

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECCIÓN SEGUNDA ESPECIALIDAD



**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE HEMODIALIZADO Y
CON DIALISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL VICTOR
LAZARTE ECHEGARAY”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERA
ESPECIALISTA EN EL CUIDADO DEL ADULTO EN TERAPIA
NEFROLOGICA**

AUTORA: LIC. MILAGROS GEOVANNA DELGADO REBAZA.

ASESORA: Dra. MERCEDES RODRIGUEZ SÁNCHEZ.

Trujillo- Perú

DEDICATORIA

A mis queridos padres **Nelly y Angel** por su amor, apoyo, consejos, comprensión en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposo **Luis**, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por tu amor incondicional y por tu ayuda en mi proyecto.

A mi pequeña hija **Camila** que es la razón de mi vida y quien ha sido mi motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ella.

A mi hermano **Miguel**, que con sus consejos me han ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A **Dios**, quién supo guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi asesora Dra. **Mercedes Rodríguez Sánchez**, quien con su conocimiento, experiencia profesional y asesoría facilitó la realización y culminación del presente Trabajo de investigación.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE HEMODIALIZADO Y CON DIALISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY

Milagros Geovanna Delgado Rebaza¹
Mercedes Rodriguez Sanchez²

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo-comparativo, cuyo objeto de estudio fue identificar el nivel de calidad de vida en paciente hemodializado y con diálisis peritoneal del Hospital Víctor Lazarte EcheGARAY. El grupo de estudio estuvo conformado por una muestra de 35 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y 35 pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal, seleccionados según criterios de inclusión. Dentro de este estudio se tomó en cuenta las participaciones teóricas de Callista Roy y Dorotea Orem, con las teorías de Adaptación y Autocuidado respectivamente. Para la recolección de datos, se utilizó el método de la entrevista, aplicándose el cuestionario genérico de salud SF36 para determinar la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal, el cual consta de ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. De acuerdo a los resultados obtenidos, se halló que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis alcanzaron un mayor porcentaje en el nivel medio(48.6%) de calidad de vida, seguido del nivel alto(40%) y bajo (11.4%); en tanto comparativamente los pacientes en tratamiento en diálisis peritoneal obtuvieron un porcentaje mayor en el nivel bajo(45.7%) seguido del nivel alto(34.3%) y medio(20%).

Palabras claves: *Insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, diálisis peritoneal, Calidad de vida.*

¹Lic. en Enfermería Candidata para optar el Título de Enfermera Especialista en Cuidados del Adulto en Nefrología de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: mildere@hotmail.com.

²Asesora, Profesora Auxiliar del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: teresamercedes@hotmail.com

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE HEMODIALIZADO Y CON DIALISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY

Milagros Geovanna Delgado Rebaza³
Mercedes Rodriguez Sanchez⁴

ABSTRACT

This research study is descriptive - comparative type, the purpose of the study was to identify the level of quality of life in hemodialysate and peritoneal dialysis patient of Victor Lazarte EcheGARAY Hospital. The study group consisted of a sample of 35 patients undergoing hemodialysis and 35 patients on peritoneal dialysis, selected according to inclusion criteria. Within this study took into account the notional units of Callista Roy and Dorothea Orem, with theories of adaptation and self-care respectively. For data collection , the interview method was used , applying the generic SF36 health questionnaire to determine the quality of life of patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis, which consists of eight dimensions : physical functioning , role physical, bodily pain, general health, vitality, social functioning, role emotional and mental health. According to the results, it was found that patients undergoing hemodialysis achieved a higher percentage at the secondary level (48.6 %) of quality of life, followed by the high level (40 %) and low (11.4 %); while comparatively patients in peritoneal dialysis treatment obtained a higher percentage in the low (45.7%) followed by high (34.3%) and medium (20%).

Keywords: *chronic renal failure, renal replacement therapy, hemodialysis, peritoneal dialysis, quality of life.*

³Lic. en Enfermería Candidata para optar el Título de Enfermera Especialista en Cuidados del Adulto en Nefrología de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: mildere@hotmail.com.

⁴Asesora, Profesora Auxiliar del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: teresamercedes@hotmail.com

SUMARIO

RESUMEN	.....	i
ABSTRACT	.....	ii
I. INTRODUCCION		Pag.
1.1.Presentación y antecedentes del problema	.....	1
1.2.Relevancia y justificación del estudio	.....	16
1.3.Formulación del problema	.....	17
1.4.Objetivos	.....	17
II. MATERIAL Y METODOS		
2.1.Tipo de investigación	.....	19
2.2.Población y muestra de estudio	.....	19
2.3.Unidad de análisis	.....	20
2.4.Instrumentos	.....	20
2.5.Control de calidad de los instrumentos	.....	21
2.6.Procedimiento	.....	22
2.7.Procesamiento de datos	.....	23
2.8.Definición y operacionalización de variables	.....	23
2.9.Consideraciones éticas y rigor científico	.....	28
III. RESULTADOS	.....	30
IV. ANALISIS Y DISCUSION	.....	35
V. CONCLUSIONES	.....	40
VI. RECOMENDACIONES	.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	.....	42
ANEXOS	.....	.

INTRODUCCION

1.1. PRESENTACIÓN, ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La mayor incertidumbre a que nos exponemos actualmente todas las personas son las enfermedades, siendo las crónicas las que causan mayor temor por el tiempo de duración; puede ser esporádica y durar solo un tiempo breve o permanente y empeorar gradualmente con el paso del tiempo. Las enfermedades crónicas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos (Hernández, 2010).

Dentro de este tipo de enfermedades podemos citar a las enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer y enfermedades respiratorias, y que son responsables del 59% es decir 56.5 millones de muertes anuales y el 45.9% de la carga global de enfermedad, y son la mayor causa de muerte y discapacidad a nivel mundial (Hernández, 2010).

La carga global de las enfermedades crónicas no transmisibles y entre ellas la enfermedad renal crónica, ha ido en aumento en el mundo. Este crecimiento se ha tornado en un problema de Salud Pública a nivel mundial debido a los recursos económicos crecientes que deben dedicarse a estos pacientes.

En Estados Unidos de Norteamérica, después que el congreso aprobara una ley para que todos los ciudadanos americanos estuvieran cubiertos por algún seguro de salud para optar al tratamiento de reemplazo renal, se observó que el costo del programa de tratamiento al paciente era de 1.6 billones de dólares para el año 1981, y solo dos años después aumento a 2 billones, y luego para 1998 de 16.7 billones de dólares, con una tasa de incidencia de 311 nuevos casos por millón de habitantes por año y con una tasa de prevalencia de 1,160 paciente por millón de habitantes (pmp). Sin embargo el estudio NHANES III (2002) ha demostrado una prevalencia de 11.7 % de la población adulta (23 millones de habitantes) para todos los estadios de la ERC (Vásquez, 2007).

En Latinoamérica, los estudios están básicamente relacionados a datos de los últimos estadios de la Enfermedad Renal Crónica, siendo la tasa de prevalencia muy variable dependiendo de cada país en función del sistema de salud que rige la cobertura del tratamiento de diálisis, así por ejemplo en Puerto Rico esta tasa es de 818 pacientes por millón de población (pmp) mientras en el Perú es de apenas 111.1 pmp. Asimismo la tasa de incidencia en estos países es de 276.9 pmp y de 44.2 pmp en el Perú. Sin embargo estudios de prevalencia o incidencia de enfermedad renal crónica que incluya todas sus etapas no es reconocida en la mayoría de países subdesarrollados e incluso desarrollados, por lo tanto se subestima el impacto que tiene la enfermedad sobre las personas y la sociedad. Investigaciones epidemiológicas en dos países en Latinoamérica reconocen cifras verdaderamente

alarmantes de prevalencia poblacional de insuficiencia renal crónica, Cuba con 3,350 pacientes pmp y Venezuela con 4,175 pacientes pmp. Así es muy probable que la verdadera prevalencia e incidencia de la IRC este subvalorada en el Perú (Vásquez, 2007)

Un estudio realizado en Chile, determinó las etiologías en adultos de la ERCT, encontrándose entre las más frecuentes: la diabetes I y II: 30.4%, hipertensión arterial: 11.4%, glomerulonefritis crónica: 10.2%,desconocida: 24.4 % (diagnóstico en etapa terminal) y en niños las etiologías son: nefropatía por reflujo: 10.9%, hipodisplasias 18%, hipodisplasia y obstrucción 3.7%, glomerulopatias 14.9 %, nefropatías vasculares 9.8 %, enfermedades hereditarias: 10.1%, Otras: 4.2%, No clasificadas 6.4%. Estos datos nos indican la importancia que se le debe dar a las actividades de prevención primaria y secundaria que consiste mayormente en la educación en salud a la población, así como el diagnóstico temprano de las enfermedades mediante exámenes periódicos clínicos, la detección temprana de la hipertensión, que en nuestro país tiene una prevalencia del 23.7% y la diabetes como factores de riesgo primordiales para el desarrollo de la enfermedad renal (Régulo, 2006).

La incidencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema mundial, no primordialmente por tener tasas altas de incidencia en la población, sino por la magnitud de sus efectos socioeconómicos, lamentablemente en nuestro país esta situación no ha sido reconocida aun por las autoridades gubernamentales del sector salud. Estas enfermedades renales resultan ser costosas atenderlas, con una tendencia su

incremento y a representar una porción cada vez mayor en el presupuesto de atención en salud (Vásquez, 2007).

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (Gil-Roales, 2004). La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad que implica la pérdida gradual de la función de los riñones, esta es progresiva y puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce a un 10%. La IRC está asociada con factores infecciosos o fisiológicos tales como glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y lupus eritematoso sistémico y puede a su vez, ocasionar enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos, y anemia entre otros (Pérez, Lamas & Legido, 2005; Hersh-Rifkin & Stoner, 2005).

Dentro de los tratamientos empleados para el manejo de la IRC se encuentran la hemodiálisis, diálisis peritoneal, los cuales favorecen la disminución de varios síntomas propios de la enfermedad y la prolongación de la vida del paciente; siendo utilizados de acuerdo a las condiciones físicas, psicológicas y sociales del mismo. En la hemodiálisis presupone el uso de una máquina equipada con una membrana filtrante semipermeable (riñón artificial) que elimina los productos residuales acumulados en la sangre. En la máquina de diálisis, el dializado es bombeado a través de un lado de la membrana filtrante, mientras que la sangre de la persona pasa a través del otro lado. Los procesos

de difusión, osmosis y ultrafiltración limpian la sangre, que después es devuelta al paciente a través de un dispositivo de acceso vascular especialmente colocado, esto hace que la hemodiálisis se acompañe de complicaciones importantes y mortales, dentro de las más comunes, de mayor a menor frecuencia, son; hipotensión (20-30%), calambres o contracturas musculares (5-20%), náuseas y vómitos (5-15%), cefaleas (5%), dolor torácico (2-5%), dolor lumbar (2-5%), prurito (5%), fiebre y escalofríos (< 1%) (Daugirdas, 2003).

La diálisis peritoneal, proporciona un método indirecto para eliminar de la sangre los residuos, utilizando los procesos de osmosis y difusión. El peritoneo es la membrana serosa de la cavidad peritoneal, que funciona como una membrana semipermeable, así, el exceso de líquidos y los productos residuales son eliminados con facilidad desde el torrente sanguíneo, cuando se instala por gravedad una solución estéril de electrolitos (dializado) en la cavidad peritoneal, a través de un catéter colocado quirúrgicamente; este dializado se deja en la cavidad durante un periodo de tiempo PRE establecido, y después se drena, también por gravedad, con lo que arrastra los residuos acumulados y el exceso de líquidos y electrolitos (Daugirdas, 2003).

Las complicaciones de la diálisis peritoneal se enmarcan dentro de unas subclasificaciones: mecánicas (en relación con el catéter), infecciosas (infección del orificio, o del peritoneo), hidroelectríticas (exceso de líquidos en baja u.f.,

deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas), metabólicas (sobrecarga de glucosa con mal control de glucemia hiperlipemia, desnutrición) (Daugirdas, 2003).

Cabe mencionar, que existen factores que provocan alteraciones en la calidad de tratamiento, sea cual fuese el elegido, haciendo más o menos probables la falta de adhesión al mismo y las conductas autodestructivas; entre ellos están: la rutina, mala situación emocional, la falta de rehabilitación socio laboral, los pacientes que viven en el interior de la provincia, alejados de un centro especializado o el desapego familiar para realizar dicho tratamiento. Hay circunstancias especiales como el agotamiento de los accesos vasculares, donde el paciente debe ser introducido indefectiblemente en diálisis peritoneal sin ser su opción preferencial, notándose tendencia a la depresión y falta de colaboración al tratamiento instituido (Blunno, 2000).

En los últimos 20 años, se ha observado que el aumento en la supervivencia de los pacientes renales producto del avance tecnológico en los procedimientos dialíticos y de trasplante renal, ha planteado a la mayoría de países la necesidad de determinar con mucha anticipación los requerimientos de terapias de reemplazo renal en la población y en la actualidad, cuando las opciones de terapia de reemplazo renal están al alcance de una población más extensa, se debe considerar cuales son las condiciones que se requieren para una buena calidad de vida, así como, cuando no se somete el paciente a ellas o cuando deciden suspender su tratamiento. A pesar de las terapias de reemplazo renal, las condiciones de vida del paciente, según algunos estudios, no alcanzan un

control ostensible y por el contrario, las incomodidades son mayores que los beneficios netos (Smeltzer, 2005).

Todo lo anterior puede tener serias implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida. Álvarez et al (2001) sostienen que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud, aspecto importante que ha adquirido un interés relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo.

A finales de los años 60 y en la década de los 70 cuando el concepto de Calidad de vida se vinculó a una noción que incorporaba medidas subjetivas, es decir, evaluaciones que incluían aspectos como los sentimientos personales de felicidad o satisfacción. A partir de entonces hubo una evolución muy significativa para el concepto de Calidad de Vida que implicó pasar de entender el bienestar en términos objetivos a incluir perspectiva subjetiva de satisfacción con la vida. Este nuevo perfil le dio una entidad propia, diferenciándolo de los indicadores sociales y acentuando la

percepción del sujeto sobre su vida y sobre las condiciones objetivas de su existencia (García, 2006).

En la actualidad, la calidad de vida se ha transformado en un auténtico marco de referencia para la vida cotidiana, rico y complejo al mismo tiempo, y cuya clarificación puede ser de gran utilidad para la comprensión sociológica del mundo actual, porque cuando nos referimos a la calidad de vida, estamos haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de las necesidades más básicas, percibidas por prácticamente todas las personas, y a menudo relacionadas con la sensación de salud física y psíquica, como también a la satisfacción de otras necesidades vinculadas al ámbito de nuestras relaciones sociales, al acceso a los bienes culturales o al entorno ecológico y ambiental donde vivimos. Es decir, con ‘calidad de vida’, se hace referencia a un término que es el sumatorio del nivel de satisfacción con las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a unas condiciones objetivas, que son comparables, pero que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales (Fernández, 2009).

La Organización mundial de la salud (OMS) define calidad de vida como “la percepción que el individuo tiene de su propia posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas y

preocupaciones, influenciado por la salud física del individuo, el estado psicológico, espiritual y las relaciones sociales” (Potter, 2005; Caramantin, 2006).

También es considerada como el estado positivo, de bienestar físico, emocional, social, intelectual, espiritual y ocupacional, que además le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas, se toma como una variable importante dentro del concepto de calidad de vida el nivel de actividad física de los individuos (Schwartzmanm, 2003).

En lo referido al nivel de actividad física, significa encontrarse en buenas condiciones, fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas; desde el punto de vista psíquico, es poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés; y en lo emocional, es estar en paz consigo mismo. La persona que mantiene una buena calidad de vida es una persona que se siente bien, vigorosa, entusiasmada, con la sonrisa propia del que se siente bien en todas sus dimensiones (Giusti, 1991).

Así, la calidad de vida relacionada con la salud se refiere al efecto de una determinada enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo, desde su perspectiva personal, que incluye los síntomas, así como el funcionamiento físico y

social; entonces, es indudable que la calidad de vida tiene su máxima expresión en su relación con la salud.

Los progresos de los últimos años nos van permitiendo comprender el sentido del término de manera más concreta y operativa y determinar cómo evaluarlo y cómo planificar acciones para la mejora real en la vida de las personas, para la adaptación y el autocuidado.

