensión física muestran una autopercepción regular ya que realizan actividades diarias, tienen poca dificultad para cuidar de sí mismos, sin embargo muestran cierta aceptación frente a los cambios en la capacidad sexual y sueño. En la dimensión social mantienen una autopercepción regular, al mantener buenas relaciones familiares y sociales, están satisfechos con las actividades de tiempo. En la dimensión psicológica poseen una autopercepción regular, ya que se sienten satisfechos con su vida y ser capaces de aprender cosas nuevas, pese a ello, refieren que en ocasiones están deprimidos y tristes.[17]

1.1.3. Local

Aún no se han encontrado estudios relacionados al tema de investigación, pero es importante reconocer que existe una alta prevalencia de IRCT en Ucayali, sin embargo no se cuenta con información oficial, más respecto a las Diez Primeras Causas de Morbilidad General de la Región de Ucayali – 2014, fueron las infecciones de las vías urinarias que ocuparon el 5to. Lugar (DIRESA, 2015).[18]

1.2. BASES TEÓRICAS:

1.2.1. Insuficiencia renal crónica terminal

El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), sinónimo a enfermedad renal crónica, se ha utilizado fundamentalmente para referirse a la situación subsidiaria de iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal y se corresponde en la clasificación actual con ERC estadio 5 (G5) según Guías de la National Kidney Foundation. (Tabla I).

Tabla I. Clasificación de la enfermedad renal crónica (ERC) según las guías KDIGO de la National Kidney Foundation.

KDIGO 2012 **Filtrado glomerular** Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m²)			**Albuminuria** Categorías, descripción y rangos		
			A1	**A2**	**A3**
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			<30 mg/g[a]	30-300 mg/g[a]	>300 mg/g[a]
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	<15			

Fuente: Kidney Disease: Improving Global Outcomes, y Gorostidi et al. Guías KDIGO. (Citado por el Ministerio de Sanidad España 2015, p 16).[19]

- **Definición**

  La insuficiencia renal crónica (o fallo renal) es la condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente. Clínicamente, esto se manifiesta en una creatinina del suero elevada.

Según las guías KDIGO 2013 (Kidney Disease Improving Global Outcomes) definen a la insuficiencia renal crónica a un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal, con la presencia durante al menos tres meses de las siguientes situaciones:

- Filtrado Glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m2.
- Lesión renal, definida por la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG. Las guías explicitan "con implicaciones para la salud".

La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen.[20]

El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada.

La ERC es la resultante final de toda una gama de nefropatías que, como su nombre indica, provocan la pérdida gradual, progresiva e irreversible de todas las funciones renales.[21]

- **Epidemiología**

La prevalencia de la IRC que requiere terapia de diálisis (ERC terminal) es aproximadamente de 337 pacientes por millón de habitantes (ppmh) en Estados Unidos, 126 ppmh en Europa y en nuestro país, si se considera la población general, de alrededor de 268 pacientes pmp.[22]

La Enfermedad Renal Crónica se presenta asociada a cuatro patologías crónicas de alta prevalencia como son la diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica, según evidencia el registro oficial de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de

Nefrología, en el 2011. En la práctica, muchos de estos pacientes son pluripatológicos y pacientes crónicos complejos.[23]

La prevalencia de la ERC aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (el 22% en mayores de 64 años, el 40% en mayores de 80 años), y con otras enfermedades como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la arterioesclerosis.

- **Etiología**

Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en España la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.[24]
Del mismo modo la Sociedad Peruana de Nefrología, (2012), señala que las principales causas que generan la IRC son la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA) y las enfermedades glomerulares primarias. Estas tres patologías agrupan cerca del 50% de los pacientes que actualmente se encuentran en programas de reemplazo renal crónico y todas ellas se caracterizan por tener como marcador temprano o tardío de la enfermedad la presencia de proteinuria.[(25)]

- **Fisiopatología**

La fisiopatología de la IRCT está dada por la evolución de la enfermedad según estadios, es así que la Tasa de Filtración Glomerular (TFG) puede disminuir de forma progresiva y se dan por tres causas principales:

- Pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal
- Disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total.

- Un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función.

La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la TFG.[26]

La pérdida estructural y funcional del tejido renal son los que intentan mantener la TFG. Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales de la IRC esta compensación mantiene una TFG aumentada permitiendo una adecuada depuración de sustancias; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin tratamiento de reemplazo renal (TRR).

El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundario a la disfunción renal. Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal. Se han identificado sustancias tóxicas como la homocisteína, las guanidinas y la β2 microglobulina, además de una serie de alteraciones metabólicas y endocrinas.

El paciente con IRC también tiene un riesgo elevado de presentar desnutrición calórico proteica, ya sea inducida por la enfermedad subyacente o por el tratamiento de diálisis.[27]

- **Factores de riesgo para IRC**

Según el Ministerio de Sanidad España (2015), los factores de riesgo a insuficiencia renal crónica son:

a. Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de daño renal

- Edad avanzada
- Historia familiar de ERC
- Masa renal disminuida
- Bajo peso al nacer
- Raza negra y otras minorías étnicas
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Obesidad
- Nivel socioeconómico bajo

b. Factores iniciadores directos del daño renal

- Enfermedades autoinmunes
- Infecciones sistémicas
- Infecciones urinarias
- Litiasis renal
- Obstrucción de las vías urinarias bajas
- Fármacos nefrotóxicos, principalmente AINE
- Hipertensión arterial
- Diabetes

c. Factores de progresión: empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal

- Proteinuria persistente
- Hipertensión arterial mal controlada
- Diabetes mal controlada
- Tabaquismo
- Dislipemia
- Anemia
- Enfermedad cardiovascular asociada
- Obesidad [28]

- **Manifestaciones clínicas de la IRC**

  La IRC afecta a muchos órganos y sistemas. En fases precoces no suele haber expresión clínica, si bien pueden detectarse anomalías bioquímicas y moleculares. La fase final aboca al síndrome urémico con un florido cortejo clínico, como se aprecia en la Tabla II.

Tabla II: Manifestaciones clínicas y bioquímicas de la insuficiencia renal crónica

Sistema nervioso:	Encefalopatía Polineuropatía periférica Disfunción del sistema autónomo
Sistema hematológico:	Anemia Disfunción plaquetar Hipercoagulabilidad Inmunodeficiencia humoral y celular: infecciones y cáncer
Sistema cardiovascular:	Hipertensión, miocardiopatía, cardiopatía isquemica Pericarditis, Vasculopatía periférica, ACV
Aparato osteoarticular:	Enfermedad ósea de remodelado alto o bajo. Artritis gotosa, pseudogota cálcica
Sistema respiratorio:	Derrame pleural, edema pulmonar Calcificaciones pulmonares
Sistema digestivo:	Anorexia, náuseas, vómitos, ascitis Ulcus gastroduodenal, angiodisplasia de colon, diverticulit.
Estado nutricional:	Desnutrición
Sistema endocrino y metabolismo:	Hiperinsulinemia Resistencia periférica a la insulina Tasas alteradas de: glucagón, TSH, T3, T4, cortisol, LH, FSH, prolactina, GH y leptina
Esfera sexual:	Disfunción eréctil, amenorrea
Piel:	Prurito, hiperpigmentación, xerosis Pseudoporfiria, Foliculitis perforante Calcifilaxis
Psicológicas:	Depresión
Bioquímicas:	Retención nitrogenada (urea, creatinina) Hiperuricemia Hiponatremia, hipernatremia Hiperpotasemia, hipopotasemia Acidosisis metabólica, Alcalosis metabólica Hipocalcemia Hiperfosfatemia Tasas alteradas de enzimas cardíacos, hepáticos pancreáticos y tumorales

Fuente: Ribes E. Barcelona (2004) [29]

Un riñón con una tasa glomerular normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se presentan alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardiaca y edema pulmonar.

- **Diagnóstico**

  Siempre que, en una persona, se detecte por primera vez un descenso del FG y/o alteración de cociente albúmina/creatinina, lo primero que se debe plantear es si se trata de un cuadro de ERC.

  La albuminuria/ proteinuria es mejor predictor de la tasa de deterioro renal que el nivel del FG basal. La tasa de deterioro renal es también mayor en ancianos diabéticos.

  Una vez detectada y clasificada la ERC hay que completar el proceso diagnóstico tanto etiológico como de las situaciones co-mórbidas que frecuentemente se asocian.

  El diagnóstico no debe basarse en una única determinación de FG y/o albuminuria, y siempre debe confirmarse su persistencia durante un periodo superior a 3 meses.[30]

- **Tratamiento**

  Las opciones de tratamiento para los pacientes en IRC son la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal, con sus diferentes modalidades. El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular.

a. Diálisis peritoneal

El sistema de diálisis peritoneal consta de una bolsa que contiene el líquido de diálisis, conectada a un catéter a través del cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal (ver Anexo 4). Dentro del abdomen se lleva a cabo la diálisis en la membrana peritoneal y posteriormente el líquido con los desechos drena a una bolsa de salida. El peritoneo es la membrana serosa más grande del cuerpo, con un área de 1 a 2 m2 en los adultos y está abundantemente vascularizado.[31]

b. Hemodiálisis

La hemodiálisis consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración. (Anexo 5)

La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV- Fig.1), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.

