

Universidad Nacional de Trujillo

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS Y CALIDAD DE VIDA DE
LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN CLÍNICA DE
TRUJILLO.**

**INFORME DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA**

MENCION: NEFROLOGIA

AUTORA : Lic. Enf. LIÑAN NIZAMA, LOURDES KATHERINE.

ASESORA : Dra. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, MERCEDES TERESA.



TRUJILLO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

*A mis padres **Luis y Arlita***

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy como persona, por haberme inculcado valores, principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, comprensión, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.



*A mi hermano **Mitchell***

Porque tú me inspiras a ser un buen ejemplo para ti; tanto como persona y profesional.

Por ser fuente de energía cuando la necesitaba. Por ser un apoyo moral importantísimo.

Por estar siempre en los momentos que más lo necesité a pesar de la distancia.

Lourdes

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante el periodo de estudio de la especialidad de nefrología.

Por guiarme por el buen camino, dame 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.



Lourdes

A la Dra. Mercedes Rodríguez Sánchez

Le agradezco de manera especial su tiempo dedicado, confianza, apoyo y ayuda incondicional.

Por sus valiosas ideas y recomendaciones cuya motivación y estímulo constante hicieron posible la elaboración y culminación de esta tesis.

FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS EN CLINICA DE TRUJILLO 2015.

Autora: Lic. Liñan Nizama, Lourdes Katherine ¹
Asesora: Dra. Rodríguez Sánchez, Mercedes Teresa ²

RESUMEN

El presente estudio de investigación cuantitativa es de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal, se realizó en pacientes de la unidad de hemodiálisis de una Clínica de Trujillo -La Libertad; con la finalidad de determinar los factores biosociodemográficos y la calidad de vida. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó los instrumentos para medir la calidad de vida del paciente en hemodiálisis según dimensiones físicas, emocionales, sociales, de relaciones personales y de vacaciones. La confiabilidad de dicho instrumento se determinó mediante la prueba estadística de Alpha de Crombach. De los factores biosociodemográficos tomados en el presente estudio de investigación, se identificó que la etapa de vida que predomina es la de los adultos maduros con un 65%, el sexo masculino con 55%, el grado de instrucción secundaria con 35%, el tiempo de enfermedad de 1 a 4 años con 75%, y el paciente desocupado con un 45%. Se demostró que los factores biosociodemográficos rol social y grado de instrucción si están relacionados con la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis validado con prueba estadística Chi cuadrado de 15.014 y 24.812 respectivamente. Los factores biosociodemográficos: edad, sexo y tiempo de enfermedad, no están relacionadas con la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. El 40% de pacientes en hemodiálisis presentan una buena calidad de vida, seguido del 37.5% con regular y 22.5% deficiente calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, Hemodiálisis, Calidad de vida y Factores Sociodemograficos.

¹Licenciada en Enfermería en Clínica de Hemodiálisis Virgen de la Puerta. Email: lourdeskln@gmail.com.

² Docente del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Trujillo, Doctora en Salud Pública. Email: teresamercedes1@hotmail.com

BIOSOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AND LIFE QUALITY PATIENT IN HEMODIALYSIS CLINIC TRUJILLO 2015.

Author: Lic. Liñan Nizama, Lourdes Katherine ¹
Adviser: Dra. Rodríguez Sánchez, Mercedes Teresa ²

RESUMEN

This study is quantitative research, correlational, descriptive cross-sectional, was conducted in patients of a hemodialysis unit Clinic Trujillo La Libertad; in order to determine the demographic factors, and quality of life. The sample consisted of 40 patients, which were selected according to the inclusion and exclusion criteria. Instruments was used to measure the quality of life of patients on hemodialysis by physical, emotional, social, personal relationships and rental. The reliability of the instrument was determined by the statistical test of Cronbach Alpha. Sociodemographic factors taken in this research study, it was identified that the stage of life that prevails is that of mature adults 65%, males 55%, the degree of secondary education with 35%, time of disease 1-4 years 75%, and unoccupied patient with 45%. was shown that biosociodemographic factors social role and level of education if they are related to quality of life in hemodialysis patients with validated statistical test Chi Square of 15,014 and 24,812 respectively. Biosociodemographic factors: age, sex and disease duration, unrelated to the quality of life in patients hemodialysis. 40% of hemodialysis patients have a good quality of life, followed by 37.5% and 22.5% regular poor quality life.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Quality of life and biosociodemographic factors

¹ Degree in Nursing in hemodialysis clinic virgin of the door. Email. lourdeskln@gmail.com.

² Doctor of Public Health. Teaching Section of the Second Specialty School of the Faculty of nursing of the National University of Trujillo. Email: teresamercedes1@hotmail.com

SUMARIO

| | Pág. |
|---------------------------------------|------|
| RESUMEN..... | i |
| ABSTRACT..... | ii |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. MARCO TEORICO..... | 11 |
| III. MATERIAL Y MÉTODO..... | 24 |
| IV. RESULTADOS | 34 |
| V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN..... | 42 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 55 |
| VII. RECOMENDACIONES..... | 56 |
| VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 57 |
| ANEXOS..... | 65 |

I. INTRODUCCION

1.1. Antecedentes del problema.

En décadas recientes, el mundo ha experimentado profundas transformaciones demográficas y epidemiológicas que han condicionado un enorme aumento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. La epidemia de enfermedades crónicas amenaza el desarrollo social y económico, la vida y la salud de millones de personas (Flores, 2010).

El mismo autor refiere que en el 2005, aproximadamente 35 millones de personas fallecieron de enfermedades crónicas; esta cifra dobla el número de muertes de todas las enfermedades infecciosas, condiciones maternas y perinatales, y deficiencias nutricionales combinadas. Mientras es esperable que la mortalidad por estas últimas condiciones decline en 3% en la próxima década, las muertes por enfermedades crónicas aumentará en 17% en el mismo período.

Entre estas enfermedades crónicas tenemos a la insuficiencia renal crónica, cuyos pacientes en su mayoría son reconocidos en los estadios terminales de la enfermedad que requieren terapias sustitutivas como

diálisis o trasplante renal, en el 2010 más de 2.500.000 personas en el mundo sobreviven gracias al tratamiento dialítico, con la incidencia de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) que se ha duplicado en los últimos 10 años. La consecuencia de este hecho condiciona a los sistemas de salud haciendo prácticamente imposible sostener el crecimiento en el costo de la salud que ello implica (Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, 2010).

Por consiguiente la IRCT, constituye un importante problema de salud pública, el cual requiere tratamiento sustitutivo de la función renal mediante diálisis o trasplante renal, presenta una incidencia y prevalencia crecientes en las últimas décadas. Se estima que por cada paciente en un programa de diálisis o trasplante puede haber 100 en uno u otro estadio evolutivo en la población general y estos constituyen la base de los pacientes que arribarán más tarde a la ERC avanzada, debido a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia, como el envejecimiento, la hipertensión arterial, la diabetes y la enfermedad vascular (Avendaño, 2008 y López, 2011).

Hay un aumento constante del número de pacientes con nefropatía terminal en el estadio 5 que reciben terapia de reemplazo renal en todo el mundo. Según datos publicados por la Sociedad Española de Nefrología,

se estima que en el año 2001 el 0.1% de la población española era objeto de este tipo de tratamiento, lo que los situaba en porcentaje, como el segundo país con insuficiencia renal crónica dependiente de Terapia Sustitutiva Renal en Europa. En algunas comunidades de dicho país, estas cifras son similares a las notificadas en Estados Unidos, que fueron las más cuantiosas del mundo (Silvestre y Plaza, 2007).

Esto demuestra que en EEUU, más de 26 millones de personas tienen ERC y están en riesgo de desarrollar otras complicaciones. La incidencia es de 330 casos nuevos por millón de habitantes. El programa de nefropatía terminal abarca 431 284 pacientes; 308 910 en diálisis y 122 374 con trasplante funcionante. Así mismo, el número de personas que requieren diálisis se ha duplicado en el período de 1991 (209,000) a 2004 (472,000). De igual forma el costo anual del tratamiento de cada paciente es \$70,000 y el sistema de atención de ese país proyecta que el gasto en la atención de la ERT en el 2010 llegará a 28 billones de dólares (Wein, 2008 y Alarcón, 2009).

Las tasas de mortalidad ajustadas para los pacientes en diálisis en los Estados Unidos siguen en descenso en los pacientes con menos de 5 años de tratamiento. Sin embargo, la tasa de mortalidad aumentó un 14% en los pacientes en diálisis por un periodo de 5 años o más desde su

valor mínimo en 1994 hasta 286 muertes cada 1000 pacientes por año en 2002; dicha tasa de mortalidad de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal depende en gran medida del porcentaje de diabéticos incluidos, la dosis de diálisis, el tipo de membrana de diálisis, el tratamiento con eritropoyetina y el estado nutricional (Wein, Kavoussi y Novick, 2008).