Los profesionales de la enfermería desempeñan un único e importante papel como facilitadoras de la adaptación del paciente con IRCT a la técnica dialítica, es decir, lograr que el paciente adapte el tratamiento a su vida y no condicione su vida al tratamiento, por lo que, es imprescindible que el paciente sea autosuficiente y asuma posiciones positivas frente a su estado de salud. Según las participaciones teóricas tenemos el modelo de adaptación de Sor Callista Roy, citado por Phillips, K.D. (op.cit), la enfermería es descrita como: La ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno.

La enfermería como ciencia es “un sistema de desarrollo del conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos, que influyen de manera positiva en su estado de salud. La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo

científico del saber de la enfermería que se usa para ofrecer un servicio vital a las personas, fomenta la capacidad de influir en la salud de manera positiva”.

Atendiendo a los criterios definatorios de Roy, el objetivo de enfermería, en las unidades de diálisis estaría orientado a la promoción del nivel de adaptación de los pacientes con IRC al tratamiento indicado, considerando básicamente sus intereses, valores, las intervenciones profesionales como un todo, en un contexto de salud holística, esta, afecta al conjunto del Ser de la persona y, la calidad global de su estilo de vida. La atención sanitaria holística dicen Kozier, B.; Erb. G.; Berman, A. y Snyder, S. (2005) comprende “la educación sanitaria, la promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, y los cuidado restauradores – rehabilitadores”

Desde otra perspectiva teórica, para hablar de autocuidado se hace necesario hacer referencia a Orem y su teoría de Autocuidado, a través de la cual define este concepto como el cuidado de uno mismo, dado por uno mismo y para uno mismo. Esta definición denota el componente intencional que tienen las acciones dirigidas a cuidarse, diferenciándose de las acciones instintivas o “mecanismos programados” (según lo denomina Orem), que tienen un carácter automático (Novel, 2000). El autocuidado entonces es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo del ser humano; el autocuidado es el conjunto de

acciones positivas y prácticas que precisan para su realización de una elección, una decisión.

Orem, (1995) señala, que “el autocuidado, está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar el mejor estado de salud y bienestar. Las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción de autocuidado, especialmente cuando existe un problema de salud, siendo así importante, el contar con capacidades para manejar una enfermedad crónica, como habilidades para tomar decisiones, además de las capacidades físicas con las que las personas pueden hacer frente a la enfermedad, siendo básicas para enfrentar la cronicidad, señalando que los pacientes deben contar con un repertorio de conocimientos y habilidades que les permitirá modificar su estilo de vida con el menor costo emocional y físico.

El conocimiento necesario para el autocuidado del paciente con ERC en hemodiálisis o diálisis peritoneal, incluye información sobre el padecimiento (causas, signos y síntomas, entre otros), el tratamiento alternativo y consecuencias de la enfermedad, sus cuidados especiales, así mismo cierta base de conocimientos para interpretar las respuestas de su organismo a la enfermedad. Las respuestas del adulto con ERC sugieren que este requiere no solo información, sino también conocimiento básico para ejecutar procesos cognitivos, que le permiten aplicar ese conocimiento en la

interpretación de los procesos que vive, asociados a la condición de paciente renal con ERC sometido a un tratamiento alternativo (hemodiálisis o diálisis peritoneal).

Las habilidades desarrolladas por el paciente para cuidarse, las capacidades indispensables que posee para hacer frente a su realidad actual, manejar el padecimiento y las profundas repercusiones serán clave en la calidad de vida que tenga el paciente. En consecuencia, para el autocuidado ambulatorio del paciente renal en hemodiálisis, éste necesita primero aceptar la enfermedad crónica, evaluar los problemas nuevos que se presentan, y tomar decisiones sobre el tratamiento ejecutando cuidados especiales relacionados con la enfermedad que tiene, por lo que tendrá la responsabilidad de aprender aspectos relacionados a su enfermedad.

Por todo lo mencionado, el quehacer de la enfermera debe centrarse en ayudar a los individuos a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento, potencializando sus capacidades que le ayuden a enfrentar y manejar el cuidado de su salud a través del autocuidado; por lo cual, ante los hechos encontrados es necesario, conocer la capacidad de autocuidado que tiene cada paciente, y así poder garantizar que las actividades que realice, sea lo suficiente para mantener una calidad de vida aceptable y atender las demandas de autocuidado generadas por la enfermedad. El conocimiento de ello, permitirá orientar las necesidades educativas de cada paciente según el déficit de autocuidado encontrado; y la orientación del apoyo familiar requerido para lograr un cuidado más efectivo.

Para el personal de enfermería, estudiar la CV de los pacientes en diálisis es de gran interés para poder conocerlos desde una perspectiva más integral. Esto nos ayuda a individualizar el cuidado según sus características y situaciones de vida. También nos permite informar de las diferentes alternativas que tienen en relación a su salud.

Se revisaron diversas investigaciones relacionadas al problema y/o variables en estudio, entre ellas:

Báez M y cols. (1995), en Bogotá- Colombia, realizaron un trabajo descriptivo multicentrico comparativo; para tratar de establecer si la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal terminal, es mejor con hemodiálisis o diálisis peritoneal; con una muestra de 50 pacientes de los cuales 25 pertenecían a hemodiálisis y 25 pacientes a diálisis peritoneal, de dos instituciones. El estudio mostró una diferencia significativa con una mejor calidad de vida a favor de los pacientes tratados con hemodiálisis.

Caballero, Trujillo, Welsh, Hernández, y Martínez (2006), en México, realizaron un estudio para comparar la calidad de vida en pacientes manejados con hemodiálisis versus diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis peritoneal automatizada, un estudio transversal, comparativo, de mayo a octubre 2003 a un total de 101 pacientes a los cuales se aplicaron dos instrumentos, uno que mide variables sociodemográficas y el segundo denominado formato corto para evaluar la calidad de vida en la enfermedad renal: KDQOL-SFTM, Versión 1.3, con 22 dimensiones. Se realizó análisis univariado y bivariado y se concluyó que la calidad de vida fue mejor en los pacientes con diálisis

peritoneal automatizada, los pacientes con hemodiálisis tuvieron promedios más bajos del KDQOL.

Sandoval, Caballos, Navarrete, González y Hernández (2007), realizaron un estudio con el propósito de evaluar los diversos aspectos de la calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria, fue un estudio transversal en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal mayores de 18 años, con más de 3 meses en el programa, que sumaron un número de 48 pacientes; se utilizó como instrumento el cuestionario de salud SF-36 validada para población mexicana; los resultados concluyeron en que de las ocho dimensiones analizadas, la puntuación promedio más baja correspondió al rol físico, por verse afectados por problemas en el trabajo u otras actividades diarias, y el más alto correspondió a la salud mental, en la que se encontró un predominio de la sensación de paz, felicidad y calma.

Rodríguez, Castro y Merino (2009), realizaron un tipo de estudio descriptivo de corte transversal, cuyo propósito fue conocer las características personales y calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. La muestra fue de su grupo de estudio estuvo constituido por 90 pacientes del centro de diálisis de la ciudad de Concepción, Chile. La calidad de vida se midió a través del cuestionario genérico de salud SF-36. El valor más alto de calidad de vida fue 81,8 y el más bajo 3,25. Por lo que se pudo concluir que aproximadamente la mitad de las personas encuestadas tenía una calidad de vida por sobre el nivel promedio.

González (2009), en su estudio cuyo objetivo fue: establecer cuáles son los factores psicológicos recurrentes que inciden en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en una unidad de hemodiálisis en el Hospital Clínico Viedma- Bolivia. Se realizó en 44 pacientes a los que se aplicó el instrumento: Cuestionario de la calidad de vida (Sicknes impact profile). En los resultados, se encontró que el 61% de los pacientes tiene problemas moderados en relación a su calidad de vida, los resultados señalan que a calidad de vida se ve disminuida significativamente a partir de la enfermedad que el padece; el 20% de los pacientes presentan problemas leves, una reducción mínima de la manera en que ellos viven y el 14% de los pacientes presentan problemas graves, lo cual nos indica que su calidad de vida se ve reducido casi al máximo y podrían estar viviendo una situación de estrés grave.

1.2. RELEVANCIA Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

La presente investigación se justifica porque existen personas con problemas renales crónicos en incremento progresivo, tal es así, que aproximadamente el 11% de la población tiene la enfermedad renal. Por lo tanto al evaluar el nivel de calidad de vida, en estas personas, se busca investigar el impacto de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) y su tratamiento que modifica su calidad de vida para su funcionamiento físico, psicológico y social, en aquellos que reciben como tratamiento: la hemodiálisis o la diálisis peritoneal.