Cuando no es posible realizar una FAV se utiliza un injerto para establecer una conexión entre una arteria y una vena. Los injertos tienen la ventaja de poder ser utilizados semanas después de su colocación y son relativamente fáciles de canular.[32] (Fig.2)

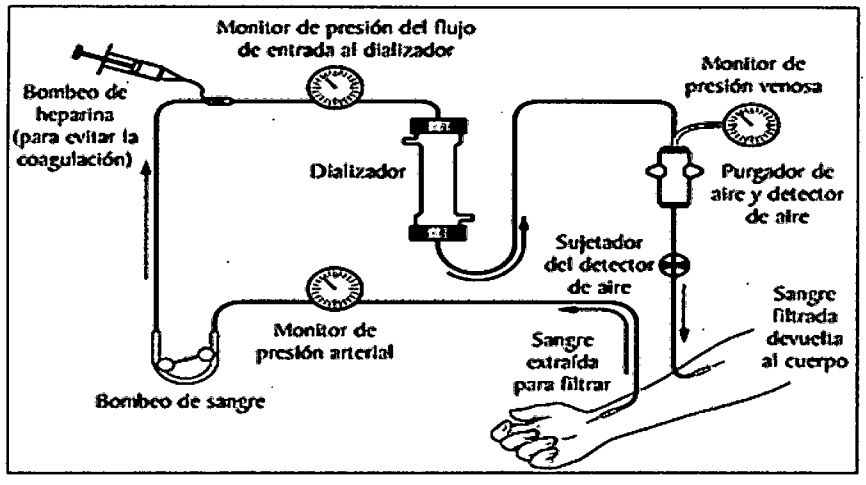


Fig. 1. Acceso vascular: Fístula arteriovenosa. (Venado E.A., Moreno J., Rodríguez M. y López M., 2009, p 15).[33]

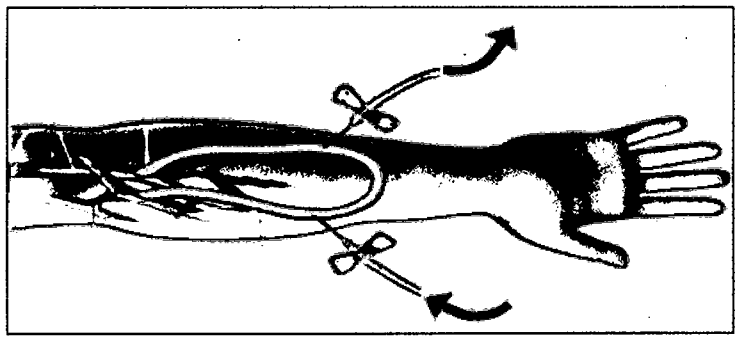


Fig.2. Acceso vascular: Injerto (Venado E.A., Moreno J., Rodríguez M. y López M., 2009, p 15).[34]

Cuando se requiere de hemodiálisis con urgencia, cuando ocurrió fracaso del primer acceso o cuando hubo remisión tardía del paciente al nefrólogo se utiliza el catéter venoso central (Fig.3), que no es el más adecuado por su alto índice de complicaciones, siendo la bacteriemia la más importante.

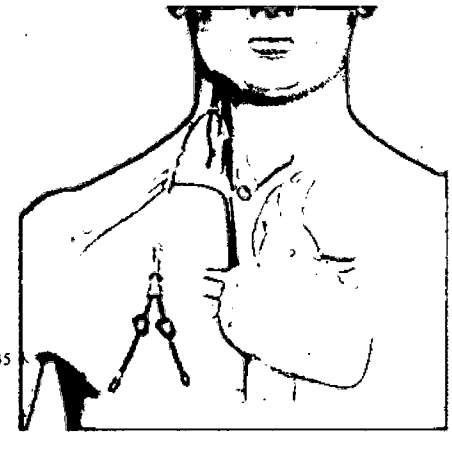


Fig.3. Acceso vascular: Catéter venoso central (Venado E.A., Moreno J., Rodríguez M. y López M., 2009, p 16).[35]

b.1. Complicaciones de hemodiálisis

Las complicaciones de la hemodiálisis son: hipertensión, vasculopatía acelerada, perdida acelerada de la función renal residual, trombosis en el acceso, sepsis en el acceso o en el catéter amiloidosis por diálisis, desnutrición proteínica, hemorragia, disnea/ hiperoxia, leucopenia. Muchas de estas son secundarias a la hemodiálisis misma como al tratamiento intenso e intermitente.[36]

c. Trasplante renal

Es una intervención quirúrgica que consiste en la colocación de un riñón, procedente de un donante vivo o de un cadáver, en una persona que padece una insuficiencia renal crónica terminal.[37]

El trasplante renal es la terapia de elección para la mayoría de las causas de insuficiencia renal crónica terminal porque mejora la calidad de vida y la supervivencia frente a la diálisis. El trasplante renal de donante vivo es una excelente alternativa para el paciente joven en situación de prediálisis porque ofrece mejores resultados.

El trasplante de riñón restaura las funciones del riñón, mejorando así la calidad de vida del paciente. Es actualmente considerado como la mejor opción en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, terminal (IRCT).

- **Prevención**

La prevención de la IRC, debe estar enfocada a toda la población, realizando un especial énfasis en aquellas personas que presenten algún factor de riesgo, basándose en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad.

Se recomienda promover estilos de vida saludables, para ello se propone:

- Mantener un adecuado control glucémico y/o de la presión arterial en población hipertensa y/o diabética.
- Abstinencia de hábito tabáquico.
- Mantener estilos de vida saludable: realizar ejercicio físico moderado, limitar la ingesta de alcohol y sodio, y evitar la obesidad.
- Evitar automedicación y fármacos nefrotóxicos como los antiinflamatorios No esteroides (AINEs).
- Monitorizar y adecuar el uso de fármacos que puedan favorecer la hiperpotasemia como los diuréticos ahorradores de potasio, especialmente si se usan de forma conjunta con otros bloqueantes del sistema renina angiotensina como los IECAs o ARAII.
- Ajustar la dosis de los fármacos al filtrado glomerular, especialmente antibióticos y antidiabéticos.
- Minimizar el uso de contrastes radiológicos endovenosos.[38]

1.2.2. Calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como "la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de la cultura y el sistema de los valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones".[39,40]

La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo).[41]

Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida (CV) son:

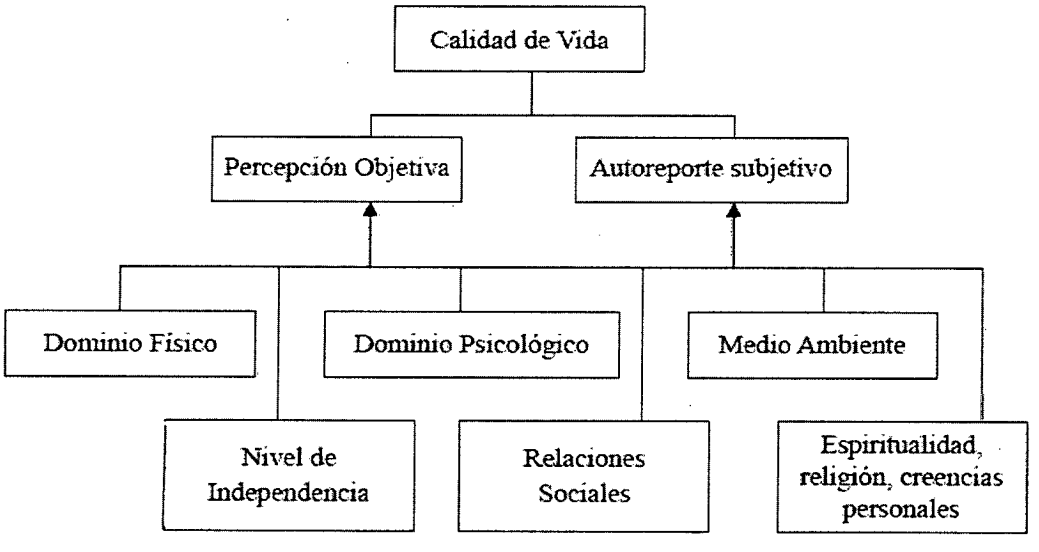
a) Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

b) 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 sufrimiento.

c) 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 laboral.[42]

Cabe destacar que la OMS platea un modelo (ver Fig.4) en el que considera la influencia que ciertos factores como la percepción individual, tales como las metas, las expectativas, estándares e intereses, los que estarían directamente relacionados con la evaluación que se haga en el área y a los factores que en ella inciden, siendo por ende, más que los valores, el factor principal modulador de la evaluación de la CV, es el proceso cognitivo de la evaluación.