Esta situación también se da en Brasil, donde hay 70.872 pacientes en tratamiento renal sustitutivo, de acuerdo con el Censo de la Sociedad Brasileña de Nefrología de 2006, con 64.306 pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal en 6.566, y 95.02% de los pacientes tienen el SUS (Sistema Único de Salud) como pagador del convenio (Almeida, Machado, Moura, 2010).

También Chile, el número de pacientes en hemodiálisis, ha experimentado un crecimiento mayor a 30 veces en los últimos treinta años, alcanzando actualmente una prevalencia de 857 pacientes por millón de habitantes. Estos pacientes emergen de una población mucho mayor con enfermedad renal crónica (ERC), cuya prevalencia se estima en 10% (Flores, 2010).

Así mismo en nuestro país, se estima que entre 200 mil y 300 mil personas son portadoras de enfermedad renal crónica y más de dos millones y medio de personas se encuentran en riesgo de contraer dicha enfermedad. La diabetes y la presión alta son factores de alto riesgo y pueden contribuir a elevar más estas tasas de frecuencia de ERC en el futuro cercano (Alarcón, 2009).

En los últimos 30 años se han conseguido avances notorios en el tratamiento con hemodiálisis: un mejor control en el tratamiento del agua, el control de la ultrafiltración, la adición de bicarbonato al líquido de diálisis, el desarrollo de nuevas membranas biocompatibles, nuevas técnicas de diálisis, etc; lo que ha supuesto una mejoría clara en la prestación de la técnica (Martin, 2010).

El mismo autor refiere que a pesar de ello, la IRC sigue siendo, una situación de gran impacto en la calidad de vida. Ya en estadios precoces se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria, y en las fases avanzadas, las terapias sustitutivas como la hemodiálisis, corrigen solo parcialmente los síntomas experimentados por el paciente, además de introducir cambios sustanciales en el estilo de vida.

Desde 1993 en la conferencia Measuring, Managing and Improving Quality in End Stage Disease Treatment Setting, se concluyó que en la diálisis adecuada, además de los parámetros clásicos como cinética de la urea, albumina, etc., debe incluirse la calidad de vida que el paciente experimenta, para lograr el grado máximo de bienestar y rehabilitación (Joffre, Lopez y Luño, 2006).

1.2. Relevancia y justificación del estudio

La IRC es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicológico, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal. La persona con IRC puede recibir diferentes tipos de terapia, lo cual afecta su calidad de vida de diferentes maneras, son muchos factores estresantes a los que se enfrentan estos pacientes, tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario, restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad y temores relacionados con la muerte.

La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona, como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones.

En mi experiencia como enfermera he podido observar que el porcentaje de pacientes con insuficiencia renal en hemodiálisis aumenta cada día, y muchos de ellos han perdido la esperanza de seguir viviendo,

debido al impacto de la enfermedad en sus actividades diarias ven disminuidas sus capacidades físicas, emocionales, de relaciones con otros y su autoestima.

Esto afecta su nivel de calidad de vida, pero es la enfermera el personal de salud del equipo multidisciplinario quien está en contacto más cercano con el paciente, brindándole una atención personalizada y reforzando los aspectos físicos, sociales, emocionales. Permitiendo que se pueda orientar a mejorar su calidad de vida.

Para que los pacientes que se realizan hemodiálisis obtengan una buena calidad de vida influyen factores sociodemográficos como edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de enfermedad, rol social; que representan influencias positivas para mejorar la calidad de vida, como el permanecer activos laboralmente y socialmente; pacientes que realizan ejercicio tienen una marcada diferencia en su calidad de vida y su sobrevida.

La calidad de vida se ha convertido en un elemento a tener en cuenta en la toma de decisiones clínicas, en la medida que permite controlar y evaluar el estado del paciente, ayuda como criterio en la

selección del tratamiento, contribuye a definir los efectos terapéuticos, alcanzados y posibilita conocer el grado de satisfacción del paciente con los cuidados que recibe (Joffre, Lopez y Luño, 2006).

Conociendo la realidad de los pacientes que vemos día a día, me motivo a estudiar la calidad de vida y los factores biosociodemográficos con el propósito de brindar aportes para actualizar los protocolos de atención en pacientes en hemodiálisis lo cual permitirá brindar una atención personalizada, con calidad y calidez.

1.3. Formulación del problema

¿Qué relación tienen los factores biosociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de enfermedad y rol social con el nivel de calidad de vida de pacientes en hemodiálisis en una Clínica de Trujillo, 2015?

1.4. Objetivos: general y específicos

1.4.1. Objetivo general:

- Determinar la relación de los factores biosociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de enfermedad y rol social con el nivel de calidad de vida de pacientes en hemodiálisis en una Clínica de Trujillo, 2015.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Identificar los factores biosociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de enfermedad y rol social de pacientes en hemodiálisis en una Clínica de Trujillo, 2015.
- Determinar la calidad de vida de pacientes en hemodiálisis en una Clínica de Trujillo, 2015.

II. MARCO TEORICO

La misión fundamental del riñón es estabilizar el volumen y las características fisicoquímicas del líquido extracelular e indirectamente, del intracelular, mediante la formación de orina. La cantidad y composición de la orina dependen del equilibrio entre la ingesta y la eliminación extrarrenal de agua y electrolitos, así como de la presencia de metabolitos endógenos (urea, creatinina, hidrogeniones) y exógenos, que no le resultan al organismo de ninguna utilidad (Avendaño, 2008).

También refiere que esto se realiza mediante dos procesos fundamentales: la formación de un gran volumen de ultrafiltrado de líquido extracelular, entre 150 – 180 l/día, y el posterior procesamiento selectivo de este filtrado. Este procesamiento condiciona la conservación de aproximadamente, el 99% del agua filtrada, permitiendo la excreción de solo 1 – 2 litros diarios. Los electrolitos se conservan o se excretan selectivamente, mediante procesos de intercambio tubular, de forma que en la orina solo se elimina el exceso de solutos procedente de la ingesta o del metabolismo. El riñón es capaz también de sintetizar diversas hormonas o precursores que desempeñan un papel importante en la regulación del sistema cardiovascular, e incluso en la propia función renal.

Por consiguiente, el riñón se puede ver afectado por una serie de patologías, las guías (K/DOQI) proponen dos definiciones de la enfermedad renal crónica; el primer daño renal durante al menos tres meses, definido por anormalidades estructurales o funcionales del riñón con o sin descenso del filtrado glomerular, manifestado por: anormalidades patológicas o marcadores de daño renal, que incluyan alteraciones en la composición de la sangre u orina y/o alteraciones en los estudios de imagen. Y la segunda, disminución de la función renal con filtrado glomerular $<60 \text{ ml/min/1.73m}^2$, durante al menos, tres meses, con o sin daño renal aparente (Avendaño, 2008).

La Enfermedad Renal Crónica y sus principales factores de riesgo, la diabetes y la hipertensión arterial, que son parte del grupo de enfermedades crónicas, han aumentado sostenidamente su prevalencia e incidencia, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud (Flores, 2010).

En los últimos 30 años las técnicas sustitutivas de la función renal como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el trasplante renal, han experimentado un tremendo progreso que las han transformado de un procedimiento experimental lleno de riesgo, en un medio terapéutico de

evidente eficacia y suficiente seguridad Actualmente los pacientes con IRCT pueden considerarse afortunados por poder prolongar sus vidas (Velasquez y Arbeláez, 2005).

La hemodiálisis es un proceso en el que se usa un riñón artificial (hemodializador) para depurar la sangre. El proceso es capaz de eliminar el exceso de líquido y metabolitos, pero no de sustituir las funciones endocrinas de los riñones. Así mismo, funciona según los principios de osmosis y difusión. La osmosis es el movimiento de líquido a través de una membrana semipermeable desde un área de menor concentración hacia otra de mayor concentración. La difusión es el movimiento de partículas a través de una membrana semipermeable de una solución de mayor concentración hacia un área de menor concentración (Riella y Martins, 2004).