Durante mi experiencia laboral he podido observar que el cuidado brindado a los pacientes que acuden a la Unidad de diálisis se limita en su mayoría a brindar la atención al procedimiento y el personal muchas veces desconoce la situación real del paciente, tanto en su aspecto físico, psicológico, emocional y social.

Por lo que el presente estudio es necesario y de gran interés para las enfermeras especialistas en el área de nefrología, que le permitirá conocer los resultados que aportaran a la ciencia de enfermería, el conocimiento que le permita dar las pautas necesarias a la enfermera para realizar sus intervenciones tanto en la enseñanza, la práctica y la investigación, de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando este tipo de paciente.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en paciente hemodializado y de pacientes en Diálisis peritoneal del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo?

1.4. OBJETIVOS:

Objetivo General.

Identificar el nivel de calidad de vida en paciente hemodializado y de pacientes en diálisis peritoneal del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo.

Objetivos Específicos:

-Estimar el nivel de las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental de la calidad de vida en paciente hemodializado del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo.

-Valorar el nivel de las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental de la calidad de vida en paciente con diálisis peritoneal del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo.

II. MATERIAL Y METODOS:

2.1. Tipo de Investigación.

El presente estudio se ajusta a un tipo de estudio descriptivo-comparativo, que se desarrolló en la Unidad de Diálisis del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, durante los meses de Setiembre-Diciembre.

2.2.Población y Muestra de Estudio.

Se tomó como referencia a los 268 pacientes que asistieron en el año 2013, que son un total de 180 pacientes con Enfermedad Renal Crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis y 88 en tratamiento de diálisis peritoneal, que pertenecen al Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray (HVLE).

La muestra estuvo constituida por las personas que se encontraron recibiendo el tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal en los meses de Setiembre a Diciembre de 2013, aproximadamente 35 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y 35 pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. La muestra se obtuvo mediante el muestreo aleatorio simple con un nivel de significancia del 5% y un error de muestreo del 8% (Ver Anexo 2).

2.3.Unidad de Análisis.

Paciente con enfermedad renal crónica terminal que recibe tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal que cumpla con:

Criterios de inclusión:

- Paciente asegurado (Es salud) con diagnóstico de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT).
- Paciente que se atienden continuamente, recibiendo al menos 3 veces por semana el tratamiento de hemodiálisis o cumplen con su tratamiento de diálisis peritoneal satisfactoriamente.
- Edades entre 18 a 60 años; Lucidos, orientados en tiempo, espacio y persona.
- Sin algún diagnóstico psiquiátrico.
- Que hayan cursado secundaria completa.
- Pacientes que no presenten incapacitación por ceguera o amputación.
- Pacientes con tratamiento de diálisis mayor de un año.

2.4.Instrumentos.

CUESTIONARIO DE SALUD SF – 36 (Ver anexo 1)

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; rol físico; rol emocional; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

La calidad de vida del paciente en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal, se categorizará en:

- Calidad de vida alto: 67 – 100 puntos
- Calidad de vida medio: 34– 66 puntos
- Calidad de vida bajo: 0 – 33 puntos

2.5.Control de calidad de los instrumentos

Validez

El instrumento se validó por contenido mediante el juicio de expertos en la materia, en este caso por 2 Enfermeras del área de la especialidad de enfermería nefrológica para la validación del cuestionario de la calidad de vida. Sobre las bases de las sugerencias brindadas se reajustaran los instrumentos para su mayor claridad y precisión.

Se aplicó la validez de constructo al instrumento de recolección de datos. En los cuestionarios de evaluación se hizo uso del análisis de componentes principales, el cual nos determina que para el Cuestionario de evaluación de Calidad de Vida, con 8 dimensiones alcanza un porcentaje de variación

mayor al 60% es cual se puede concluir que el instrumento es válido de constructo.

Confiabilidad

Para evaluar la confiabilidad del instrumento, se aplicó la prueba estadística de Alpha de Cronbach la cual nos permitió dar una consistencia interna, alcanzando un puntaje superior a 0.7, esto indica que el instrumento de valoración de la Calidad de Vida es altamente confiable.

2.6.Procedimiento

En primer lugar se hicieron las coordinaciones previas para solicitar la autorización en los centros de diálisis de la Red Asistencial del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, para tener acceso a la relación de pacientes que asisten regularmente y solicitar el consentimiento informado a los pacientes seleccionados.

Una vez firmada la aceptación para la aplicación de los instrumentos, se procedió a la recolección de datos mediante la aplicación de la encuesta a los participantes, el método a utilizarse es la entrevista con preguntas cerradas. En el caso de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, este se realizó durante las horas de su tratamiento y para los que reciben diálisis peritoneal, se coordinó con la enfermera jefe encargada para citarlos o aprovechar los momentos que constituyen parte de la función educativa, esta actividad tomara los días necesarios hasta completar la muestra.

Finalmente se compararon las variables en estudio mediante las técnicas estadísticas descritas y se confrontaron los datos obtenidos entre los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis y los que reciben diálisis peritoneal a fin de analizar los resultados.

2.7. Procesamiento de Datos.

Los datos obtenidos a través de los instrumentos de recolección fueron digitados en una base de datos en el programa Excel, luego copiados y recodificados al programa estadístico SPSS versión 19. Posteriormente se elaboró tablas de frecuencia uni y bidimensional con sus respectivos gráficos. Para verificar la comparación de la variable calidad de vida según los dos tratamientos se utilizó la prueba t student para la comparación de medias para muestras independientes, considerando que existen evidencias suficientes de significación estadística si la probabilidad de equivocarse es menor al 5 por ciento ($p < 0.05$).

2.8. Definición y operacionalización de variables

A. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA

-Definición conceptual:

Es la percepción que el individuo tiene de su propia posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones, influenciado por la salud física del individuo, el estado psicológico, espiritual y las relaciones sociales.

-Definición operacional Global:

- Nivel de Calidad de vida bajo: si la percepción del paciente sobre su propia posición en la vida mediante las dimensiones evaluadas es negativa. Cuando la calificación del instrumento corresponde a un puntaje entre 0 – 33 puntos.

- Nivel de Calidad de vida medio: si la percepción del paciente sobre su propia posición en la vida mediante las dimensiones evaluadas es medianamente positiva. Cuando la calificación del instrumento corresponde a un puntaje entre 34 – 66 puntos.

- Nivel de Calidad de vida alto: si la percepción del paciente sobre su propia posición en la vida mediante las dimensiones evaluadas es positiva. Cuando la calificación del instrumento corresponde a un puntaje entre 67 – 100 puntos.

Las ocho dimensiones que engloba e integralmente comprenden la calidad de vida son descritas como:

a) Función física.

Definición conceptual: 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.

Definición operacional: Cuando la calificación en el instrumento corresponda a un puntaje de:

Alto: 67 – 100 puntos

Medio: 34 – 66 puntos

Bajo: 0 – 33 puntos

b) Rol Físico.

Definición conceptual: 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.

Definición operacional: Cuando la calificación en el instrumento corresponda a un puntaje de:

Alto: 67 – 100 puntos

Medio: 34 – 66 puntos

Bajo: 0 – 33 puntos

c) Dolor Corporal.

Definición conceptual: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

Definición operacional: Cuando la calificación en el instrumento corresponda a un puntaje de:

Alto: 67 – 100 puntos

Medio: 34 – 66 puntos

Bajo: 0 – 33 puntos

d) Salud General.

Definición conceptual: Valbración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

Definición operacional: Cuando la calificación en el instrumento corresponda a un puntaje de:

Alto: 67 – 100 puntos

Medio: 34 – 66 puntos

Bajo: 0 – 33 puntos

e) Vitalidad.

Definición conceptual: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

Definición operacional: Cuando la calificación en el instrumento corresponda a un puntaje de:

Alto: 67 – 100 puntos

Medio: 34 – 66 puntos

Bajo: 0 – 33 puntos

f) Función Social.

Definición conceptual: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

Definición operacional: Cuando la calificación en el instrumento corresponda a un puntaje de:

Alto: 67 – 100 puntos

Medio: 34 – 66 puntos

Bajo: 0 – 33 puntos

g) Rol Emocional.

Definición conceptual: 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.

Definición operacional: Cuando la calificación en el instrumento corresponda a un puntaje de:

Alto: 67 – 100 puntos

Medio: 34 – 66 puntos

Bajo: 0 – 33 puntos

h) Salud Mental.