Fig. 4. Diagrama del modelo conceptual de la OMS



Fuente: Urzúa A. & Caqueo-Urízar A. (2012)[43]

La medición de la calidad de vida (CV) es reconocida como un indicador para evaluar los resultados de salud y el impacto del tratamiento en las personas [44] que padecen enfermedades crónicas, siendo entre ellas los enfermos de IRCT que reciben diferentes tipos de terapia en el curso de su enfermedad, además del tratamiento sustitutivo renal como la hemodiálisis lo cual afecta su CV de diferentes maneras; en el caso de la IRC el paciente presenta unas características que la hacen sumamente adversa; (...) estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y a cambios potenciales en su estilo de vida. Además, sugieren que la enfermedad renal crónica produce problemas en los cuales la amenaza constante de muerte y el carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia. [45]

En la dimensión psicológica algunos problemas más frecuentes que afectan la calidad de vida en el paciente con IRC son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro, asociándose con mayor tasa de mortalidad en estos pacientes. Otras reacciones frecuentes en los pacientes con IRC en tratamiento con hemodiálisis son la hostilidad y la ira y frustración hacía el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones.

Las investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como su tratamiento de diálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida relacionada con la salud.[46]

1.2.3. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes

Para la evaluación de la calidad de vida, diversos investigadores han recomendado la utilización del Cuestionario de Salud SF-36. Refieren que es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la

Salud más utilizados y evaluados. Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Este instrumento evalúa el impacto de la enfermedad en el funcionamiento adaptativo.

- **Dimensiones de la calidad de vida.**

El Cuestionario de Salud SF-36, dimensiona la calidad de vida (Ver tabla III) del estado de salud en 8 áreas: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general.[47]

Tabla III. Definición de las dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36

Dimensión	Significado
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad autocontrol, y bienestar general.

1.3. MARCO CONCEPTUAL

1.3.1. Definición de términos operacionales

- Accesos vasculares (AV). Es una vía o canal creada quirúrgicamente en los pacientes que serán sometidos a hemodiálisis y lograr la conexión a los tubos flexibles hacia la máquina de diálisis. Hay tres tipos de AV, estos son la fístula arteriovenosa, el injerto y el catéter.
- Calidad de vida del paciente. Es 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.
- Diálisis. Es un proceso mediante el cual se extraen las toxinas que el riñón no los puede eliminar a consecuencia de un daño estructural o funcional.
- Hemodiálisis. Es una técnica de depuración sanguínea con circulación de la sangre a través de un aparato especial para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido.
- Insuficiencia renal crónica. Es el deterioro gradual y permanente de la función renal a lo largo de varios meses o años no provoca síntomas de uremia hasta que la filtración glomerular desciende aproximadamente 10 o 15 % de lo normal
- Insuficiencia renal crónica terminal. Se describe como falla renal, a la incapacidad de los riñones para depurar desechos de la sangre y el paciente requiere un tratamiento sustitutivo renal.
- Tratamiento sustitutivo en insuficiencia renal crónica. Se denomina a los medios que reemplazaran el trabajo renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal).
- Cuestionario de salud SF-36. Es un cuestionario adaptado y validado en España. Es un instrumento genérico de evaluación de la calidad de vida, que consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones: funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor (D), salud general (SG), vitalidad (V), funcionamiento social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM).

1.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

1.4.1. Hipótesis

Por ser un estudio descriptivo, con una sola variable, no corresponde plantear hipótesis.

1.4.2. Variables:

Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.

1.4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Se muestra en la página siguiente.

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO NEFROUROLÓGICO DEL ORIENTE SAC – 2016

1. VARIABLE	2.DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	3.DIMENSIONES	4.INDICADORES (Item)	5.UNIDA DE MEDIDA	6.TIPO DE VARIABLE	7.NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE	8.VALOR FINAL
Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal en el tratamiento sustitutivo con hemodiálisis	La calidad de vida se define como el juicio subjetivo del grado en que las personas han alcanzado la felicidad o satisfacción en la vida. Es la valoración personal que manifiestan los pacientes de su bienestar.	Función Física	-Limitaciones físicas	Nunca =>75 -100pts. Algunas veces= 50 -75pts. Siempre = 0 -49 ptos.	Cuantitativa continua	Ordinal	-Alta calidad de vida: > 75 a 100 % -Regular calidad de vida: De 50 a 75% -Baja calidad de vida: < 50%
		Rol Físico	-Interferencia en el trabajo -Actividades diarias	Nunca =>75 -100pts. Algunas veces= 50 -75pts. Siempre= 0 - 49 pts.	Cuantitativa continua	Ordinal	
		Dolor corporal	- Intensidad del dolor -Efecto del dolor en las actividades	No=>75 -100 pts. Poco = 50 -75pts. Mucho = 0 - 49 ptos. Nunca =>75 -100 pts. Algunas veces= 50 -75pts. Siempre= 0 - 49 ptos.	Cuantitativa Continua Cuantitativa continua	Ordinal Ordinal	
		Salud General	-Valoración personal de la salud	Nunca =>75 -100 pts. Algunas veces= 50 -75pts. Siempre= 0 - 49 ptos.	Cuantitativa continua	Ordinal	
		Vitalidad	Sentimiento de energía	Nunca =>75 -100 pts. Algunas veces= 50 -75pts. Siempre= 0 - 49 ptos.	Cuantitativa continua	Ordinal	
		Función Social	-Interferencia en la vida social habitual	Nunca =>75 -100 pts. Algunas veces= 50 -75pts. Siempre= 0 - 49 ptos.	Cuantitativa continua	Ordinal	
		Rol Emocional	-Interferencia en el trabajo u otras actividades diarias	Nunca =>75 -100 pts. Algunas veces= 50 -75pts. Siempre= 0 - 49 ptos.	Cuantitativa continua	Ordinal	
		Salud Mental	Depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta)	Nunca =>75 -100 pts. Algunas veces= 50 -75pts. Siempre= 0 - 49 ptos.	Cuantitativa continua	Ordinal	
		Evolución declarada de la salud	Valoración de la salud actual comparada con la de un 1 año atrás	Falsa=>75-100 pts. No lo sé=50 -75pts Cierta=0 - 49 ptos.	Cuantitativa continua	Ordinal	

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. ÁMBITO

El estudio se desarrolló en el Centro Nefrourológico del Oriente SAC, ubicado en el Jr. José del Carmen Cabrejos Nº 601 – Coronel Portillo – Callería, Provincia de Coronel Portillo – Dpto. Ucayali.

El Centro tiene una capacidad de atención de 100 pacientes durante un mes con una frecuencia de 15 pacientes por cada sesión de hemodiálisis, siendo un total de 55 pacientes que se atienden los días lunes, miércoles y viernes y 45 los días martes, jueves y sábado.

El horario de atención es de 7:00 am a 11:00 pm. los días lunes, miércoles y viernes y de 7:00 am. a 7:00 pm, los días martes, jueves y sábado.

El Centro Nefrourológico, cuenta con 17 máquinas de Hemodiálisis. Laboran un total de 10 enfermeras y enfermeros, especialistas en cuidados nefrológicos, siendo una de ellas la coordinadora, además laboran 06 técnicas en enfermería.

2.2. POBLACIÓN

La población en estudio estuvo conformada por el 100 % (80) de pacientes con IRCT que acudieron al Centro Nefrourológico, entre los meses de mayo, junio

2.3. MUESTRA

El muestreo fue no probabilístico, intencionado (por conveniencia). Estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de IRC adscritos al Centro Nefrourológico, y que hayan cumplieron con los criterios de inclusión, siendo un total de 69 pacientes, de los cuales 44 fueron de sexo masculino y 25 de sexo femenino. Los criterios fueron:

Criterios de inclusión:

a) Pacientes mayores de 18 años de edad que aceptan de forma voluntaria participar en el estudio, luego de haber recibido previamente una copia del consentimiento informado, el cual haya sido leído por el encuestador, aclarando las dudas antes de firmar.
b) Pacientes que registran 3 meses a más de tratamiento con hemodiálisis.
c) Condiciones psíquicas adecuadas, sin sospecha patológica de deterioro cognitivo o de demencia.

2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es no experimental de nivel descriptivo con enfoque cuantitativo-cualitativo, de corte transversal.

Es no experimental, porque no se manipuló la variable, siendo descriptivo porque se explica las características de la variable calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis.

Así mismo es cuantitativo porque los datos fueron susceptibles de ser medidos y presentados en tablas de frecuencias y porcentajes.

Es transversal porque los datos fueron registrados tal y como se presentaron en un sólo momento, haciendo un corte en el tiempo, siendo estos producto de la observación de la variable en estudio.