Así se consigue sustituir la función excretora del riñón. La hemodiálisis que en su inicio estaba restringida solo a insuficiencia renal aguda comenzó a extenderse a la IRC y se necesitaron varios años de desarrollo para poder ofrecer las distintas terapias de reemplazo renal con las que contamos actualmente. La IRC es una de las enfermedades de mayor impacto en la calidad de vida. Las terapias de diálisis solo reemplazan en forma parcial la función renal y el trasplante renal, con lo

que se espera una mejor calidad de vida, se acompaña de otras alteraciones que son generalmente secundarias a la inmunosupresión actualmente (Velasquez; Arbeláez, 2005).

Los avances tecnológicos y terapéuticos en el área de diálisis han contribuido al aumento de la supervivencia de la enfermedad renal, pero sin permitir el retorno a la vida en relación a los aspectos cualitativos. Debido al aumento de la supervivencia de estos pacientes, se ha dado mayor énfasis a las complicaciones que pueden disminuir la calidad de vida y aumentan la mortalidad. Por tanto, el apoyo social ofrecido al paciente renal crónico es de suma importancia para el desarrollo de nuevas estrategias para ayudar en la preservación del nivel de calidad de vida, aliviar el sufrimiento ante la enfermedad que tanto debilita y convierte en dependiente (Cunha, 2011).

La hemodiálisis no constituye un alivio completo para la IRC. Cada generación de pacientes y personal de salud ha tenido que luchar con una serie de problemas, algunos de los cuales han desaparecido mientras que otros permanecen como un reto: el desequilibrio en diálisis, la intoxicación por aluminio y la demencia dialítica, la enfermedad ósea, la hepatitis B y C, la amiloidosis, la continua epidemia de enfermedad cardiovascular, los problemas de mantener un acceso vascular libre de

complicaciones y la anemia. Todos estos problemas provocan preguntas referentes a la calidad de vida de los pacientes y el papel de la enfermera en la diálisis (Joffre, Lopez y Luño, 2006).

La evaluación de la calidad de vida ha despertado desde hace 20 años un gran interés. Fue definida por la Organización Mundial de la Salud en 1994 como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Es pues un concepto multidimensional que incluye diferentes dimensiones, como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno y las creencias religiosas (Ortega, Arias, Campistol; 2007).

Cuando se toma esta multidimensionalidad, puede hablarse de dos factores: uno directamente relacionado con la salud, que constituye lo que se denomina “calidad de vida” relacionada con la salud, y otro, no directamente relacionado con ella, o factor social, constituido por la familia, las amistades, las creencias religiosas, el trabajo, los ingresos y otras circunstancias de la vida. La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la

capacidad del individuo para tener un nivel de funcionamiento que le permita seguir aquellas actividades que le son importantes y que afectan su bienestar (Joffre, Lopez y Luño, 2006).

La percepción de los pacientes del efecto que la enfermedad renal y su tratamiento mediante la hemodiálisis ocasiona en la calidad de vida viene determinado no solo por las propias características del proceso fisiopatológico y de las estrategias terapéuticas utilizadas para su control, sino que se deriva también de otros factores no médicos, internos y externos, que interactúan entre sí y con el proceso de enfermedad, modulando su impacto en la calidad de vida. Así mismo los numerosos estudios sobre calidad de vida en el ámbito de la hemodiálisis crónica han permitido identificar distintos factores médicos, psicosociales, entre otros, que influyen en la calidad de vida de estos pacientes (Ortega, Arias, Campistol; 2007).

A la consideración de la calidad de vida como una parte básica del concepto, se añade su utilidad como un indicador sensible de parámetros de morbilidad y mortalidad en la población de enfermos renales. Los resultados de un significativo grupo de trabajos sugieren que algunas medidas de calidad de vida, particularmente aquellas que se refieren a las dimensiones físicas, tienen mayor capacidad para predecir

el riesgo de muerte y hospitalización que otros parámetros clínicos (como el nivel de albumina sérica) previamente identificados como factores asociados al riesgo de muerte en los pacientes en hemodiálisis crónica (Joffre, López y Luño, 2006).

Este conocimiento de la calidad de vida como una importante medida de resultado que debe ser incluida en el seguimiento de los enfermos renales ha llevado a concentrar numerosos esfuerzos de investigación dirigidos a definir el concepto, a establecer los procedimientos e instrumentos de evaluación y a identificar los factores que la determinan, con particular atención hacia aquellos que son susceptibles de modificación y mejora (Joffre, 1999).

El uso de medidas de calidad de vida relacionada a la salud y los datos resultantes ofrecen una forma de controlar los efectos de la enfermedad y los beneficios del tratamiento en términos importantes para los pacientes, es decir, en términos de calidad de vida. Actualmente existe un gran interés en utilizar instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, el objetivo de esta aplicación aportar valoraciones más precisas de la salud de los individuos o de las poblaciones y de los beneficios y perjuicios que pueden resultar de la prestación sanitaria (Ortega, Arias, Campistol; 2007).

Como resultado de la complejidad de la definición de la calidad de vida relacionada con la salud se han ido desarrollando un gran número de instrumentos para su evaluación, que difieren en contenido y forma de administración. Los perfiles de salud son instrumentos que intentan medir distintos dominios relevantes para la calidad de vida relacionada a la salud abarcando aspectos físicos, psicológicos y sociales. Una de sus principales ventajas es que evalúan un gran rango de áreas con independencia de la condición subyacente, por lo que permiten comparar entre distintas enfermedades y poblaciones (Joffre, López y Luño, 2006).

La mayoría de estos autores coinciden en señalar al menos cuatro dominios: el físico y ocupacional, el psicológico, el social y el somático. El dominio físico y ocupacional es el más ligado a las medidas de los resultados tradicionalmente utilizadas en la práctica médica y se refiere a la capacidad para llevar a cabo los roles asignados. El dominio psicológico incluye el grado de satisfacción y el bienestar y el impacto emocional de la enfermedad. La interacción social comprende la capacidad e relacionarse con los demás y la satisfacción de los contactos sociales. El dominio somático abarca la frecuencia e intensidad de los síntomas físicos.

La magnífica recopilación realizada por Badia y cols. De los instrumentos genéricos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud adecuadamente traducidos al español incluye los siguientes, que, sin duda, son los más utilizados: Perfil de Consecuencias de la Enfermedad (PCE), perfil de salud de Nottingham (PSN), EuroQol 5-D (EQ-5D), Laminas COOP-WONCA y Cuestionario Salud SF-36 (Ortega, Arias, Campistol; 2007).

El presente estudio de investigación utilizó el test de calidad de vida, realizado por la Lic Enf. Nancy Lulimache, basado en el Perfil de salud de Nottingham (Nottinghamhealthprofile o NHP) desarrollado en Gran Bretaña a finales de los años 70, para medir la percepción subjetiva del impacto de los problemas de salud. Es un instrumento genérico para la medida del sufrimiento físico, psicológico y social asociado a problemas médicos, sociales y emocionales y del grado en que dicho sufrimiento incide en la vida de los individuos (Grao, 2007).

El conocimiento de los factores que le rodean, el trabajo y en el ocio, y una historia cuidadosa de las distintas medicaciones recibidas a lo largo de los años constituyen parte indispensable de la historia nefrológica. Los datos referidos a la edad, el estatus socio-económico del enfermo, la educación recibida y la relación familiar son importantes en

cualquier enfermedad crónica, pero son vitales para los pacientes que precisen tratamientos sustitutivos (diálisis o trasplante) (Avendaño, 2008).

Martin y Nicolaus, 2007, nos dicen que la edad cronológica cuantifica la duración de la vida de un ser humano hasta un momento determinado, en divisiones y clasificaciones según las categorías de edad. Así mismo otra definición nos dice que se refiere a la edad “calendario” que tiene un individuo en un momento dado a partir de su fecha de nacimiento. Ese tiempo transcurrido de vida, se mide en términos de días, semanas, meses y años (Hidalgo, 2001).

Otro de los factores es el sexo, el cual se refiere a la naturaleza biológica (sexo genético) y se considera origen de las diferencias psicológicas entre hombres y mujeres, se utiliza para reflejar que los individuos son asignados a los grupos según sean hombres o mujeres, lo implica necesariamente que las diferencias biológicas sean consideradas en el rendimiento observado del grupo) (Jayme y Sau 2004).

Así mismo, es resultado inherente al carácter evolutivo de la naturaleza psicológica del ser humano inmersa en un contexto eminentemente social con el que interactúa, comporta de modo ineludible de esa realidad social. En la enfermedad renal, en comparación con los hombres, las mujeres tienen la peor evolución en términos de

internaciones más frecuentes, prevalencia de anemia, problemas con accesos vasculares, desnutrición, calidad de vida inferior y acceso al trasplante (Jayme, 2004 y Wein, 2008).