Definición conceptual: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Definición operacional: Cuando la calificación en el instrumento corresponda a un puntaje de:

Alto: 67 – 100 puntos

Medio: 34 – 66 puntos

Bajo: 0 – 33 puntos

2.9.Consideraciones éticas y rigor científico

- **DERECHO A LA AUTONOMIA:**

La autonomía, es el derecho moral y legal de los pacientes a adoptar sus propias decisiones sin restricción, ni coerción, por más buenas que sean las intenciones del personal de salud. El paciente luego de ser informado de los objetivos de la investigación decidirá si participa o no del estudio, sin sentimientos de compromiso o presión.

- **DERECHO AL CONOCIMIENTO ESTRICTO DE INFORMACIÓN:**

Derecho a ser informado, explicarle la naturaleza del estudio, el derecho que tienen a no participar del estudio, las responsabilidades del investigador y los probables riesgos y beneficios.

- PRINCIPIO DE BENEFICIENCIA

El principio de beneficencia persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto los participantes en una investigación, deben conocer los riesgos y los beneficios que lograrán con su participación. El beneficio supere el riesgo contraído.

- CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado, es un elemento de respeto al paciente, constituye una exigencia ética de los derechos del ciudadano y esta reconocidos en la Ley General de Salud N° 26842, de 1997.

Es la manifestación voluntaria, libre y racional, realizada por un paciente de aceptación a un tratamiento, luego de haber sido informado del mismo y de habersele respondido todas sus dudas de manera adecuada y suficiente, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios.

III. RESULTADOS

TABLA 1

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE 70 PACIENTES SEGUN NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HEMODIALIZADO EN RELACION AL PACIENTE CON DIALISIS PERITONEAL. UNIDAD DE DIALISIS DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY.

Nivel de Calidad de Vida	Tratamiento				Total	
	Hemodializado		Diálisis Peritoneal		n _o	%
	n _o	%	n _o	%		
Bajo	4	11,4	16	45,7	20	28,6
Medio	17	48,6	7	20,0	24	34,3
Alto	14	40,0	12	34,3	26	37,1
Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0

Fuente: Entrevista a pacientes hemodializados y en diálisis peritoneal, participantes en la investigación sobre “Calidad de vida en paciente hemodializado y con diálisis peritoneal del hospital Víctor Lázarte Echeagaray”.

GRAFICA No. 1:
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE 70 PACIENTES SEGUN NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL
PACIENTE HEMODIALIZADO EN RELACION AL PACIENTE

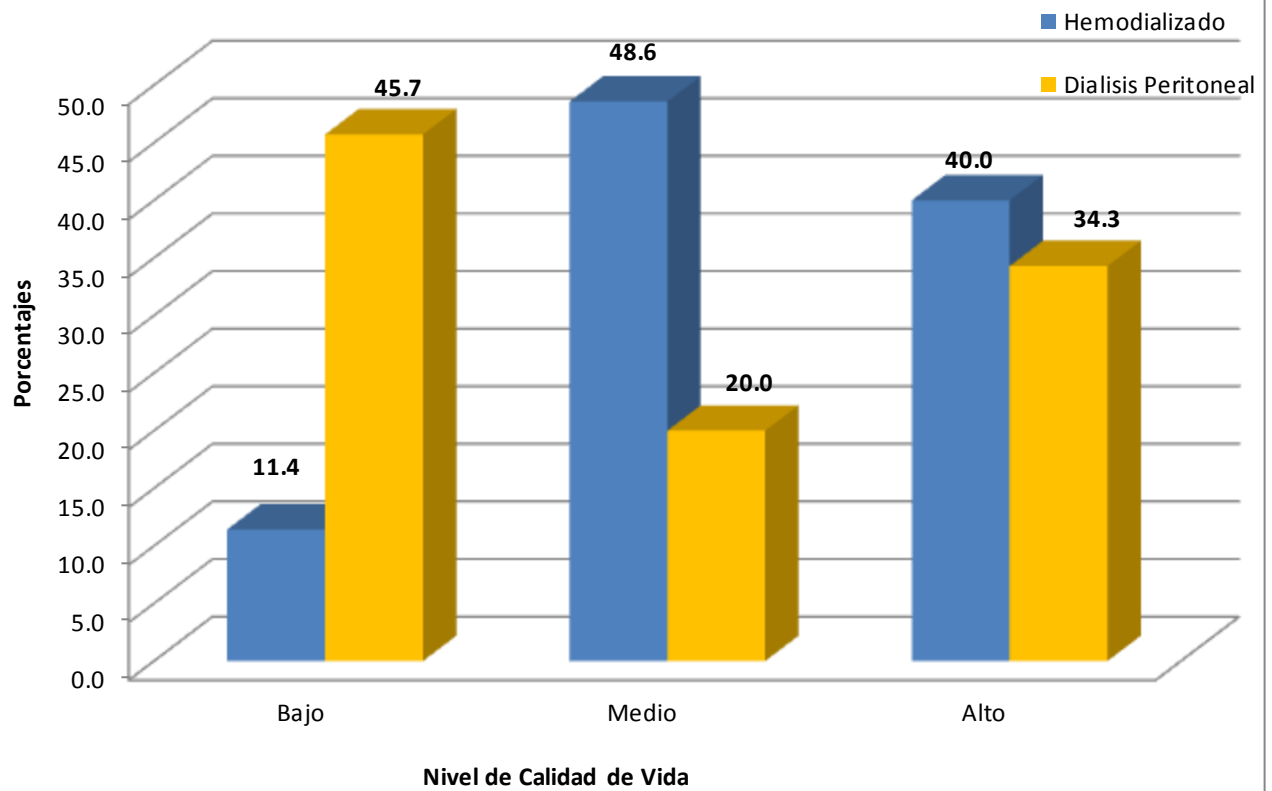


TABLA 2
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGUN EL NIVEL EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HEMODIALIZADO EN RELACION AL PACIENTE CON DIALISIS PERITONEAL. UNIDAD DE DIALISIS DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY.

Nivel de Calidad de Vida por Dimensiones		Tratamiento				Total	
		Hemodiálisis		Diálisis Peritoneal		n _o	%
		n _o	%	n _o	%		
Función física	Bajo	3	8,6	8	22,9	11	15,7
	Medio	14	40,0	18	51,4	32	45,7
	Alto	18	51,4	9	25,7	27	38,6
Rol Físico	Bajo	6	17,1	11	31,4	17	24,3
	Medio	9	25,7	8	22,9	17	24,3
	Alto	20	57,1	16	45,7	36	51,4
Dolor Corporal	Bajo	21	60,0	21	60,0	42	60,0
	Medio	1	2,9	0	0,0	1	1,4
	Alto	13	37,1	14	40,0	27	38,6
Salud General	Bajo	8	22,9	15	42,9	23	32,9
	Medio	17	48,6	17	48,6	34	48,6
	Alto	10	28,6	3	8,6	13	18,6
Vitalidad	Bajo	1	2,9	11	31,4	12	17,1
	Medio	18	51,4	18	51,4	36	51,4
	Alto	16	45,7	6	17,1	22	31,4
Función Social	Bajo	1	2,9	8	22,9	9	12,9
	Medio	15	42,9	14	40,0	29	41,4
	Alto	19	54,3	13	37,1	32	45,7
Rol Emocional	Bajo	16	45,7	18	51,4	34	48,6
	Medio	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Alto	19	54,3	17	48,6	36	51,4
Salud Mental	Bajo	0	0,0	5	14,3	5	7,1
	Medio	13	37,1	17	48,6	30	42,9
	Alto	22	62,9	13	37,1	35	50,0
Total		35	100,0	35	100,0	70	100,0

Fuente: Entrevista a pacientes hemodializados y en diálisis peritoneal, participantes en la investigación sobre “Calidad de vida en paciente hemodializado y con diálisis peritoneal del hospital Víctor Lazarte Echegaray”.