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según el tipo de estudio, el diseño que le corresponde es el siguiente:

O ⟶ M

O: Observación de las características de la variable

M: Muestra (elementos de la muestra)

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica que se utilizó, fue la entrevista y el instrumento fue un Cuestionario de Salud SF-36 (ver Anexo 1) que consta de 8 dimensiones básicas de funcionamiento: Función Física (autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger pesos, etc.), Rol Físico (trabajo y en otras actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad de dolor, en el que una menor puntuación indica un mayor dolor), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad), Función Social (vida social habitual), Rol Emocional (problemas emocionales) y Salud Mental (depresión, ansiedad, control de la conducta y el afecto en general), el mismo que consta de una tabla de valoración por dimensiones y puntajes del cuestionario (Adjunto a Anexo 1).

Para cada dimensión, los ítems fueron codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud), puntuación que permite clasificar en Alta, Regular y Baja calidad de vida.

El instrumento no necesitó ser validado estadísticamente porque es un instrumento que ha sido sometido a rigurosas evaluaciones de consistencia interna (oscila entre 0,7 y 0,94) por expertos investigadores.

2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Inicialmente se solicitó la autorización a la Coordinadora del Centro Nefrourológico presentando para ello un ejemplar del anteproyecto y se explicó los objetivos y propósitos del mismo.

Antes de aplicar el instrumento, se realizó un listado de pacientes que reunieron los criterios de inclusión previa revisión de las historias clínicas, luego se procedió a entregar la ficha de consentimiento informado a cada paciente. Se

explicó el propósito del estudio obteniendo así el consentimiento de los pacientes.

La aplicación del instrumento tuvo una duración promedio de 40 minutos y fue aplicado de lunes a sábado durante un mes y medio hasta completar la muestra, ya que los pacientes acuden al centro de forma interdiaria, así mismo se aplicó en los diversos turnos, logrando la recolección de los datos de un total de 69 pacientes.

2.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Después de la recolección de datos, los instrumentos fueron revisados previamente, pasando por un control de calidad, luego se elaboró el plan de tabulación considerando los objetivos del estudio, además de la base de datos en el Programa estadístico SPSS versión 22, facilitándonos el procesamiento de la información. A continuación, se elaboraron las tablas de frecuencia y porcentajes.

Una vez presentados los resultados en las respectivas tablas, se hizo el análisis e interpretación de los datos de acuerdo a los indicadores respectivos y variables del estudio.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características biológicas y socioculturales de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016.

CARACTERÍSTICAS BIOLOGICAS Y SOCIOCULTURALES	N°	%
BIOLóGICAS:		
EDAD		
De 25 a 44 años	16	23.19
De 45 a 64 años	39	56.52
De 65 a + años	14	20.29
Total	69	100.00
SEXO		
Masculino	44	63.77
Femenino	25	36.23
Total	69	100.00
SOCIALES:		
OCUPACIÓN		
Empleado	5	11.36
Independiente	15	21.74
Su casa	44	63.77
Otros*	5	7.25
Total	69	100.00
ESTADO CIVIL		
Soltero(a)	7	10.14
Casado(a)	37	53.62
Conviviente	19	27.54
Viudo(a)	6	8.70
CULTURALES:		
RELIGIÓN		
Católica	42	61.50
Otros (Evangélica, Isrraelita, Testigos de Jehová)	27	38.50
GRADO DE ESTUDIOS		
Primaria	24	35.00
Secundaria	40	58.00
Superior	5	7.00
Total	69	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

(*) Otros: constructor, periodista, abogado y chofer.

n = 69 Edad media = 54.5 Desv. Estándar = 11.9 Edad mínima = 26 Edad máxima = 78

En la tabla 1, se muestran las características biológicas y sociales de los pacientes con IRCT, encontrando que la edad media es de 54.5 años, la Desviación Estándar 11.9, siendo la edad mínima 26 años y la máxima 78 años de edad. En cuanto al sexo, es el sexo masculino que prevaleció en un 63.77 %, correspondiendo estos datos a las características biológicas.

En cuanto a las características sociales, vemos que la mayoría de ellos en ambos sexos, tuvo como ocupación "su casa" (63.77 %) seguido por la ocupación "independiente" (21.74 %) y en menor porcentaje el de "empleado" y "otros" (constructor, chofer, abogado y periodista). Así también se observa que es el 53.62 % de estado civil "casado", seguido por los que son "convivientes" y en menor porcentaje "soltero (a) y viudo (a), siendo en las culturales la religión católica con el 61.50% y grado de estudios alcanzado el de mayor porcentaje el nivel secundario (58 %), seguido por el de primaria con el 35 %.

Características similares encontró Rodríguez M., Castro M. y Merino J. (2005)[48] en su estudio respecto a la edad que oscilaron entre 22 y 89 años de edad, con mayor número de pacientes entre la población adulto maduro (45 y 64 años) y adulto mayor con un 36,6% (65años y más), siendo minoritario el grupo de adultos jóvenes con un 17,8 (22 y 44 años) a diferencia del sexo que más predominó el femenino (51.1%) al masculino y en cuanto a la situación marital, 65,6% se declara con pareja, y un 34% sin pareja.

El desempeñar algún tipo de trabajo es parte importante de la salud mental y rol físico, sentirse útil así mismo como a los demás es parte integral de la persona para una mejor calidad de vida; sin embargo como apreciamos, la mayoría de los pacientes del estudio no laboran, no tienen ocupación debido al problema de salud que presentan además de tener bajo grado de escolaridad (secundaria y primaria) y deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico.

El paciente que se somete a hemodiálisis, debe asistir al menos tres veces por semana a la unidad renal y permanecer allí de tres a cuatro horas por sesión. Por otra parte, el tratamiento debe acompañarse de una estricta dieta alimenticia, para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio, restricciones en la ingesta de líquidos y toma de medicamentos (Contreras F., Esguerra G., Espinosa J.C. y Gómez V., 2007)[49], además se requiere de conocimientos básicos relacionados a la alimentación requerida, debiendo contribuir para ello el nivel educativo del paciente.

Tabla 2. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Función Física, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016.

FUNCIÓN FÍSICA	Siempre		Algunas veces		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Su salud actual le limita:								
Para hacer esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados, realizar deportes)	20	29	45	65	4	6	69	100
Para hacer esfuerzos moderados: mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar vóley o caminar más de una hora.	15	22	42	61	12	17	69	100
Para coger o llevar la bolsa de la compra.	13	19	38	55	18	26	69	100
Para subir uno o varios pisos por la escalera.	21	30	40	58	8	12	69	100
Para agacharse o arrodillarse.	20	29	33	48	16	23	69	100
Para caminar un kilómetro o varias manzanas.	23	33	45	65	1	1	69	100
Para bañarse o vestirse por sí mismo.	5	7	9	13	55	80	69	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

En la tabla 2, se observa que la percepción de los pacientes, de todos los componentes de la dimensión Función Física es el hacer esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesado, etc.) y caminar un kilómetro o varias manzanas los que están afectados algunas veces en mayor porcentaje. También el subir las escaleras es otro de los aspectos que están afectados algunas veces en el 58%.

Así Contreras F., Esguerra G., Espinosa J.C. y Gómez V. (2007)[50], señalan que se ha demostrado que la dimensión física es una de las más afectadas, en cuanto es la que genera mayor insatisfacción en los pacientes hemodializados. Del mismo modo, Meza-García, et al. (2011)[51], encontraron en su estudio que el dominio de la función física en general es el más afectado al igual que en otros estudios.

Entre las variables físicas más relevantes que estarían contribuyendo a que el paciente se sienta así, sería el síndrome urémico, que se caracteriza por una sensación general de debilidad, náuseas, vómito, falta de apetito y percepción de mal sabor en la boca, la hipoalbúmina, que constituye un predictor importante de la escasa calidad de vida

percibida por los pacientes en tratamiento de sustitución renal, la diabetes, que afecta negativamente la dimensión global y física de calidad de vida, el acceso vascular debido a las infecciones y el taponamiento (Martínez R. Isabel. (2012) [52], la inactividad física que contribuye a la morbimortalidad en estos pacientes y la anemia, producida frecuentemente por los bajos niveles de hemoglobina ocasionados por la falta de producción de eritropoyetina, afirma Seguí G., Amador P. y Ramos B. (2010) [53].

Tabla 3. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Rol Físico, Centro Nefrourologico del Oriente SAC, Pucallpa 2016

ROL FÍSICO	Siempre		Algunas veces		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante las 4 últimas semanas:								
Redujo el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física.	40	58	2	3	27	39	69	100
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física.	39	57	2	3	28	41	69	100
Dejó de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física.	42	61	2	3	25	36	69	100
Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física.	39	57	2	3	28	41	69	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

En la presente tabla, se observan los resultados sobre la percepción de la calidad de vida de los pacientes respecto a la dimensión Rol Físico, encontrando que la mayoría de ellos (del 57 al 61%) dejó de hacer algunas tareas y redujo el tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas, también hicieron menos cosas de las que hubieran podido hacer, presentando todas estas dificultades a causa de su salud física.

Así Oliveira M. y Soares A. (2012)[54] en su estudio cualitativo: Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida, encontraron respecto a esta dimensión que los pacientes manifestaron que "*...la presencia de la fístula me impide*

realizar las actividades más pesadas como lavar la ropa, pero puedo hacer otras cosas como la limpieza de la casa. Pero, para tener una vida normal (...) y en general, estar solo, hacer mis cosas solo, la dificultad principal es la fatiga física (...).