Otro factor que influye en la calidad de vida es el grado de instrucción, el cual es el nivel de conocimiento y capacidades adquiridas a través del proceso acumulativo y secuencial de enseñanza aprendizaje, codificado legalmente por el ministerio de educación. El nivel de educación suele tener importancia en la comprensión más exacta del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. También ayuda en el cumplimiento de las medidas terapéuticas (Dugas, 1995 y Avendaño, 2008).

Rol social se refiere al conjunto de normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente que se esperan que una persona como actor social cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social adquirido o atribuido. En todo grupo hay miembros de diversos status, unos de rango superior y otros de rango inferior y a cada status corresponde un rol, es decir, un determinado comportamiento en presencia de otros. Así pues, el rol es la forma en que un status concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular. Si el individuo no desempeña su rol de la forma esperada, puede tener riesgo de exponerse a sanciones (Zino, 2000).

MARCO EMPIRICO

Urzúa, y Pavlov (2011), en su trabajo de investigación sobre Factores Psicosociales Relacionados con la calidad de vida (CV) en Salud en Pacientes Hemodializados, encontraron que las mujeres perciben mayores molestias en comparación a los hombres, así mismo que la edad no se constituye como un factor determinante de la calidad de vida, ya que esta solo se encuentra relacionada con la capacidad física. El tiempo en tratamiento no interviene de manera significativa en la evaluación de su CV relacionada con la salud.

En 1993 el Hospital Gregorio Marañón en Madrid, llevó a cabo un estudio para evaluar la CV de los pacientes en diálisis, tratando de identificar los factores con mayor influencia. Se recogieron edad, sexo, etiología de la insuficiencia renal, tiempo en diálisis y características de la técnica, trasplante previo fallido y tratamiento con EPO (eritropoyetina), así como la situación laboral, nivel de estudios y socio-económico. El mejor nivel socioeconómico y cultural se asoció con mejores puntuaciones. Los pacientes mayores y los de mayor comorbilidad tienen

menor capacidad funcional y más repercusión de la enfermedad en su CV. El sexo femenino y la diabetes son factores relacionados negativamente con la dimensión global y física (Joffre, 1999).

El interés por evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en la enfermedad renal comenzó en la década de 1980. En el estudio clásico de la National Kidney Dialysis and Kidney Transplantation Study sobre 859 enfermos renales en tratamiento en diálisis y con trasplante, los pacientes en hemodiálisis mostraron peor calidad de vida relacionada a la salud, que los receptores de trasplante renal. Así mismo, realizó un trabajo prospectivo de dos años de duración sobre sobre 859 pacientes, comparando los resultados con los de una población sana. La función física es la más afectada mientras que la mental es la más cercana a la normal (Joffre, López y Luño, 2006).

En 1993 el grupo Cooperativo Español para el estudio de la Calidad de Vida del Paciente Renal administro el Sickness Impact Profile (SIP, en español Perfil de las consecuencias de la enfermedad) y el Karnofsky (Karnofsky Performance Scale, evalúa los tratamientos paliativos), a una muestra de 1013 pacientes en diálisis. El 26% de los pacientes tenía una puntuación de 20 o mayor en la dimensión global de SIP y el 31% tenía una puntuación menor de 60% en el Karnofsky, indicando que la enfermedad generaba significativas limitaciones en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes (Joffre, 1999).

III. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio de investigación cuantitativa es de tipo descriptivo, correlacional (Polit y Hungler, 1997), de corte transversal, se realizó en pacientes en hemodiálisis de la unidad de hemodiálisis en Clínica de Trujillo – 2014.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.

3.2.1 Universo:

El universo estuvo conformado por 80 pacientes en hemodiálisis de la unidad de hemodiálisis en Clínica de Trujillo - 2015.

3.2.2 Muestra:

La muestra fue calculada con la formula presentada en el anexo 02. Estuvo conformada por 40 pacientes en hemodiálisis de la unidad de hemodiálisis en Clínica de Trujillo, que reunieron los criterios de inclusión. La muestra se obtuvo mediante el muestreo aleatorio simple con un nivel de significancia del 5% y un error de muestreo del 1%.

Criterios de inclusión.

- Asistencia regular al tratamiento de hemodiálisis.
- Ser mayor de 18 años.
- Estar orientado en tiempo, espacio y persona,
- Ser de ambos sexos: masculino y femenino.
- Que acepten y posibiliten la aplicación de la encuesta.
- No estar hospitalizado y /o complicaciones graves.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS.

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los pacientes en hemodiálisis que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados.

3.4 INSTRUMENTOS.

En el presente trabajo de investigación se utilizó el siguiente instrumento: "Cuestionario para evaluar el nivel de calidad de vida de pacientes en hemodiálisis en Clínica de Trujillo". (Anexo N° 01) El cual ha sido validado por la Lic. Enfermería Nancy Verónica Lulimache Morales, en el año 2005. Consta de dos componentes:

A. Datos de identificación:

- a) Edad:
- b) Grado de instrucción:
- c) Tiempo de enfermedad:

d) Rol social:

B. Cuestionario sobre la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.

Consta de 5 dimensiones.

- | | |
|---|----------|
| a) Dimensión física. | 11 ítems |
| b) Dimensión emocional. | 11 ítems |
| c) Dimensión social. | 10 ítems |
| d) Dimensión relaciones personales. | 6 ítems |
| e) Dimensión de aficiones y vacaciones. | 4 ítems |

Clasificación:

- | | | |
|---|------------------|-----------|
| I. Dimensión física: | Ítem del 1 al 11 | 1 – 2 - 3 |
| II. Dimensión emocional: | ítems 1 y 2 | 1 – 2 - 3 |
| | Ítem del 3 al 10 | 3 – 2 - 1 |
| | Ítem 11 | 1 – 2 - 3 |
| III. Dimensión social: | Ítem del 1 al 3 | 3 – 2 - 1 |
| | Ítem 4 | 1 – 2 - 3 |
| | Ítems 5 y 6 | 3 – 2 - 1 |
| | Ítem 7 | 1 – 2 - 3 |
| | Ítem del 8 al 10 | 3 – 2 - 1 |
| IV. Dimensión relaciones personales: | del ítem 1 al 6: | 3 – 2 - 1 |
| V. Dimensión de aficiones y vacaciones: | ítem 1 al 4: | 3 – 2 - 1 |

Categorización:

- ✚ Deficiente calidad de vida 42 – 70 puntos.
- ✚ Regular calidad de vida: 71 – 98 puntos
- ✚ Buena calidad de vida: 99 – 126 puntos

Niveles por dimensiones:

| Nivel | Física | Emocional | Social | Relaciones Personales | Aficiones y Vacaciones |
|--------------|---------------|------------------|---------------|------------------------------|-------------------------------|
| Deficiente | 11-18 | 11-18 | 10-16 | 6-10 | 4-6 |
| Regular | 19-26 | 19-26 | 17-23 | 11-14 | 7-9 |
| Bueno | 27-33 | 27-33 | 24-30 | 15-18 | 10-12 |

3.5 CONTROL DE CALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.

3.5.1 Prueba piloto:

El instrumento fue tomado tal cual estaba, ya ha pasado por una prueba piloto, por lo que no se hizo necesario volver aplicarle.

3.5.2 Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se determinó a través del coeficiente del Alpha de Crombach siendo esta 0.979.

3.5.3 Validez

La validación del instrumento fue realizado a través de juicios de expertos para lo cual se recurrió a personas especialistas en el área y según sus opiniones y recomendaciones se estructurara el instrumento.

3.6 PROCEDIMIENTO.

Para la ejecución del presente estudio se siguió los siguientes pasos:

- Se realizó gestiones y coordinaciones con la Jefa de enfermeras en Clínica de Trujillo.
- Se seleccionó aleatoriamente a los pacientes que reunieron los criterios de inclusión establecidos en el proyecto.
- Se procedió a explicar el propósito del estudio y luego se aplicó el instrumento mediante una encuesta en forma individual a cada paciente, en un tiempo de 15 minutos, previa aceptación del paciente para participar en el estudio.

3.7 PROCESAMIENTO DE DATOS.

La información obtenida fué procesada y analizada con metodología estadística, los resultados se presentan en cuadros de doble entrada y gráficos; los resultados fueron analizados mediante el test de independencia de criterios (Chi cuadrado) que mide la relación entre variables, considerándosela significativa, si la probabilidad de equivocarse será menor del 5%($p < 0.05$).

3.8 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

3.8.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS.

Edad:

Definición conceptual: Se refiere a la edad “calendario” que tiene un individuo en un momento dado a partir de su fecha de nacimiento. Ese tiempo transcurrido de vida, se mide en términos de días, semanas, meses y años (Hidalgo, 2001).