GRAFICA 2:
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA

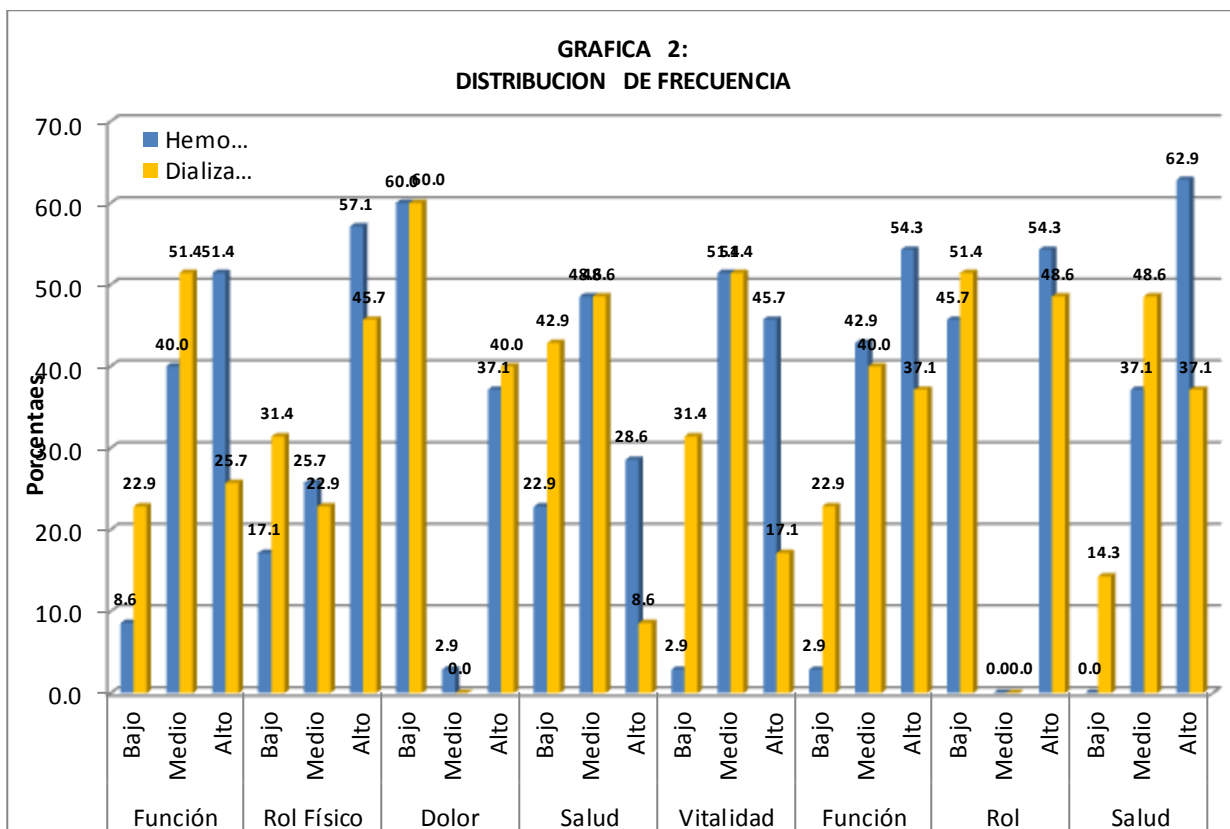


TABLA 3
PRUEBA T STUDENT PARA COMPARACION DE MEDIAS MUESTRAS
INDEPENDIENTES DE PACIENTES SEGUN CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE
HEMODIALIZADO EN RELACION AL PACIENTE CON DIALISIS PERITONEAL.
UNIDAD DE DIALISIS DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY.

Calidad de Vida	Valor t	Probabilidad (p)	Significancia	
Calidad de Vida General	1,662	0,101	No Significativo	Acepta Ho
Dimensión de Función Física	2,326	0,023	Significativo	Acepta Ha
Dimensión de Rol Físico	-0,450	0,654	No Significativo	Acepta Ho
Dimensión de Dolor Corporal	1,500	0,138	No Significativo	Acepta Ho
Dimensión de Salud General	1,720	0,090	No Significativo	Acepta Ho
Dimensión de Vitalidad	3,306	0,002	Altamente Significativo	Acepta Ha
Dimensión de Función Social	2,143	0,036	Significativo	Acepta Ha
Dimensión de Rol Emocional	-1,057	0,294	No Significativo	Acepta Ho
Dimensión de Salud Mental	3,230	0,002	Altamente Significativo	Acepta Ha

Fuente: Entrevista a pacientes hemodializados y en diálisis peritoneal, participantes en la investigación sobre “Calidad de vida en paciente hemodializado y con diálisis peritoneal del hospital Víctor Lazarte EcheGARAY”.

IV. ANALISIS Y DISCUSION

En la presente investigación de tipo descriptivo comparativo sobre el nivel de calidad de vida en pacientes hemodializados y diálisis peritoneal del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, encontrándose los siguientes resultados.

En la tabla N° 1 se encontró un mayor porcentaje en el nivel bajo de calidad de vida en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal en comparación con los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, con 45.7 % y 11.4 % respectivamente.

Asimismo se muestra un porcentaje mayor en el nivel medio en pacientes hemodializados, con un 48.6 % frente a un 20 % en pacientes en diálisis peritoneal. En tanto, se evidencia un 40% en el nivel alto en pacientes en tratamiento de hemodiálisis frente a un 34.3 % en pacientes en diálisis peritoneal.

Ante los resultados mencionados en el párrafo anterior, es notable que la calidad de vida se vea afectada considerablemente y solo un porcentaje pequeño logra mantener un nivel alto de calidad de vida. Ante esto Álvarez et al (2001) sostienen que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud, aspecto importante que ha adquirido un interés relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo.

De otro lado, encontramos que el nivel de calidad de vida de pacientes hemodializados en relación a pacientes en diálisis peritoneal de la Unidad de diálisis del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo, es medianamente mejor,

no obstante según la prueba T student que se utilizó, nos indica que la diferencia de calidad de vida entre ambos grupos de pacientes no es significativa.

Con respecto a esto, los progresos de los últimos años nos van permitiendo comprender el sentido de la calidad de vida de manera mas concreta y operativa, determinar cómo evaluarlo y como planificar acciones, para la adaptación y el autocuidado. Sin embargo es importante considerar los modelos y las teorías de enfermería de Callista Roy y Dorotea Orem. La enfermería como ciencia es “un sistema de desarrollo del conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos que influyen de manera positiva en su estado de salud. Atendiendo a los criterios definatorios de Roy, el objetivo de enfermería, en las unidades de diálisis estaría orientado a la promoción del nivel de adaptación de los pacientes con IRC al tratamiento indicado, considerando básicamente sus intereses, valores, las intervenciones profesionales como un todo, en un contexto de salud holística, esta, afecta al conjunto del Ser de la persona y, la calidad global de su estilo de vida.

Por todo lo mencionado, el quehacer de la enfermera debe centrarse en ayudar a los individuos a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento, potencializando sus capacidades que le ayuden a enfrentar y manejar el cuidado de su salud a través del autocuidado; por lo cual, ante los hechos encontrados es necesario, conocer la capacidad de autocuidado que tiene cada paciente, y así poder garantizar que las actividades que realice, sea lo suficiente para mantener una calidad de vida aceptable y atender las demandas de autocuidado generadas por la enfermedad. El conocimiento de ello, permitirá

orientar las necesidades educativas de cada paciente según el déficit de autocuidado encontrado; y la orientación del apoyo familiar requerido para lograr un cuidado más efectivo.

Esto contradice lo que Báez M y Cols hallaron en su estudio, encontrando que existe una diferencia significativa con una mejor calidad de vida a favor de los pacientes tratados con hemodiálisis. Asimismo lo expuesto por Caballero, Trujillo, Welsh, Hernández, y Martínez, quienes afirman, según su estudio, que los pacientes con hemodiálisis tuvieron promedios más bajos y concluyen que la calidad de vida fue mejor en los pacientes con diálisis peritoneal.

Se puede inferir que los resultados de nuestro trabajo de investigación difieren a los expuestos por los autores anteriormente mencionados, debido a las diferencias culturales que acompañan a cada grupo de estudio. Siendo de vital importancia el rol de cumplen cada uno de los profesionales inmersos en la atención dentro del tratamiento de cada grupo de pacientes.

Es importante resaltar que a pesar de no haber encontrado alguna diferencia significativa entre ambos grupos en el nivel de calidad de vida, si se halló diferencias relevantes dentro de las dimensiones que la componen.