Considerando que la dimensión Rol Físico es el grado en que la salud física, interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado o limitando el tipo de actividades que se pueden realizar. Al respecto, Rodríguez M., Castro M. y Merino J. (2005)[55], encontraron también que el Rol Físico, en todos los ítems, sobre un 70% de los pacientes declaran que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo y en la realización de sus actividades cotidianas, incluyendo rendimiento menor que el deseado.

Resultados que coincide con los de otros estudios similares y publicados en revistas de circulación internacional, esto es, que cifras cercanas a las dos terceras partes de los pacientes en diálisis no vuelven al trabajo que realizaban antes del inicio de la insuficiencia renal crónica terminal.

Tabla 4. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Dolor Corporal, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016.

DOLOR CORPORAL	Mucho		Poco		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	15	22	47	68	7	10	69	100
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?	16	23	45	65	8	12	69	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

En la tabla 4 apreciamos que del 100% de pacientes, el 68% (47) manifestaron que ha tenido "poco dolor corporal" en las últimas 4 semanas, sin embargo el 23 % (16) manifestó que presentó "mucho dolor corporal" hasta haberle dificultado desarrollar sus actividades habituales en su trabajo o tareas domésticas.

Rodríguez M., Castro M. y Merino J. (2005) [56], encontraron que el 64,4% de los pacientes manifestaron tener dolor, presentándose durante la sesión de hemodiálisis y con posterioridad a ella. Durante la sesión se presenta como contracturas o calambres musculares, específicamente en extremidades inferiores, superiores y dorso, seguidos por dolor abdominal y cefalea; posterior a ella los dolores óseos, musculares, el síndrome del túnel carpiano, cefalea y dolor abdominal son los más referidos por los pacientes.

La OMS, refiere que el dolor es una sensación desagradable, también la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2015) [57] lo define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión presente o potencial de los tejidos".

Además de otras consideraciones al respecto, el dolor se produce cuando llegan a distintas áreas corticales del Sistema Nervioso Central un número de estímulos suficientes, produciéndose no sólo una respuesta refleja, ni sólo una sensación desagradable, sino una respuesta emocional alterando el componente sensorial, el cognitivo y el afectivo emocional por el que la sensación dolorosa se acompaña de ansiedad, depresión, temor,

angustia etc., respuestas en relación con experiencias dolorosas previas, a la personalidad del individuo y con factores socio-culturales (López T. Francisco, 2004) [58].

Tabla 5. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Salud General, Centro Nefrourologico del Oriente SAC, Pucallpa 2016.

SALUD GENERAL	Siempre		Algunas veces		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo?: Se sintió lleno de vitalidad	9	13	49	71	11	16	69	100
Estuvo muy nervioso	8	12	48	70	13	19	69	100
Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle	10	14	48	70	10	14	69	100
Se sintió calmado y tranquilo	13	19	47	68	8	12	69	100
Tuvo mucha energía	9	13	49	71	11	16	69	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

En cuanto a la dimensión Salud General, la mayoría (71 %) de los pacientes se sintió lleno de vitalidad "algunas veces", seguido de los que expresaron que estuvieron "muy nerviosos" (70 %) , se sintieron "tan bajo de moral que nada podía animarle" (70 %) y que en algunas veces se "sintieron calmado y tranquilo" (68 %). También se observa que el 19 % manifestó que "nunca" estuvo nervioso.

Respecto a esta dimensión Rodríguez M., Castro M. y Merino J. (2005)[59] encontraron valores similares con una media de puntuación de 60 %, más el haber sentido tan bajo de moral que nada podía animarle en menor porcentaje.

Sin embargo Meza-García C., et al. (2011)[60], utilizando categorías similares en esta dimensión de salud general, encontraron que el 57% de los pacientes considera su salud

actual buena o regular, el 20% refiere que su salud es "buena o excelente", y el 23% que su salud es mala; en el ítem de transición (¿cómo considera su salud actual comparada con hace un año?), el 70% de ellos refiere sentirse "mejor o mucho mejor" que hace un año; el 20% sentirse "más o menos igual" y el 10% "algo peor o mucho peor" que hace un año, alcanzando una media de 58.5 como puntuación general de esta dimensión como calidad de vida. Así también Contreras F., Esguerra G., Espinosa J. y Gutiérrez L. (2006)[61], encontraron valores menores (media 50.00) en su estudio al igual que Álvarez W. y Gonzales J. (2011)[62] que encontró que el 43.34 % de los pacientes se sintió lleno de vitalidad "algunas veces".

Este fenómeno suele ser llamado como la "paradoja de la discapacidad" cuando la percepción del paciente de su CV no concuerda con su estado de salud objetivo, o su discapacidad.

Para Meza-García C., et al. (2011)[63], algunas razones de las diferencias en los resultados que pueden atribuirse al tamaño de la muestra, a la comparación con los resultados de otros países con diferente idiosincrasia, a la calidad de la atención médica, a las expectativas de vida, entre otras, que hace difícil la tarea de generalizarlos.

Tabla 6. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Vitalidad, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016.

VITALIDAD	Siempre		Algunas veces		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo? Se sintió desanimado y triste	6	9	49	71	14	20	69	100
Se sintió agotado	2	3	59	86	8	12	69	100
Se sintió feliz	22	32	47	68	0	0	69	100
Se sintió cansado	3	4	61	88	5	7	69	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

Como vemos en la tabla 6, los resultados están referidos a la vitalidad, entendiéndola como sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento; así encontramos que el 88% (61) "algunas veces" durante las 4 últimas semanas se sintió cansado, seguido por el 86% (59) que manifestó estar agotado, pero también el 32% (22) manifestaron que "se sintió feliz".

Como ya se ha manifestado en líneas anteriores, es la "paradoja de la discapacidad", las personas tratan de sobreponerse y adaptarse al problema de salud que presentan y se llenan de fortaleza para enfrentar la cronicidad de su enfermedad, así Rodríguez M., Castro M. y Merino J. (2005) [64], encontraron que aproximadamente el 50% de los pacientes establece que siempre o casi siempre se siente lleno de vitalidad y/o energía, mientras la otra mitad declara sentirse agotado o cansado casi todo el tiempo.

Al respecto Urzúa A. & Caqueo-Urízar A. (2012) [65], manifiestan que la Calidad de Vida es sinónimo de bienestar y se considera a la CV como un sinónimo de satisfacción personal. Así, la vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida, no obstante, este tipo de definiciones también tiene sus detractores, ya que al otorgar el principal foco de interés al bienestar subjetivo y dejar de lado las condiciones externas de

vida, supone un individuo capaz de abstraerse, por ejemplo, de su contexto económico, social, cultural, político o incluso de su propio estado de salud, para lograr la satisfacción personal. Sin embargo, a pesar de que se reconoce que la satisfacción es una evaluación individual donde el marco de referencia es personal, no es posible desconocer que esta evaluación es afectada por la experiencia y el juicio de una persona en una determinada situación.

Tabla 7. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en las dimensiones: Función Social y Rol Emocional, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016

FUNCIóN SOCIAL Y ROL EMOCIONAL	Siempre		Algunas veces		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Función social:								
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?	4	6	47	68	18	26	69	100
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	24	35	3	4	42	61	69	100
Rol emocional:								
¿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?	36	52	2	3	31	45	69	100
¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	13	19	41	59	15	22	69	100
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, depri-mido, o nervioso)?	35	51	2	3	32	46	69	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

Encontramos en la tabla 7, en la dimensión Función Emocional que durante las 4 últimas semanas el 68% (47) la salud física o problemas emocionales dificultaron "algunas veces" sus actividades sociales con la familia, versus el 26% (18) que nunca fue afectado y en menor porcentaje (6%) fue siempre afectado; más sí se observó que hizo menos de lo que hubiera podido hacer "siempre" el 35% (24).

En cuanto a la dimensión Rol Emocional, se encontró que el 59% (41) algunas veces sus actividades sociales (visita a amigos o familiares) fueron afectadas por su salud física o problemas emocionales, manifestando el 52% (36) que "siempre" tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas, tampoco "hicieron sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa del problema emocional" un 51% (35).

Al comparar estos resultados con los de Meza-García C., et al. (2011)[66], encontramos valores más altos, así en una escala del 1 al 100, los pacientes reportaron función social 86.7 y rol emocional 68.9 puntos.

Al respecto, Oliveira M. y Soares A. (2012) [67], señala que la función social es también otro aspecto marcadamente comprometido en relación con la CV. Esta cubre los roles sociales que el individuo desarrolla en el trabajo, en la familia, en la comunidad, en las relaciones con amigos o conocidos, así como el apoyo y la participación social.