Definición operacional:

1. Adulto joven: 18 – 35 años.
2. Adulto maduro: 36 – 64 años.
3. Adulto mayor: 65 a más.

Sexo:

Definición conceptual: se refiere a la naturaleza biológica (sexo genético) y se considera origen de las diferencias psicológicas entre hombres y mujeres, se utiliza para reflejar que los individuos son asignados a los grupos según sean hombres o mujeres, lo implica necesariamente que las diferencias biológicas sean

consideradas en el rendimiento observado del grupo.) (Jayme y Sau, 2004).

Definición operacional:

1. Masculino.
2. Femenino.

 **Grado de instrucción**

Definición conceptual: Es el nivel de conocimiento y capacidades adquiridas a través del proceso acumulativo y secuencial de enseñanza aprendizaje, codificado legalmente por el ministerio de educación (Dugas, 1995).

Definición operacional:

1. Sin instrucción: cuando no haya aprobado ningún grado de nivel primario.
2. Primaria: cuando tenga aprobado algún grado de educación primaria.
3. Secundaria: cuando tenga aprobado por lo menos de un año de educación secundaria.
4. Superior: cuando se encuentre cursando o haya terminado una carrera profesional.

 **Tiempo de enfermedad en hemodiálisis**

Definición conceptual: Es el tiempo transcurrido desde que se inicia el tratamiento de hemodiálisis hasta el momento de aplicación de la encuesta (Alvarez, 1996).

Definición operacional:

1. Menos de 1 año.
2. De 1 a 4 años.
3. Más de 4 años.

 **Rol social:**

Definición conceptual: se refiere al conjunto de normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente que se esperan que una persona como actor social cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social adquirido o atribuido (Zino, 2000).

Definición operacional:

1. Trabajador y mantenedor: cuando trabaja y aporta económicamente a la familia.
2. Trabajador y no mantenedor: cuando trabaja y no aporta económicamente a la familia.
3. Estudiante: Cuando cursa algún estudio.
4. Desocupado: cuando no estudia ni trabaja.
5. Jubilado: cuando ha cumplido los años requeridos de servicio y recibe una pensión.

3.8.2 VARIABLE DEPENDIENTE: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA

Definición conceptual: la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en

el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Definición operacional:

1. Buena calidad de vida: 101 – 126 puntos.
2. Regular calidad de vida: 74 – 100 puntos.
3. Deficiente calidad de vida: 46 – 73 puntos.

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR CIENTÍFICO.

Para la ejecución de la presente investigación, se tuvo en cuenta los principios del informe de Belmont el cual considera los siguientes principios: De Beneficencia, que maximiza los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación, aquí señala que las personas deben ser tratadas éticamente no solo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Este término de beneficencia se entiende a menudo como indicativo de actos de bondad o caridad que sobrepasan lo que es estrictamente obligatorio.

El principio de respeto a la dignidad humana, que hace hincapié en la protección de la autonomía de todas las personas tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado, este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que

las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.

Y por último el principio de justicia que implica usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente, en términos de costo-beneficio ¿Quién debe recibir los beneficios de la investigación y quien soporta sus cargas?; esta es una cuestión de justicia.

Las aplicaciones de dichos principios de la conducta de investigación nos llevó a considerar los siguientes requisitos: consentimiento consciente, evaluación de riesgo/beneficio y la selección de sujetos de investigación (Polit, 2000).

IV. RESULTADOS

TABLA 01:
FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS DE LOS PACIENTES
EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO, 2015.

| | N° | % |
|---------------------------------|----|------|
| Edad | | |
| Adulto joven | 3 | 7.5 |
| Adulto maduro | 26 | 65.0 |
| Adulto mayor | 11 | 27.5 |
| Sexo | | |
| Masculino | 22 | 55.0 |
| Femenino | 18 | 45.0 |
| Grado de Instrucción | | |
| Sin instrucción | 2 | 5.0 |
| Primaria | 13 | 32.5 |
| Secundaria | 14 | 35.0 |
| Superior | 11 | 27.5 |
| Tiempo de enfermedad | | |
| Menos de 1 año | 4 | 10.0 |
| 1 a 4 años | 30 | 75.0 |
| Más de 4 años | 6 | 15.0 |
| Rol social | | |
| Trabajador (a) y mantenedor (a) | 10 | 25.0 |

| | | |
|------------------------------------|-----------|--------------|
| Trabajador (a) y no mantenedor (a) | 3 | 7.5 |
| Estudiante | 0 | 0.0 |
| Desocupado (a) | 18 | 45.0 |
| Jubilado (a) | 9 | 22.5 |
| Total | 40 | 100.0 |

Fuente: Información obtenida de los test

TABLA 02

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN
HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO, 2015.**

| Nivel de Calidad de Vida | N° | % |
|---------------------------------|-----------|--------------|
| Deficiente | 9 | 22.5 |
| Regular | 15 | 37.5 |
| Bueno | 16 | 40.0 |
| Total | 40 | 100.0 |

Fuente: Información obtenida de los test

TABLA 03:
EDAD Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO. 2015

| Nivel de Calid ad de Vida | Edad | | | | | | Total | |
|------------------------------------|-----------------|------------|------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|
| | Adulto joven | | Adulto maduro | | Adulto mayor | | | |
| | n _o | % | n _o | % | n _o | % | n _o | % |
| Deficiente | 3 | 7.5 | 5 | 12.5 | 1 | 2.5 | 9 | 22.5 |
| Regular | 0 | 0.0 | 12 | 30.0 | 3 | 7.5 | 15 | 37.5 |
| Bueno | 0 | 0.0 | 9 | 22.5 | 7 | 17.5 | 16 | 40.0 |
| Total | 3 | 0.0 | 26 | 52.5 | 11 | 25.0 | 40 | 100.0 |

Fuente: Información obtenida de los test

$X^2 = 3.775$ $p = 0.153$ No Significativo (no hay relación entre variables)

TABLA 04:
SEXO Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO. 2015

| Nivel de Calidad de Vida | Sexo | | | | Total | |
|--------------------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|
| | Masculino | | Femenino | | n _o | % |
| | n _o | % | n _o | % | | |
| Deficiente | 7 | 17.5 | 2 | 5.0 | 9 | 22.5 |
| Regular | 9 | 22.5 | 6 | 15.0 | 15 | 37.5 |
| Bueno | 6 | 15.0 | 10 | 25.0 | 16 | 40.0 |
| Total | 22 | 55.0 | 18 | 45.0 | 40 | 100.0 |

Fuente: Información obtenida de los test

$X^2 = 4.018$ $p = 0.513$ No Significativo (No hay relación entre variables)

TABLA 05:

**GRADO DE INSTRUCCION Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO. 2015**

| Nivel de Calidad de Vida | Grado de Instrucción | | | | | | | | Total | |
|--------------------------------|----------------------|------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|
| | Sin instrucción | | Primaria | | Secundaria | | Superior | | | |
| | n _o | % | n _o | % | n _o | % | n _o | % | n _o | % |
| Deficiente | 2 | 5.0 | 6 | 15.0 | 1 | 2.5 | 0 | 0.0 | 9 | 22.5 |
| Regular | 0 | 0.0 | 5 | 12.5 | 6 | 15.0 | 4 | 10.0 | 15 | 37.5 |
| Bueno | 0 | 0.0 | 2 | 5.0 | 7 | 17.5 | 7 | 17.5 | 16 | 40.0 |
| Total | 2 | 5.0 | 13 | 32.5 | 14 | 35.0 | 11 | 27.5 | 40 | 100.0 |

Fuente: Información obtenida de los test

$X^2 = 15.014$ $p = 0.005$ Altamente Significativo (Hay relación entre variables)

TABLA 06

TIEMPO DE ENFERMEDAD Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO. 2014

| Nivel de Calidad de Vida | Tiempo de enfermedad | | | | | | Total | |
|--------------------------------|----------------------|------------|----------------|-------------|------------------|-------------|----------------|--------------|
| | Menos de 1 año | | 1 a 4 años | | Más de 4 años | | n _o | % |
| | n _o | % | n _o | % | n _o | % | | |
| Deficiente | 3 | 7.5 | 5 | 12.5 | 1 | 2.5 | 9 | 22.5 |
| Regular | 1 | 2.5 | 13 | 32.5 | 1 | 2.5 | 15 | 37.5 |
| Bueno | 0 | 0.0 | 12 | 30.0 | 4 | 10.0 | 16 | 40.0 |
| Total | 4 | 2.5 | 30 | 62.5 | 6 | 12.5 | 40 | 100.0 |