Por otro lado, en la tabla N° 2, en la dimensión de función física, se evidencia un porcentaje mayor con un 51.4 % en un nivel alto y medio, en los pacientes hemodializados y en diálisis peritoneal respectivamente. Asimismo, en la dimensión de rol físico, en ambos tratamientos, los pacientes alcanzan porcentajes mayores en el nivel alto con 57.1 % en hemodiálisis y 45.7 % en

diálisis peritoneal. Así también, en dolor corporal, los dos grupos obtienen un porcentaje mayor en el nivel bajo, con un 60 % en ambos. En tanto, en la dimensión de salud general, ambos grupos alcanzan el mismo porcentaje mayor en el nivel medio con un 48.6 %. Por otro lado, en la dimensión de vitalidad, tanto los pacientes en hemodiálisis y en diálisis peritoneal, obtienen igual porcentaje (51.4 %) en el nivel medio. De otra parte, en función social, los pacientes en hemodiálisis alcanzan un 54.3 % en el nivel alto, y los pacientes en diálisis peritoneal, obtienen un 40 % en el nivel medio. De otro lado, en la dimensión de rol emocional, ambos grupos alcanzan porcentajes mayores en el nivel alto, con 54.3 % y 48.6 % en hemodiálisis y diálisis peritoneal respectivamente. Por último, en la dimensión de salud mental, los pacientes en hemodiálisis obtienen un 62.9% en el nivel alto, frente a un 48.6% en el nivel medio de los pacientes en diálisis peritoneal.

En referencia a lo descrito anteriormente, es importante resaltar que el nivel de calidad de vida presenta diversos factores que determinan un bienestar óptimo, es así que autores como Aaronson, Calman, Flanagan, Padilla, y Schipper coinciden en afirmar que la calidad de vida abarca cuatro dominios esenciales: el bienestar físico (autonomía y capacidad física), las molestias somáticas (síntomas a causa de la enfermedad y del tratamiento), el estado psicológico (emoción, ansiedad y depresión) y los problemas de las relaciones sociales (familiares y profesionales). (Hinojosa, 2006).

Frente a estos resultados, Hinojosa (2006) realizó un estudio para determinar la calidad de vida en pacientes renales, donde encontró respecto a las dimensiones

que el rol físico alcanzó una de las medias más bajas de la población en estudio, mostrando que más de un 70% de los pacientes declaró que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo. En la escala de la función física se obtuvo los siguientes resultados en el grupo de hemodiálisis se observa un porcentaje de 38.67% mala y un 61.33% buena en DIPAC el 31.58% mala; Para el dolor corporal; encontramos que en el grupo de hemodiálisis un 46.67% mala y un 53.33% buena en DIPAC el 31.68 % mala y un 68.42% buena.

Considerando los resultados de esta investigación y en comparación con el estudio realizado por Hinojosa, podemos inferir que la calidad de vida en pacientes hemodializados y pacientes en diálisis peritoneal, no presenta diferencias significativas en cuanto a las dimensiones observadas.

En la tabla 3, se observa que en la calidad de vida general, no existen diferencias significativas entre los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal. Por otro lado, en las dimensiones de vitalidad y salud mental, se evidencia una diferencia altamente significativa con una probabilidad menor a 0.01 ($p < 0.01$). En tanto en las dimensiones de función física y función social, se obtiene una diferencia significativa con una probabilidad menor al 0.05 ($p < 0.05$). No obstante, en la dimensiones de rol físico, dolor corporal, salud general y rol emocional, no se aprecian diferencias significativas.

Respecto a lo anterior, encontramos en un estudio hecho por Hinojosa, la escala de vitalidad que expresa el sentimiento de energía y vitalidad, frente al de

cansancio y desánimo refiere en el grupo de hemodiálisis tenemos una apreciación de 66.00% buena, en DIPAC el 59.65% buena. En la dimensión de salud mental que permite la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general. Nos indica que en el grupo de hemodiálisis un 88.00% buena y en DIPAC un 59.65% buena. De otro lado la escala de la función física que representa el 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. Se obtuvo los siguientes resultados; En el grupo de hemodiálisis se observa un porcentaje de 61.33% buena, en DIPAC un 68.42% buena. En la Función social mide el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual. Se encontró que en el grupo de hemodiálisis se tiene una apreciación de 56.00% buena, en DIPAC el 59.65% buena.

Con lo mencionado en el párrafo anterior, y mostrando la diferencia en los resultados encontrados en el presente estudio y el hecho por Hinojosa en la ciudad de Arequipa, se infiere que el aspecto cultural juega un papel muy importante en las diferencias significativas de las dimensiones de salud mental, vitalidad, función social y función física que se obtienen del grupo de estudio.

V. CONCLUSIONES.

El estudio de investigación descriptivo sobre calidad de vida en paciente Hemodializado y con diálisis peritoneal del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, se obtuvieron los siguientes resultados:

- El nivel de calidad de vida del paciente hemodializado tuvo un mayor porcentaje en el nivel medio (48.6%), seguidos del nivel alto (40.0%) y bajo (11.4%); en tanto los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal obtuvieron un porcentaje mayor en el nivel bajo (45.7%) seguido del nivel alto (34.3%) y medio (20.0%).
- De otro lado, haciendo referencia a las dimensiones evaluadas, los pacientes hemodializados mostraron mayores porcentajes en los siguientes niveles: función física 51.4% en el nivel alto; rol físico 57.1% en el nivel alto; dolor corporal 60% en el nivel bajo; salud general 48.6% en el nivel medio; vitalidad 51.4% en el nivel medio; función social 54.3% en el nivel alto; rol emocional 54.3% en el nivel alto; y salud mental 62.9% en el nivel alto.
- Con respecto a los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal, en las dimensiones de calidad de vida se halló mayores porcentajes en los siguientes niveles: función física 51.4% en el nivel medio; rol físico 45.7% en el nivel alto; dolor corporal 60% en el nivel bajo; salud general 48.6% en el nivel medio; vitalidad 51.4% en el nivel medio; función social 40.0% en el nivel medio; rol emocional 51.4% en el nivel bajo; y salud mental 48.6% en el nivel medio.

RECOMENDACIONES

A las autoridades de salud se recomienda:

- Establecer un programa de información para los pacientes con respecto a la calidad de vida que han desarrollado desde que iniciaron su tratamiento, con el fin de contribuir a un mejor conocimiento acerca de la manera en que ellos perciben su manera de convivir con su enfermedad.
- Difundir los resultados encontrados con otros profesionales de la salud, a fin de que en un futuro cercano, se pueda establecer un punto de partida para la creación de programas de intervención que puedan influenciar en una mejora de la calidad de vida de dichos pacientes.
- Sugerir la realización de otras investigaciones sobre calidad de vida del paciente en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Baez M, Buelvas M, Fernandez A, Mestre M, Noriega J, Pabón J y Páez, N. (1995) Análisis comparativo de calidad de vida de pacientes en tratamiento con hemodiálisis vs. Diálisis peritoneal. (Tesis para obtener el grado de Médico Cirujano). Bogota- Colombia. Biblioteca virtual em saúde. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin>.

Begoña, R y Fernández, R. (2008). Diferencias entre diálisis peritoneal y hemodiálisis hospitalaria al inicio de tratamiento: factores psicosociales, estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. España.

Blunno G, Marchetta N y Nizetich S. (2009). Elección del tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Nuestra experiencia en seis años. Rev. Nefrología. Diálisis. y Transplante. Argentina. Disponible en: <http://www.renal.org.ar/revista/50/5025>.

Caballero S, Trujillo J, Weish U, Hernandez S, y Martinez J. (2006) Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis versus diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. Mexico. (alrededor de 2 pantallas). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi>.

Caramantin, O y Chavez, H. (2006) “La enfermedad cambio mi vida”. Cotidianeidad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidas a hemodiálisis. (Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería). Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo.

Contreras, F y cols (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Acta colombiana de psicología.

Daugirdas, J. (2003). Manual de diálisis. 2^{da} ed. Masson. España.

Fernández, S. (1999). Analizando la Calidad de Vida. España. IMSERSO.

Giusti, L. Calidad de Vida, Estrés y Bienestar. Puerto Rico. Psicoeducativa.1991.

González, D. Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: una aproximación psicológica. Hospital Clínica Viedma. Bolivia. (serie en Internet). 2007. (citada el 20 de noviembre del 2009). (alrededor de 11 pantallas). Disponible en: <http://diariodedialisis.files.wordpress.com/2009/05/calidad-de-vida-en-pacientes-en-hemodialisis-resumen-1.pdf>

Hinojosa, C. (2006) “Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica en salud Arequipa. Descargado de

http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf.

Long, B y cols. (1998). Enfermería Medicoquirúrgico. 3^{ra} ed. España. Harcourt Brace.