De otra parte Rodríguez M., Castro M. y Merino J. (2005) [68], observaron que en relación a la función social, la gran mayoría de los pacientes no habían cambiado sus redes sociales al surgir la enfermedad. Destacan una marcada diferencia entre los que viven en sectores rurales, quienes se sienten mucho más integrados a las actividades cotidianas, que los residentes en sectores urbanos, quienes perciben una cierta discriminación por parte de la comunidad.

Tabla 8. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Salud Mental, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016

SALUD MENTAL	Cierto		No lo sé		Falso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	12	17	16	23	41	60	69	100
Estoy tan sano como cualquiera.	28	41	25	36	16	23	69	100
Creo que mi salud va a empeorar.	12	17	16	23	41	60	69	100
Mi salud es excelente.	28	41	25	36	16	23	69	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

En la tabla 8 se muestran los resultados respecto a la dimensión Salud Mental que comprende implícitamente los aspectos relacionados a la depresión, ansiedad, control de la conducta y el afecto en general, encontrando que el 60 % (41) manifestó que es falso que "me pongo enfermo más fácilmente que otras personas"; sin embargo la diferencia (23 y 17%) refirieron "no lo sé" y que es "cierto", también el 41% (28) manifestó que "estoy tan sano como cualquiera", de igual manera el 41% (28) expresaron "mi salud es excelente".

Meza-García C., et al. (2011)[69], encontró que el 77.2 % de los participantes con una tendencia a percibir una mejor calidad de vida en diálisis peritoneal automatizada, también Álvarez W. y Gonzales J. (2010)[70], encontró que el valor mayor se presentó en la Dimensión de Salud Mental (65.60 %).

Así Urzúa A. & Caqueo-Urízar A. (2012)[71], citando a Campbell (1981), propone que las personas juzgan su situación objetiva en cada uno de los dominios evaluados de acuerdo a estándares de comparación basados en aspiraciones, expectativas, sentimientos, tomando como referencia a un grupo de comparación, necesidades personales y valores. Bajo este

considerando, la CV resulta de la discrepancia entre un estado ideal y uno real, siendo la CV alta cuando la discrepancia es pequeña, y baja cuando ésta es alta.

Tabla 9. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Evolución declarada de la salud, Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa 2016

EVOLUCIÓN DECLARADA DE LA SALUD	Mala		Regular		Buena		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
En general, usted diría que su salud es:	10	14	43	62	16	23	69	100
¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	12	17	47	68	10	14	69	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

Los resultados que se muestran en la tabla 9, relacionados a la dimensión "Evolución Declarada de la Salud", se observa que el 68% (47) manifestaron que "su salud actual comparada con la de hace un año" es "regular", mientras el 17% (12), refirió que es "mala"; así mismo vemos que el 62% (43) de ellos afirmaron que su salud es "Regular", seguido por el 23% (16) que manifestó ser "Buena".

Rodríguez M., Castro M. y Merino J. (2005) [71] encontró que los participantes revelaron en esta dimensión que su salud es "buena" y "regular" en el 31% (28) y 50% (45) respectivamente.

En cuanto a estos resultados, Perales-Montilla C., García-León A. y Reyes-del Paso G. (2012)[72] señalan que en su estudio respecto a la Ansiedad, "el análisis correlacional muestra que se asocia negativamente con todas las dimensiones de la Calidad de Vida relacionado con la salud (CVRS). Algunos estudios han puesto de manifiesto la importancia de la salud mental en la enfermedad renal crónica. Por ejemplo, los pacientes en diálisis con mejor percepción de salud mental se adaptan mejor al curso de la enfermedad y al tratamiento. Ello sugiere la relevancia de implantar estrategias para detectar los trastornos de depresión- ansiedad en esta población, lo que mejoraría la CVRS y los propios resultados clínicos".

Tabla 10. Percepción de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis según dimensión, Centro Nefrourologico del Oriente SAC, Pucallpa 2016

DIMENSIONES	> 75 a 100%		50 a 75%		< 50%	
	Ptj.	%	Ptj.	%	Ptj.	%
Función física	16	23	68	50	54	27
Rol físico	40	58	4	3	81	39
Dolor corporal*	16	22	92	67	23	11
Salud general	10	14	96	70	32	15
Vitalidad	8	12	108	78	20	10
Función social	14	20	50	36	90	43
Rol emocional	28	41	30	22	78	38
Salud mental	20	29	41	30	86	41
Evolución declarada de la salud	11	16	90	65	39	19
Media Aritmética	18	26.1	64	46.8	56	27.0

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

En la tabla 10, se presenta los resultados de todas las dimensiones de acuerdo a los puntajes obtenidos según la Tabla de valoración (adjunta al instrumento, ver Anexo 1), así mismo se determinó la media aritmética de los valores, que nos permitirá clasificar la calidad de vida de los pacientes, así se encontró que la dimensión "Vitalidad" alcanzó el mayor puntaje (108), seguido por "Salud General" con 96 puntos y "Dolor corporal" con 92 puntos, todos ellos considerados en el parámetro de "Regular Calidad de Vida"; sin embargo también apreciamos que existen dimensiones correspondiente a "Mala Calidad de Vida" tales como "Función Social" con 90 puntos, "Salud Mental" con 86 puntos y "Rol Físico" con 81 puntos.

Sánchez A. (2014)[73] encontró que la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus es menos saludable comparada con los que tienen HTA, y, en general el Componente Físico es el más afectado en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.[15]

Así, Contreras F., Esguerra G., Espinosa J. y Gutiérrez L. (2006) [74] encontraron resultados similares, y señalan que los pacientes que se encuentran inactivos laboralmente muestran mayor deterioro en su calidad de vida, lo que incide la mayoría de las veces en el tratamiento. También encontraron que las medias más altas se encuentran en las escalas de función social y función física; las escalas de dolor corporal, salud general, vitalidad, rol emocional y salud mental se encuentran en niveles medios; la dimensión rol físico es la que presenta el nivel más bajo.

Así Meza-García C., et al. (2011) [75], reportaron que el dominio donde se percibe una peor CV es el rol físico con un puntaje de 35.8, también Matínez I. (2012)[76], según los hallazgos de su estudio, informa que la calidad de vida en pacientes sometidos a Hemodiálisis fue en el 65% regular y para Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria llegó al 45%, también que la función física fue mala en 44% y regular en un 44% en estos pacientes.

Álvarez W. y Gonzales J. (2010) [77], encontró que el valor mayor se presentó en la Dimensión de Salud Mental (65.60) y la menor en Función Física (17.22) y para la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria el promedio mayor fue en la Dimensión de Función Social (85.83) y la menor en Rol Físico (52.50), mientras Chain L., et al. (2010)[78], reportaron puntuaciones más altas en las dimensiones de síntomas (75,85) y efecto de la enfermedad (69,85), sin embargo salud física (43,63), salud mental (44,61) y carga de la enfermedad renal (43,45) se encontró dimensiones afectadas.

Tabla 11. Clasificación de la calidad de vida de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la dimensión: Salud Mental, Centro Nefrourologico del Oriente SAC, Pucallpa 2016

CLASIFICACIÓN	N°	%
Alta calidad de vida	18	26.00
Regular calidad de vida	32	46.80
Baja calidad de vida	19	27.20
Total	69	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Centro Nefrourológico SAC, mayo - junio, 2016

En la presente tabla, podemos apreciar finalmente que los pacientes con IRCT que reciben tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa, presentan de "Regular a Baja Calidad de Vida", con una media de 46.8 y 27 para ambas calificaciones.

Resultados similares encontró Rodríguez M., Castro M. y Merino J. (2005) [79] al examinar cada una de las dimensiones de la escala, observando que la calidad de vida en esta población es regular a baja, ya que las medias aritméticas fueron las siguientes: Función Física (64,7), Rol Social (55,9) y Rol Emocional (52,5) obtuvieron las puntuaciones más altas, y las dimensiones Rol Físico (23,6), Vitalidad (38,2) y Salud Mental (38,1) obtuvieron las puntuaciones más bajas.

Álvarez W. y Gonzales J. (2010) [80], determinándose así con estos resultados la Calidad de Vida en los Pacientes obteniendo un promedio en las ocho Dimensiones de (69.16) Muy buena para un (41.41) Buena de los pacientes en Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada; quedando demostrado con ello que la Calidad de Vida de los pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria es mejor que la de los pacientes en Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada.

Los resultados de Contreras F., Esguerra G., Espinosa J.C. y Gómez V. (2007) [81], señalan un deterioro importante en las dimensiones evaluadas, no obstante la función social se encontró preservada.

Al respecto Perales M., et al. (2012) [82], concluye que en consonancia con estudios previos, las estrategias de afrontamiento activo (cuando el paciente se involucra activamente en su problema haciendo algo) predicen un aumento de la CVRS, mientras que las estrategias de afrontamiento pasivo (cuando el paciente no hace nada por mejorar o resolver sus problemas, reaccionando con inhibición) predicen su disminución.