Fuente: Información obtenida de los test

$X^2 = 2.179$ $p = 0.336$ No Significativo (no hay relación entre variables)

TABLA 07:

**ROL SOCIAL Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO. 2015**

| Nivel de Calidad de Vida | Rol social | | | | | | | | Total | |
|--------------------------------|-------------------|-------------|---------------------------------------|------------|---------------------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|
| | Desocupado (a) | | Trabajador (a) y no mantenedor (a) | | Trabajador (a) y mantenedor (a) | | Jubilado (a) | | | |
| | n _o | % | n _o | % | n _o | % | n _o | % | n _o | % |
| Deficiente | 8 | 20.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 2.5 | 9 | 22.5 |
| Regular | 10 | 25.0 | 0 | 0.0 | 2 | 5.0 | 3 | 7.5 | 15 | 37.5 |
| Bueno | 0 | 0.0 | 3 | 7.5 | 8 | 20.0 | 5 | 12.5 | 16 | 40.0 |
| Tota l | 18 | 45.0 | 3 | 7.5 | 10 | 25.0 | 9 | 22.5 | 40 | 100.0 |

Fuente: Información obtenida de los test

$X^2 = 24.812$ $p = 0.000$ Altamente Significativo (Hay relación entre variables)

V. ANALISIS Y DISCUSION

La presente investigación de tipo descriptiva correlacional, sobre factores biosociodemográficos y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis en Clínica de Trujillo, reporta los siguientes resultados:

En la **tabla 01** observamos los factores biosociodemográficos de la población en hemodiálisis, en la cual se identificó que la etapa de vida que predomina es la de los adultos maduros con un 65%, el sexo masculino con 55%, el grado de instrucción secundaria con 35%, el tiempo de enfermedad de 1 a 4 años con 75%, y el paciente desocupado con un 45%. Así mismo en la **tabla 02** observamos que el 40% de pacientes en hemodiálisis presentan una buena calidad de vida, seguido del 37.5% con regular y 22.5% deficiente calidad de vida.

Los resultados nos muestran que en la tabla 01 el mayor porcentaje (65%) pertenece a adultos maduros y en la tabla 02 el mayor porcentaje (40%) pertenece a una buena calidad de vida. Lo que nos lleva a deducir que el hecho que la población en estudio pertenezca a una etapa de vida en la que la persona tiene una estabilidad relativa y de vigor físico, pues alcanzado la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico; tenga una buena calidad de vida.

Muñoz, Oto, et al. 2006, a diferencia de los datos encontrados en el presente estudio, nos dicen que en su estudio, sugieren que el hecho de estar sometidos los pacientes a hemodiálisis determina un deterioro de su calidad de vida independientemente de otras enfermedades concomitantes y con tal potencia que supera la influencia que sobre el deterioro de la calidad de vida pueden suponer otros padecimientos concomitantes. La edad de los sujetos determina el componente de funcionalidad física, se relaciona de forma negativa con el índice de comorbilidad ya que parece lógico esperar que con la edad aparezcan enfermedades clínicas asociadas tales como enfermedades vasculares y neoplásicas.

En la **tabla 03** observamos que el 7.5% de adultos jóvenes presentan deficiente calidad de vida, el 30% de adultos maduros presentan regular calidad de vida y el 17.5% de adultos mayores presenta buena calidad de vida, no habiendo relación entre variables. Estos resultados coinciden con Rebollo, Bobes, González, et, al. (2000); en su estudio Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en Terapia Renal Sustitutiva, en donde se demostró que, comparada con la población general, la edad y la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de los pacientes trasplantados y hemodializados, es mejor en pacientes añosos que en menores de 65 años.

Por otro lado, los resultados del presente estudio difieren de los de Guerra, Sanhueza y Cáceres (2012), quienes en su estudio encontraron que las personas mayores de 60 años obtuvieron puntajes más bajos en la Calidad de Vida que los menores de 60 años, atribuyendo esto a que, la Calidad de Vida es más baja en personas adultas porque ésta se relaciona con un mayor deterioro de la actividad física.

La edad es una variable que ha mostrado relación con la calidad de vida. La percepción de calidad de vida disminuye a medida que aumenta la edad, tanto en la población general como en los pacientes en diálisis (Álvarez-Ude, 2001); probablemente se genera una mejor calidad de vida en los más jóvenes al ser más activos laboralmente Martín, Reig, Sarró, et, al. (2004).

Urzúa, Pavlov, Cortés, et, al. (2011), argumenta que la edad no se constituye como un factor determinante de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, coincidiendo con lo reportado por Contreras et al., (2006); quien muestra que la calidad de vida se encuentra relacionada con la capacidad física, la cual se deteriora conforme mayor es la edad de la persona, tenga o no una enfermedad crónica.

La relación de las puntuaciones de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la variable edad, se puede observar que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud empeora con la edad en los pacientes en hemodiálisis al igual que lo afirman numerosos estudios como los realizados por la Sociedad Española De Enfermería Nefrológica Contreras, Esguerra, Espinoza, et, al. (2006).

La comparación de la población de enfermos en hemodiálisis con población general, pone de manifiesto que aun cuando la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes añosos es inferior a la de su grupo de referencia parece actuar atenuando el efecto de la enfermedad renal y la hemodiálisis, probablemente debido a que las personas más ancianas utilizan para la evaluación de su calidad de vida relacionada con la salud puntos de referencia diferentes de los que utilizan personas más jóvenes, y sus principales limitaciones se presentan en función física, apuntando la conveniencia de monitorizar periódicamente el estado funcional de los pacientes e incluirlos en programas de rehabilitación que prevengan una invalidación progresiva (Joffre, Lopez y Luño, 2006).

Los resultados de este estudio sugieren que la edad avanzada es muy importante en la percepción de la Calidad de Vida y constituye un grupo vulnerable que requiere ser estudiado con mayor profundidad.

En la **tabla 04**, se observa que del 45% de mujeres entrevistadas, el 25% presenta buena calidad de vida, seguido del 15% con regular calidad de vida y solo el 5% con deficiente. Así mismo del 55% de varones entrevistados, el 22.5% presenta regular calidad de vida, seguido del 17.5 con deficiente calidad de vida y el 15% presenta buena calidad de vida; no habiendo relación entre variables.

Los resultados del estudio difieren de Vasquez y Cols, quienes evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud de 152 pacientes, 69 hombres y 83 mujeres, menores de 65 años en programa de hemodiálisis crónica. Las puntuaciones indicaron que el impacto de la enfermedad fue similar para hombres y mujeres, tanto en el perfil como en el grado de afectación. Los autores concluyen que el deterioro en calidad de vida relacionada a la salud observada en el sexo femenino es un fenómeno independientemente de la enfermedad renal.

Urzúa, Pavlov, Cortés, et, al. (2011), en su estudio Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados, evidenciaron que las mujeres obtuvieron puntuaciones más bajas que los hombres en todas las dimensiones. El hecho de que las mujeres perciban mayor molestia en comparación a los hombres ha sido reportado en otras investigaciones (Contreras et al.,

2006; Vázquez et al., 2004). Aun cuando la mayoría de las investigaciones en Calidad de Vida Relacionada con la Salud en enfermedades crónicas no reportan diferencias entre la percepción de hombres y mujeres (Urzúa, 2008).

El porcentaje mayoritario de enfermos renales está en los hombres que en las mujeres. Los estudios en la población de pacientes en hemodiálisis informan que las mujeres obtienen peores puntuaciones que los hombres en los distintos cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud si bien estos resultados no pueden ser inequívocamente atribuidos al mayor impacto de la enfermedad renal y su tratamiento en el sexo femenino. Las diferencias en calidad de vida relacionada con la calidad de vida entre hombre y mujeres no se presentan únicamente en pacientes nefrológicos y aparecen también en población general, por lo que los datos obtenidos en pacientes en hemodiálisis podrían ser el reflejo de las diferencias entre sexos que se muestran en el global de la población (Jofre, 1999).

Guerra, Sanhuesa y Cáceres (2012), en su estudio tuvo como resultado que los hombres resultaron tener mejores puntuaciones que las mujeres en las sub-escalas síntomas, efectos de la enfermedad y componente mental. Las mujeres resultaron tener más bajas

puntuaciones, probablemente por el aspecto psicológico que determina esta condición.