Maturana, H. (2000) Bioética: la calidad de vida en el siglo XXI. 2da ed. Colombia. El Bosque.

Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal. (2010). Chile. Disponible en:

<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/INsuficienciaRenal.pdf>.

Nordmark, M y Roh Weder, A. (2001) Bases científicas de la enfermería. 2da ed. México. El manual moderno S.A

Perol, MC y cols. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. Análisis de psicología.

Polit, D y Hungler, B. (2000). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Sexta edición. México. Editorial Mc Graw- Hill- Interamericana editores

Potter, P y Perry A. (2004). Fundamentos de Enfermería. 5ta ed. España.

Ramírez M, García M, Alarcón M. (2008). Nivel de Adaptación: Rol e Interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc

Régulo A. (2010). Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta méd. Peruana. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe>

Rodríguez M, Castro M y Merino J. (2009). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. Disponible en: <http://www.scielo.cl>

Sandoval, L. (2007). Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.

Schwartzmann, L. (2009). Calidad de vida relacionado con la salud: aspectos conceptuales. www.udec.cl/publicaciones/cye

Smeltzer, S y Bare, B. (2005). Enfermería Médico Quirúrgico. 10ma ed. México. Mc Graw Hill Interamerica Editores, SA.

Vásquez, F. (2010). La Incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica en el País esta Subvalorada. Universidad Peruana Cayetano Heredia .Nefrólogo del staff de la Clínica San Felipe. Disponible en: http://www.drfernandovasquez.com/articulos_4.htm

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECCION SEGUNDA ESPECIALIDAD

CUESTIONARIO DE SALUD SF – 36

(AUTOR: *Health Institute, New England, Medical Center de Boston, Massachussets*)

Edad:Sexo:..... Grado de Instrucción:

Tiempo de Tratamiento:

INSTRUCCIONES: Este cuestionario se ciñe a su opinión acerca de su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta marcando una sola respuesta en el casillero que usted elija. De no estar seguro de una respuesta, responda lo más adecuado para su caso.

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. Comparada su salud con la de hace un año ¿Cómo la calificaría actualmente?

- Mucho mejor
- Algo mejor
- Mas o menos igual
- Algo peor
- Mucho peor

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

PARTE A. Con respecto a su Estado de Salud Actual, en un día normal:

SE LIMITA UD. PARA:	Sí, me limita mucho (1)	Sí, me limita un poco (2)	No, no me limita en nada (3)
3. ¿Hacer actividades intensas , tales como correr, levantar objetos pesados, o practicar deportes agotadores?			
4. ¿hacer esfuerzos moderados como mover una mesa, trapear, lavar, jugar futbol u otro deporte?			
5. ¿levantar o llevar las compras del mercado?			
6. ¿ Subir varios pisos por la escalera?			
7. ¿Para subir un piso por la escalera?			
8. ¿Para agacharse, arrodillarse o cuclillas?			

9. ¿Caminar más de diez cuadras (1km o más)?			
10. ¿caminar cinco cuadras (500 metros)?			
11. ¿Caminar una cuadra (100 metros)?			
12. ¿Bañarse o vestirse por sí mismo??			

PARTE B. Durante el último mes:

	SI (1)	NO (2)
13. ¿Ha tenido problemas en el trabajo o en otras actividades diarias normales a causa de su salud física?		
14. ¿Ha logrado realizar menos actividades de lo que le hubiera gustado, a causa de su salud física?		
15. ¿Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades a causa de su salud física?		
16. ¿Ha tenido dificultades para realizar su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, ha requerido mayor esfuerzo) a causa de su salud física?		
17. ¿Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		
18. ¿Ha podido hacer menos de lo que hubiera querido a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		
19. ¿No ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		

20. En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?

- Ningún dolor
- Muy poco
- Un poco
- Moderado
- Mucho
- Muchísimo

22. ¿Cuánto, el dolor físico le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante

Demasiado

PARTE C. Durante el último mes, con qué frecuencia:

SE SINTIÓ	Siempre (1)	Casi Siempre (2)	Muchas Veces (3)	Algunas Veces (4)	Solo Alguna Vez (5)	Nunca (6)
23. ¿Lleno de vitalidad?						
24. ¿Muy nervioso?						
25. ¿Decaído, que nada podía animarlo?						
26. ¿Calmado y tranquilo?						
27. ¿Con mucha energía?						
28. ¿Desanimado y triste?						
29. ¿Agotado?						
30. ¿Feliz?						
31. ¿Cansado?						

32. ¿Con que frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

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

Nunca

PARTE D. Creo que:

	Totalmente cierta (1)	Bastante cierta (2)	No lo sé (3)	Bastante falsa (4)	Totalmente falsa (5)
33. Yo me enfermo más fácilmente que otras personas.					
34. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.					
35. Mi salud va a empeorar.					
36. Mi salud es excelente.					

ANEXO 2

TAMAÑO DE MUESTRA

Para obtener el tamaño de muestra en la presente investigación se utilizó el muestro aleatorio simple, cuya fórmula es:

$$n_o = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{(N - 1) * E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

$Z_{\alpha/2}$: Valor tabulado de la Distribución Normal Estandarizada ($Z_{\alpha/2} = Z_{0,975} = 1.96$)

α : Nivel de significancia del 5% ($\alpha=0.05$)

d : Precisión o error de muestreo del $\pm 8\%$ ($d = \pm 0.08$)

p : Proporción de pacientes con hemodiálisis del 50% ($p=0.50$)

q : Proporción de pacientes con diálisis del 50% ($q=0.50$)

pq : Varianza máxima del 25% ($p*q=0.25$)

N : Población de 268 pacientes ($N=268$)

n_o : Tamaño de muestra inicial

n_f : Tamaño de muestra final

Reemplazando valores, obtenemos el tamaño de muestra inicial:

$$n_o = \frac{268 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50}{(268 - 1) * 0.08^2 + 1.96^2 * 0.50 * 0.50} = 96$$

Comprobando con el factor de corrección del muestro, tenemos:

$$f = \frac{n_o}{N} = \frac{96}{268} = 0.360 > 0.05 \quad (5\%)$$

como el factor de muestreo es mayor al 5%, se corrige el tamaño de muestra inicial, mediante la fórmula del tamaño de muestra final:

$$n_f = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{96}{1 + \frac{96}{268}} = 70$$

por lo tanto el tamaño de muestra será de 70 pacientes: 35 de hemodiálisis y 35 de diálisis.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., con **DNI** N^a....., acepto voluntariamente participar en la investigación que tiene como título: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE HEMODIALIZADO Y CON DIALISIS PERITONEAL, que tiene como propósito: valorar la calidad de vida en el tratamiento que recibe para posteriormente hacer una comparación entre los que reciben diálisis peritoneal y los que reciben hemodiálisis.

Ya se me informó a detalle los riesgos de la investigación, se aclararon mis dudas y la autora se comprometió a guardar los principios éticos de autonomía, anonimato, confidencialidad, beneficencia y veracidad, por lo cual firmo el siguiente consentimiento.

.....

Autora

.....

Paciente

ANEXO 4

**TABLA No. 4:
ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS DE 70 PACIENTES SEGUN CALIDAD DE VIDA
DEL PACIENTE HEMODIALIZADO EN RELACION AL PACIENTE CON DIALISIS
PERITONEAL. UNIDAD DE DIALISIS DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE
ECHEGARAY.**

Calidad de Vida	Tratamiento	Tamaño	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Promedio	Desviación Estándar
Calidad de Vida	Hemodializado	35	25	90	59	19,22
	Dializado	35	18	88	50	25,62
Función física	Hemodializado	35	20	100	65	23,04
	Dializado	35	0	95	51	28,10
Rol Físico	Hemodializado	35	0	100	40	34,41
	Dializado	35	0	100	44	44,59
Dolor Corporal	Hemodializado	35	10	100	64	26,97
	Dializado	35	0	100	53	34,98
Salud General	Hemodializado	35	15	95	49	23,24
	Dializado	35	15	80	41	18,16
Vitalidad	Hemodializado	35	30	100	64	20,71
	Dializado	35	0	100	44	29,82
Función Social	Hemodializado	35	10	100	67	23,65
	Dializado	35	0	100	53	30,27
Rol Emocional	Hemodializado	35	0	100	46	36,33
	Dializado	35	0	100	56	44,89
Salud Mental	Hemodializado	35	36	100	74	19,96
	Dializado	35	12	100	56	25,85