Coincidiendo con el autor mencionado en el párrafo anterior, que los resultados del estudio sugieren que la intervención en algunos aspectos psicosociales puede ser de utilidad para mejorar la CV relacionada a la Salud de los enfermos renales, dado que la Depresión ha aparecido con el principal predictor de la CVRS, los resultados muestran la necesidad de que el paciente renal sea evaluado (y tratado, si es necesario) en su estado emocional (incluyendo estados ansiosos o de preocupación excesiva). Esto redundará en un aumento de la CVRS y fomentará secundariamente una mejor adaptación del paciente a su enfermedad, mejorando el pronóstico y la respuesta al tratamiento.

De otra parte, el mejorar el Optimismo y la Autoeficacia mediante terapias cognitivo-conductual, estas redundarán en una mejora del paciente, manteniéndose a largo plazo, disminuyendo también la ansiedad y expectación aprehensiva, además es muy importante desarrollar estrategias de afrontamiento que favorecerá el mejoramiento en su Calidad de Vida, afirma Perales M., et al. (2012) [83].

CAPíTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES.

1. Las características biológicas y socioculturales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis son:
   - Edad media 54.5 años, siendo la edad mínima 26 años y la máxima 78 años. El 56.52% perteneció al grupo de adultos.
   - El sexo que prevaleció fue el masculino con el 63.77%
   - La ocupación fue su casa en el 63.77 %
   - El estado civil fue casado en el 53.62 %, seguido del grupo de conviviente (27.54%).
   - La religión fue católica en el 61.50%
   - El grado de estudio alcanzado fue secundaria en el 58%, seguido por primaria en el 35 %.
2. La percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes según cuestionario de salud SF-36 son:
   - Regular en las dimensiones: Vitalidad, Salud General, Dolor Corporal, con puntuaciones comprendidos entre 50 y 75% de calificación.
   - Baja en las dimensiones: Función Social, Salud Mental y Rol Físico, con puntuaciones menores al 50 % de calificación.
3. La clasificación de la Calidad de Vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis del Centro Nefrourológico del Oriente SAC, Pucallpa es: Regular en el 46.80 %, Baja en el 27.20 % y Alta Calidad solo en el 26 %.

RECOMENDACIONES.

Las recomendaciones dirigidas a los profesionales de la salud (médicos y enfermeros)

1. Realizar actividades de prevención de la enfermedad renal crónica, en la población de alto riesgo como en aquellos que padecen de enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, Hipertensión principalmente, considerando que esta enfermedad causa el mayor deterioro de la salud a temprana edad en las personas, haciéndose más compleja en aquellas personas que menos solvencia económica tienen y muchos dejan de laborar a consecuencia de la enfermedad.

A las familias de los pacientes:

2. La familia, es considerada como red de apoyo social y constituye el pilar fundamental de apoyo al paciente con enfermedad renal crónica terminal, por tanto se debe enfatizar a la familia a permanecer brindando afecto, compañía, ayuda haciendo sentir al paciente que está protegido lo que contribuirá a mejorar la dimensión de Función Social, Rol Físico y la salud Mental que según los resultados están afectadas en mayor porcentaje.

3. La familia debe suplir la desesperanza, el miedo y temores que pueda tener el paciente en estas circunstancias, es necesario además que reciba un soporte espiritual mantenido, le ayudará a enfrentar las limitaciones frecuentes con las que se encuentre cada día el paciente con enfermedad renal crónica terminal. No olvidar que el someterse al tratamiento sustitutivo es traumático físico y emocionalmente.

A la Universidad Nacional de Ucayali – FMH y FCS:

4. Los profesionales de salud de ambas facultades, deben desarrollar investigaciones más profundas relacionadas al tema como ampliar más el conocimiento sobre los factores de riesgo a enfermedad renal crónica, de esta manera al publicar los resultados estarían alertando a la población al cuidado de su salud y no llegar a la fase terminal.
5. Que los estudiantes de medicina y enfermería realicen actividades de promoción de la salud en las comunidades, así cumplan este rol tan importante a beneficio de la sociedad.

Al Centro Nefrourológico del Oriente SAC

6. Que los profesionales de enfermería que laboran atendiendo a los pacientes, colaboren con los pacientes y familias dando educación sanitaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden a dializarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rodríguez M., Castro M. y Merino J. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. Chile, Rev Ciencia y Enfermería XI (2): 47-57, 2005.
2. Idem (1)
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2015). La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología. Enfermedad renal, prevención y mejora del acceso al tratamiento.
4. Idem (3)
5. Martínez R. Isabel. (2012). "Calidad de Vida de pacientes en programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Universidad Veracruzana. México – Veracruz.
6. Contreras F., Esguerra G., Espinosa J. y Gutiérrez L. (2006), investigaron en Colombia "Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis". Universidad Santo Tomás, Bogotá-Colombia.
7. Ob cit (5)
8. Oliveira M. y Soares A. (2012). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida". Brasil. Enfermería Global. Revista trimestral de Enfermería Nº 28.
9. Meza-García C., Reynaga-Ornelas L., Baldwin, C., Caudillo-Cisneros C., Dávalos-Pérez A. y Jiménez-Garza O. (2011), investigaron "Descripción de la calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tres modalidades de tratamiento sustitutivo renal, en el estado de Guanajuato-México". Revista Mexicana. Vol. 21, Núm. 3 Septiembre-Diciembre 2013 pp 103-110
10. Seguí G., Amador P. y Ramos B. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Tarragona – España. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2010; 13 (3): 155/160.
11. Álvarez W. y Gonzales J. (2011). Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal intermitente automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios, enero a junio de 2010. El Salvador, Centro América.
12. Chain L., Fuentes J., Ortega J., Peña Lina y Saavedra Guina. (2010). Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con insuficiencia renal crónica, en un instituto privado de atención de diálisis renal de barranquilla en el segundo semestre del año 2010. Colombia.
13. Contreras F., Esguerra G., Espinosa J.C. y Gómez V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. Universidad Santo Tomás, Bogotá-Colombia. Nefrología. Vol. XX. Número 2.
14. Ob cit. (6)
15. Sánchez G.J. (2014). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud - Piura en el periodo

diciembre 2013 - febrero 2014. Universidad Privada Antenor Orrego.Tesis para optar el grado de médico cirujano.
16. Chávarri M. (2012). Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Clínica De Enfermedades Renales Grau Lima 2012. Universidad Nacional Federico Villarreal.
17. Fenco M. (2010). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2010. Lima. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. UNMSM.
18. Dirección Regional de Salud Ucayali (2015). Análisis situacional de salud Ucayali. Unidad de Epidemiología. Agustin Cauper S/N°. Pucallpa.
19. Ministerio de Sanidad España (2015). Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad. Febrero 2015.
20. Idem (19)
21. Sociedad Peruana de Nefrología. Microalbuminuria en pacientes adultos ambulatorios sin control nefrológico y con factores de riesgo de enfermedad renal crónica en Servicios de Nefrología de Perú. Nefrología (Madr.) [revista en la Internet]. 2012 [citado 2016 Mar 10] ; 32(2): 180-186. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-699520120002000 09&lng=es.
22. Idem (21)
23. Ob cit. (19)
24. Venado E.A., Moreno J., Rodríguez M. y López M. (2009). Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de proyectos especiales. Universidad Nacional Autónoma De México.
25. Ob cit. (21)
26. Ibidem (24)
27. Ob cit. (24)
28. Ob cit. (19)
29. Ribes E. (2004). Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica. Servicio de Nefrología. Barcelona-España. Fundación Puigvert. Barcelona. Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular 2004;10(1):8-76
30. Ob cit. (19)
31. Martínez R. Isabel. (2012). Calidad de Vida de pacientes en programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Universidad Veracruzana. México – Veracruz.
32. Ob cit. (24)
33. Ob cit. (24)
34. Venado E.A., Moreno J., Rodríguez M. y López M. (2009). Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de proyectos especiales. Universidad Nacional Autónoma De México.
35. Ob cit. (24)
36. Álvarez W. y Gonzales J. (2011). Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal intermitente automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios, enero a junio de 2010. El Salvador, Centro América.
37. Idem (36)

38. Ministerio de Sanidad España (2015). Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad. Febrero 2015.
39. Ob cit. (9)
40. Urzúa A. & Caqueo-Urízar A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile. Copyright 2012 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
41. Ob cit. (5)
42. Ob cit (36)
43. Ob cit. (40)
44. Ob cit. (9)
45. Perales-Montilla C., García-León A. y Reyes-del Paso G. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. España. Universidad de Jaén. Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología.
46. Ob cit. (5)
47. Soriano C. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica.
48. Ob cit (1)
49. Ob cit (6)
50. Idem (6)
51. Ob cit (9)
52. Ob cit (5)
53. Ob cit (10)
54. Ob cit (8)
55. Ob cit (1)
56. Idem (1)
57. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2015). México.
58. López T. Fancísco. Definición y Clasificación del dolor. Servicio Anestesiología-Reanimación y Clínica del Dolor. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. 2004
59. Ob cit (1)
60. Ob cit (9)
61. Ob cit (6)
62. Ob cit (11)
63. Ob cit (9)
64. Ob cit (1)
65. Ob cit (40)
66. Ob cit (9)
67. Ob cit (8)
68. Ob cit (1)
69. Ob cit (9)
70. Ob cit (70)
71. Ob cit (1)

72. Ob cit (45)
73. Ob cit (15)
74. Ob cit (6)
75. Ob cit (9)
76. Ob cit (5)
77. Ob cit (11)
78. Ob cit (12)
79. Ob cit (1)
80. Idem (11)
81. Ob cit (6)
82. Ob cit (45)
83. Idem (45)

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Código:.....