Rebollo, Bobes, González, et, al. (2000); en su estudio asocian el sexo femenino con una peor Calidad de Vida Relacionada a la Salud en los pacientes en terapia renal sustitutiva. El sexo masculino aparece como protector, de efecto independiente, es decir, que las mujeres tienen mayor probabilidad de tener, una puntuación por encima de la mediana (peor Calidad de Vida Relacionada a la Salud). Así podría decirse que las mujeres en terapia renal sustitutiva expresan mayor grado de disfunción ocasionado por la enfermedad, y por tanto peor Calidad de Vida Relacionada a la salud, que los hombres en su misma situación terapéutica.

Las mujeres se permiten expresar con mayor libertad que los hombres las molestias ocasionadas por la sintomatología, lo cual no quiere decir que los hombres no sientan la misma incomodidad, sino que no la expresan. Esto abre futuras líneas de investigación en torno a la expresión y vivencias de la enfermedad condicionadas por el rol de género para esta enfermedad en particular.

En la **tabla 05**, observamos que el 17.5% de pacientes con grado de instrucción secundaria y superior presentan una buena calidad de vida,

seguido del 15% con grado de instrucción primario y 5% sin instrucción presentan deficiente calidad de vida; siendo altamente significativo, por lo que hay relación entre variables. Estos datos coinciden con los obtenidos por Guerra, Sanhuesa y Cáceres (2012), quienes en su estudio evidenciaron que las personas con más de ocho años de escolaridad obtuvieron mejores puntajes en su Calidad de Vida que las de menor escolaridad.

Los resultados de investigación difieren de los encontrados por Rodríguez (2008), en su estudio Calidad de vida en pacientes nefróticas con terapia dialítica, quien encontró con respecto a la escolaridad, el 10% no sabía leer, 30% tenía estudios de primaria, 31% secundaria, 18% con bachillerato y 11% con estudios profesionales. Cobo et, al (2011); en su estudio Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis encontró que el 4% eran analfabetos, 14% sin estudios, 44,2% estudios primarios, 25,6% estudios secundarios y 11,6% estudios superiores. En ambos estudios los autores llegaron a la conclusión que no había significancia entre las variables estudiadas.

Acosta, Chaparro y Rey (2008); en su estudio Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, estudiaron

en 120 pacientes la variable escolaridad categorizándola en ninguna, estudios primarios, estudios secundarios, estudios técnicos, estudios universitarios, encontrando que el grado más alto de escolaridad en los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal les permite comprender y afrontar la enfermedad con mejores estrategias, en comparación con niveles inferiores de escolaridad.

Los resultados hallados corroboran lo dicho por Alarcón (2004), quien afirma que entre más avanzado sea el desarrollo cognitivo, mejor equipado se está para afrontar las diversas circunstancias de la vida; los pacientes en estos tratamientos deben estar en posibilidad de buscar información, de pedir ayuda, de tener elementos cognitivos claros que les permitan tomar decisiones en momentos críticos, necesitando un nivel de escolaridad promedio. Los pacientes con estudios universitarios, independientemente del tratamiento, asumen la enfermedad buscando apoyo social; intentan distraer su atención de los síntomas de la enfermedad sin evitar aceptarla, por medio del distanciamiento y evitación.

Existen factores psicosociales que se han asociado con una calidad de vida deficiente, entre ellos se encuentra el bajo nivel educativo, se considera que toda la formación que pueda recibir el sujeto, en

términos de conocimientos y habilidades, es la herramienta con que va a contar para transformar su realidad.

En la **tabla 06**, se observa que el 7.5% de pacientes con tiempo de enfermedad menor de 1 año presentan deficiente calidad de vida, el 32.5% de pacientes con tiempo de enfermedad de 1 a 4 años presentan regular calidad de vida, seguidos del 10% de pacientes con tiempo de enfermedad mayor de 4 años que presentan buena calidad de vida, no habiendo relación entre variables.

Estos resultados coinciden con los de Urzúa, Pavlov, Cortés, et, al. (2011), en donde se encontró que los los resultados de los participantes con mayor o menor tiempo en tratamiento no interviene de manera significativa en la evaluación de su Calidad de Vida Relacionado con la Salud. Este hecho puede deberse al proceso de adaptación a la enfermedad, fenómeno que ha sido observado en otras patologías crónicas (Urzúa, 2008).

Así mismo los resultados de la presente investigación difieren de los encontrados por Muñoz et al., (2006), en donde los participantes con mayor tiempo en tratamiento de hemodiálisis presentan una peor Calidad

de Vida Relacionado con la Salud, dado el desgaste propio de la enfermedad.

La persona afectada por primera vez reacciona de manera diferente a la persona que vive con la enfermedad renal crónica, debido a que este último habrá recibido orientación necesaria en el programa de hemodiálisis y tendrá los conocimientos suficientes para desarrollar sus potencialidades y aplicarlas. Los pacientes que tienen 1 a 4 años con frecuencia se complican con cambios emocionales produciendo en el angustia y desesperación, además el constante estrés y la rigidez terapéutica agravan la ansiedad, hacen que se tornen deprimidos y muchas veces trasgreden el régimen dietético y la medicación, tornándose hostiles. Santibañez y Col, 1996.

Sobre este punto se abre otra línea de investigación, toda vez que se hace necesaria la realización de estudios longitudinales que permitan evaluar esta adaptación y el impacto de la enfermedad a través del tiempo, a fin de determinar si ambas son variables que interviene la Calidad de Vida Relacionado con la Salud de manera conjunta.

En la **tabla 07** observamos que el 25.0% de pacientes desocupados presentan regular calidad de vida, el 20.0% de pacientes que trabajan y son mantenedores presentan buena calidad de vida, seguido del 7.5% de pacientes trabajadores y no mantenedores presentan buena calidad de vida, habiendo relación entre variables. Estos resultados coinciden con los encontrados por Guerra, Sanhueza y Cáceres (2012), en su estudio Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica, realizado en 354 personas, encontraron una correlación positiva con la variable ocupación. Las personas inactivas o sin actividad laboral remunerada y cuyos ingresos económicos son bajos presentaron una Calidad de Vida más baja que las personas que se encuentran ocupadas o realizando algún tipo de trabajo remunerado.

Una situación laboral activa se ha asociado positivamente a una mejora calidad de vida en la población de enfermos en hemodiálisis. Sin embargo el porcentaje de pacientes que continua trabajando es escaso y no alcanza el 30%. Son diferentes los factores que afectan la rehabilitación laboral en diálisis, e incluyen no solo las limitaciones propias de los problemas de salud, sino también factores sociales, clínicos y de actitud. Analizando la significación de distintos factores implicados en la rehabilitación laboral, se ha destacado como predictores más importantes en el nivel educativo son los que se encuentran en mayor medida en una situación laboral activa; la percepción del propio paciente así como su

percepción de las expectativas de otros significativos, sobre su capacidad para trabajar; y la situación de empleo en la etapa predialisis (Jofre, López y Luño; 2006).

Los factores sociales como el desempleo, bajo nivel de escolaridad y el bajo poder adquisitivo están asociados con una peor Calidad de vida; esto se debería a que sólo un reducido número de personas continúa trabajando y recibiendo ingresos que los hace preservar su condición previa. Encontrarse desempleado contribuye a la carga atribuida a la enfermedad renal especialmente si el paciente es el principal proveedor de la familia o es el jefe de hogar. El rol del trabajo trasciende no sólo al nivel financiero. Para las personas en hemodiálisis, independiente de los ingresos económicos, contar con empleo constituye un aspecto más importante que el dinero que se percibe (Guerra, Sanhueza y Cáceres, 2012).

VI. CONCLUSIONES

1. Se demostró que los factores biosociodemográficos: rol social y grado de instrucción si están relacionados con la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis validado con prueba estadística Chi cuadrado de 15.014 y 24.812 respectivamente.
2. Los factores biosociodemográficos: edad, sexo y tiempo de enfermedad, no están relacionadas con la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.
3. De los factores biosociodemográficos tomados en el presente estudio de investigación, se identificó que la etapa de vida que predomina es la de los adultos maduros con un 65%, el sexo masculino con 55%, el grado de instrucción secundaria con 35%, el tiempo de enfermedad de 1 a 4 años con 75%, y el paciente desocupado con un 45%.

4. El 40% de pacientes en hemodiálisis presentan una buena calidad de vida, seguido del 37.5% con regular y 22.5% deficiente calidad de vida.

VII. RECOMENDACIONES

1. Utilizar el presente estudio de investigación como punto de referencia para establecer programas educativos estructurados para los pacientes con insuficiencia renal crónica en las Clínicas de hemodiálisis, los cuales deben estar orientados a enfatizar la calidad de vida y realizar seguimientos mediante visitas domiciliarias.
2. Realizar estudios de investigación multidisciplinarios en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis sobre calidad de vida y otras variables.
3. Realizar estudios en adultos mayores de edad avanzada, pues es muy importante la percepción de la Calidad de Vida de este grupo etáreo ya constituye un grupo vulnerable que requiere ser estudiado con mayor profundidad.