Sr. (a), somos licenciadas en Enfermería y estudiantes de la especialidad en Nefrología. Nuestra presencia es con el objetivo de describir la situación actual en que se encuentran como pacientes de esta unidad de Nefrología para luego aportar con nuestras recomendaciones. Por lo que solicitamos colabore, respondiendo las siguientes preguntas, del cual le agradecemos de antemano por su participación.

Marcar con veracidad, con una X una sola respuesta.

DATOS GENERALES

A. Sexo: 1. Masculino ( ) 2. Femenino ( )

B. Edad: _____

C.- Ocupación actual: _____ Anteriormente: _____

D.-Estado civil 1. Soltero ( ) 2. Casado ( ) 3. Conviviente ( ) 4.Viudo ( )

E. Religión: 1. Católica ( ) 2. Evangélica ( ) 3. Otros ( )

F. Grado de estudios: 1. Primaria ( ) 2. Secundaria ( ) 3. Superior ( )

G.- Tipo de acceso: _____

H. Tiempo que tiene la enfermedad:_____

I. Tipo de seguro: 1. EsSalud ( ) 2. SIS ( )

J. Comorbilidad: _____

Cuestionario de Salud SF-36

1. Responda la encuesta en la siguiente página, marcando solo un número por cada pregunta:

N°	INDICADORES	PUNTAJE		
	FUNCION FISICA	**SIEMPRE 0 %**	**ALGUNAS VECES 50 %**	**NUNCA 100 %**
01	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1	2	3
02	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?	1	2	3
03	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	1	2	3
04	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1	2	3
05	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	1	2	3
06	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	1	2	3
07	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	1	2	3
08	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	1	2	3
09	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	1	2	3
10	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1	2	3
	ROL FÍSICO	**SIEMPRE**	**ALGUNAS VECES**	**NUNCA**
11	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1	2	3
12	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1	2	3
13	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?	1	2	3

14	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?	1	2	3
	DOLOR CORPORAL	**Mucho**	**Poco**	**No**
15	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	1	2	3
16	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?	1	2	3
	SALUD GENERAL	**SIEMPRE**	**ALGUNAS VECES**	**NUNCA**
17	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3
18	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	1	2	3
19	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3
20	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3
21	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1	2	3
	VITALIDAD	**SIEMPRE**	**ALGUNAS VECES**	**NUNCA**
22	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1	2	3
23	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	1	2	3
24	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	1	2	3
25	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1	2	3
	FUNCIÓN SOCIAL	**SIEMPRE**	**ALGUNAS VECES**	**NUNCA**
26	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	1	2	3

	amigos, los vecinos u otras personas?			
27	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)?	1	2	3
ROL EMOCIONAL		**SIEMPRE**	**ALGUNAS VECES**	**NUNCA**
28	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?	1	2	3
29	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)?	1	2	3
30	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)?	1	2	3
SALUD MENTAL		**CIERTO**	**NO LO SÉ**	**FALSA**
31	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3
32	Estoy tan sano como cualquiera.	1	2	3
33	Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3
34	Mi salud es excelente.	1	2	3
EVOLUCIÓN DECLARADA DE LA SALUD		**MALA**	**REGULAR**	**BUENA**
35	En general, usted diría que su salud es:	1	2	3
36	¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	1	2	3

Fecha:...../...../.....

Gracias por su participación.

Firma del encuestador

TABLA DE VALORACIÓN POR DIMENSIONES Y PUNTAJES DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

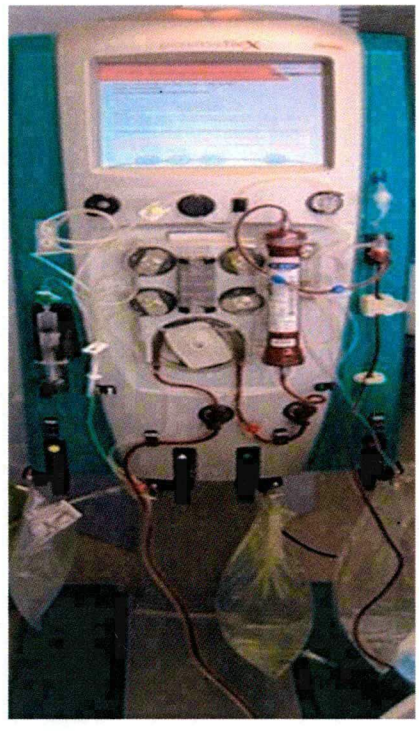
Dimensión	N° Ítems	Puntaje
Función física	10	10 x 3 (ptje. Max.) = 30 = 100 % 10 x 2 = 20 = 50 % 10 x 1 = 10 = 0 %
Rol físico	4	4 x 3 (ptje. Max.) = 12 = 100 % 4 x 2 = 8 = 50 % 4 x 1 = 4 = 0 %
Dolor corporal	2	2 x 3 (ptje. Max.) = 6 = 100 % 2 x 2 = 4 = 50 % 2 x 1 = 2 = 0 %
Salud general	5	5 x 3 (ptje. Max.) = 15 = 100 % 5 x 2 = 10 = 50 % 5 x 1 = 5 = 0 %
Vitalidad	4	4 x 3 (ptje. Max.) = 12 = 100 % 4 x 2 = 8 = 50 % 4 x 1 = 4 = 0 %
Función social	2	2 x 3 (ptje. Max.) = 6 = 100 % 2 x 2 = 4 = 50 % 2 x 1 = 2 = 0 %
Rol emocional	3	3 x 3 (ptje. Max.) = 9 = 100 % 3 x 2 = 6 = 50 % 3 x 1 = 3 = 0 %
Salud mental	5	5 x 3 (ptje. Max.) = 15 = 100 % 5 x 2 = 10 = 50 % 5 x 1 = 5 = 0 %

ANEXO 4

PACIENTE CON TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS



MAQUINA DE HEMODIALISIS



http://enfermeriaintensiva.jimdo.com/aparataje-medico/filtros-de-hemodialisis/

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMEN-SIONES	INDICADORES	MARCO TEÓRICO	TIPO, DIS. Y MÉTODO	POBLACIÓN Y MUESTRA
GENERAL: ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Centro Nefrourológico del Oriente SAC, 2015? ESPECÍFICOS: 1.¿Cuáles son las características biológicas y socioculturales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis? 2.¿Cuál es la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes según las dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de la salud) del Cuestionario de Salud SF 36? 3.¿Cuál es la clasificación de la calidad de vida que tienen los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis?	GENERAL: Determinar la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Centro Nefrourológico del Oriente SAC – 2015 ESPECÍFICOS: 1. Describir las características biológicas y socioculturales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. 2. Identificar la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes según las dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de la salud) del Cuestionario de Salud SF 36. 3. Clasificar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en trata-miento sustitutivo con hemodiálisis, según Cuestionario de Salud SF 36.	No es aplicable por ser un estudio descriptivo univariable.	VARIABLE Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal	**1.**Función física 2.Rol Físico 3.Dolor corporal **4.**Salud General 5.Vitalidad 6.Función Social 7.Rol emo-cional 8.Salud Mental 9.Evolución declarada de la salud	-Limitaciones físicas. -Interferencia en el trabajo. -Actividades diarias -Intensidad del dolor y -Efecto del dolor en las actividades -Valoración personal de la salud. -Sentimiento de energía. -Interferencia en la vida social habitual. -Interferencia en el trabajo u otras actividades. -Depresión, ansiedad, con-trol emocional y de la conducta. -Valoración de la salud actual comparada con la de 1 año atrás	CAPITULO I MARCO TEORICO 1.1.Antecedentes -Internacional -Nacional -Regional 1.2.Base Teórica 1.2.1.Insuf.Renal C. 1.2.2.Epidemiolog. 1.2.3.Etiología 1.2.4.Fisiopatología 1.2.5.Factores de riesgo a IRC 1.2.6.Medios de Diagnóstico a IRC 1.2.8.Tratamiento sustitutivo renal 1.2.9.Hemodialisis Definición, compli-caciones 1.2.10.calidad de vida de pacientes con IRC. 1.2.11.Evaluación de la calidad de vida Cuestionario de Salud SF 36: aplicación e identificación de la calidad de vida.	-Tipo de estudio -Diseño: O —— M O: Observación M: Muestra -No experimental -Descriptivo -Transversal -Cualicuantitativo	**Población:** 80 pacientes que acuden al Centro Nefrou-rológico del oriente SAC en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. **Muestra:** Muestreo No probabilístico, intencional o por conveniencia, según criterios de inclusión