4. Realizar investigaciones cualitativas, considerando las variables de estudio con la finalidad de conocer el sentir del paciente hemodializado.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, P.; Chaparro y L.; Rey, C. (2008). Revista colombiana de Psicología. Bogotá – Colombia. Disponible en: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1233/10031>> [Acceso 18/02/14]

Alarcón, A. (2004). La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial. Aspectos psicosociales del paciente renal. Editorial la Silueta.

Alarcón, J. (2009). Curso de Epidemiología. Departamento de Medicina Preventiva y SP. Facultad de Medicina/EAP Medicina Humana. UNMSM. Disponible en: <http://www.epiredperu.net/epired/cursos/epidemiologia_bas-mh/epibas_ejerc19.pdf> [Acceso 26/7/13].

Almeida, A.; Machado, F.; Moura, J. et al.(2010). Mortalidad e global e cardiovascular e fatores de risco de pacientes em hemodiálise. Arq. Bras. Cardiol. [online]. Disponible en:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000003>> [Acceso 27/7/13].

Álvarez - Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en hemodiálisis crónica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Avendaño, H. (2008). Nefrología clínica. Tercera edición. Editorial medica panamericana. España. Disponible en:

<<http://books.google.com.pe/books?id=LfvX3WgYsNIC&pg=PA420&dq=calidad+de+vida+y+enfermedad+renal&hl=es&sa=X&ei=dBjzUd37EI364APXpICgBQ&ved=0CDoQ6wEwAw#v=onepage&q=calidad%20de%20vida%20y%20enfermedad%20renal&f=false>> [Acceso 26/7/13].

Cobo, J.; Pelayo, R.; Ibarguren, E.; et al. (2011). Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica [online]. Vol.14. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000200004&lng=es&nrm=iso [Acceso 17/02/14].

Contreras, F.; Esguerra, G.; Espinoza, J. et. al. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Universitas Psychologica.

Disponible en: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=441802&indexSearch=ID&lang=e>> [Acceso: 17/02/14].

Cunha, F. (2011). Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. Enferm. glob. [online].

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000300011&script=sci_arttext> [Acceso 26/7/13].

Dugas, B. (1995). Tratado de enfermería práctica. Cuarta edición. Editorial interamericana. España.

Flores, J. (2010). Enfermedad Renal Crónica: Epidemiología y Factores de riesgo. Servicio de Nefrología, Hospital Militar. [REV. MED. CLIN. CONDES

-; 21(4) 502-507] Disponible en:

<http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2010/4%20julio/01_Dr_Flores-1.pdf> [Acceso

22/7/13].

Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención. (2010). Ministerio de salud. Presidencia de la nación. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-02_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf> [Acceso 20/7/13].

Grao, C. (2007). El perfil de salud de Nottingham y el cuestionario de salud Sf-36 como instrumentos de medida de la calidad de vida en mujeres gestantes. Tesis doctoral. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Valencia. Disponible en: <<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10073/grao.pdf?sequence=1>> [Acceso 27/07/13].

Guerra, V.; Sanhueza, O. y Cáceres, M. (2012). Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Revista Latino-Am. Enfermagem. Disponible en: <<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&ved=0CEQQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Frlae%2Farticle%2Fdownload%2F48622%2F52654&ei=pDMGU->>

q4LNW0sQTL9IH4DA&usg=AFQjCNFZF0ejd02v-5Yf07NIDF-
sSLUMyw&bvm=bv.61725948,d.cWc> [Acceso 16/02/14].

Jofré, R. (1999). Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Nefrología. Vol. XIX. Suplemento 1. Disponible en:
<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E160/P7-E160-S140-A2090.pdf> [Acceso 27/07/13].

López, J.; Rodríguez, O.; Quiroz, L. (2011). Comportamiento de la enfermedad renal crónica en pacientes con afección cerebrovascular. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Villa Clara. Disponible en:
<<http://trabajos.cin2011.uninet.edu/441/lopezromero-ecv.pdf>> [Acceso 23/7/13].

Martin, D.; Nicolaus J. (2007). metodología general del entrenamiento infantil y juvenil. Editorial Paidotribo. Disponible en:
<<http://books.google.com.pe/books?id=bqwJLdKzJlcC&pg=PA51&dq=definicion+de+edad+cronologica&hl=es&sa=X&ei=0EP0Ucu1N4ic9QT16YDABw&ved=0CC0Q6wEwAA#v=onepage&q=definicion%20de%20edad%20cronologica&f=false>> [Acceso 27/7/13].

Martin, A. (2010). El futuro del tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología (Madr.). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952010000100001&script=sci_arttext> [Acceso 26/7/13].

Martín, F.; Reig, A.; Sarró, F. et al. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). Revista diálisis y trasplante.

Muñoz, R., Oto, A., Barrio, R., et al. (2006). Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Estudio prospectivo a un año. Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.[online]. , vol.14. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000200004> [Acceso 18/02/14]

Ortega, F.; Arias, M.; Campistol, J. (2007). Trasplante renal. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. Editorial Médica Panamericana. España. Disponible en: <<http://books.google.com.pe/books?id=rfg6mclPYnQC&pg=PA359&dq=calidad+de+vida+y+enfermedad+renal&hl=es&sa=X&ei=dBjzUd37EI364APXpICgBQ&ved=0CFAQ6wEwBw#v=onepage&q=calidad%20de%20vida%20y%20enfermedad%20renal&f=false>> [Acceso 26/7/13].

Rebollo, P.; Bobes, J.; González, M. et, al. (2000). Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en terapia renal sustitutiva. Nefrología. Vol. XX. Número 2. Oviedo – España. Disponible en: <<http://revistanefrologia.com/revistas/P1-E171/P1-E171-S132-A1942.pdf>> [Acceso 16/02/14].

Riella, M.; Martins, C. (2004). Nutrición y riñón. Nutrición y hemodiálisis. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina. Disponible en:

<<http://books.google.com.pe/books?id=1CWvtBINiYoC&pg=PA122&dq=hemodialisis&hl=es&sa=X&ei=qzX0Uf2mEoS19gSSzoDIDg&sqi=2&ved=0CDgQ6AEwAg#v=onepage&q=hemodialisis&f=false>> [Acceso 26/7/13].

Rodríguez, M., Castro, M. y Merino, J.; et, al. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. Ciencia y enfermería.[online]. Vol.11.

Disponible en:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007&lng=es&nrm=iso> [Acceso 18/02/14].

Rodríguez, M. (2008). Calidad de vida en pacientes nefrópatas con terapia dialítica. Revista Conamed, Vol. 13, suplemento 2. Disponible en: <dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3626926.pdf> [Acceso 18/02/14].

Santibañez y Col (1996). Calidad de vida en pacientes con IRCT y el nivel de morbilidad. Libro de resúmenes IV Congreso Peruano de Nefrología.

Silvestre, F., Plaza, A. (2007). Odontología en pacientes especiales. Paciente con insuficiencia renal crónica. Editorial universidad de valencia. España. Disponible en: <<http://books.google.com.pe/books?id=hzY7qlw3-RoC&pg=PA78&dq=calidad+de+vida+y+hemodialisis&hl=es&sa=X&ei=3T3zUZ2-DajA4AP1hYC4Bg&ved=0CC0Q6wEwAA#v=onepage&q=calidad%20de%20vida%20y%20hemodialisis&f=false>> [Acceso 26/7/13].

Urzua, A. (2008). Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas. Terapia Psicológica. [online]. vol.26. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200007&lng=es&nrm=iso> [Acceso 18/02/14]

Urzúa, A.; Pavlov,; R. Cortés, R. et, al. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. Terapia psicológica 2011, Vol. 29. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100014> [Acceso 16/02/14].

Velásquez, A.; Arbeláez, M. (2005). Cirugía trasplantes. Primera edición. Editorial universidad de Antioquia. Colombia. Disponible en:
<<http://books.google.com.pe/books?id=j50jvab6K0AC&pg=PA568&dq=calidad+de+vida+y+enfermedad+renal&hl=es&sa=X&ei=dBjzUd37E1364APXpICgBQ&ved=0CC0Q6wEwAA#v=onepage&q=calidad%20de%20vida%20y%20enfermedad%20renal&f=false>> [Acceso 26/7/13].

ANEXOS

TABLA 01
FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN
CLINICA DE TRUJILLO, 2015.

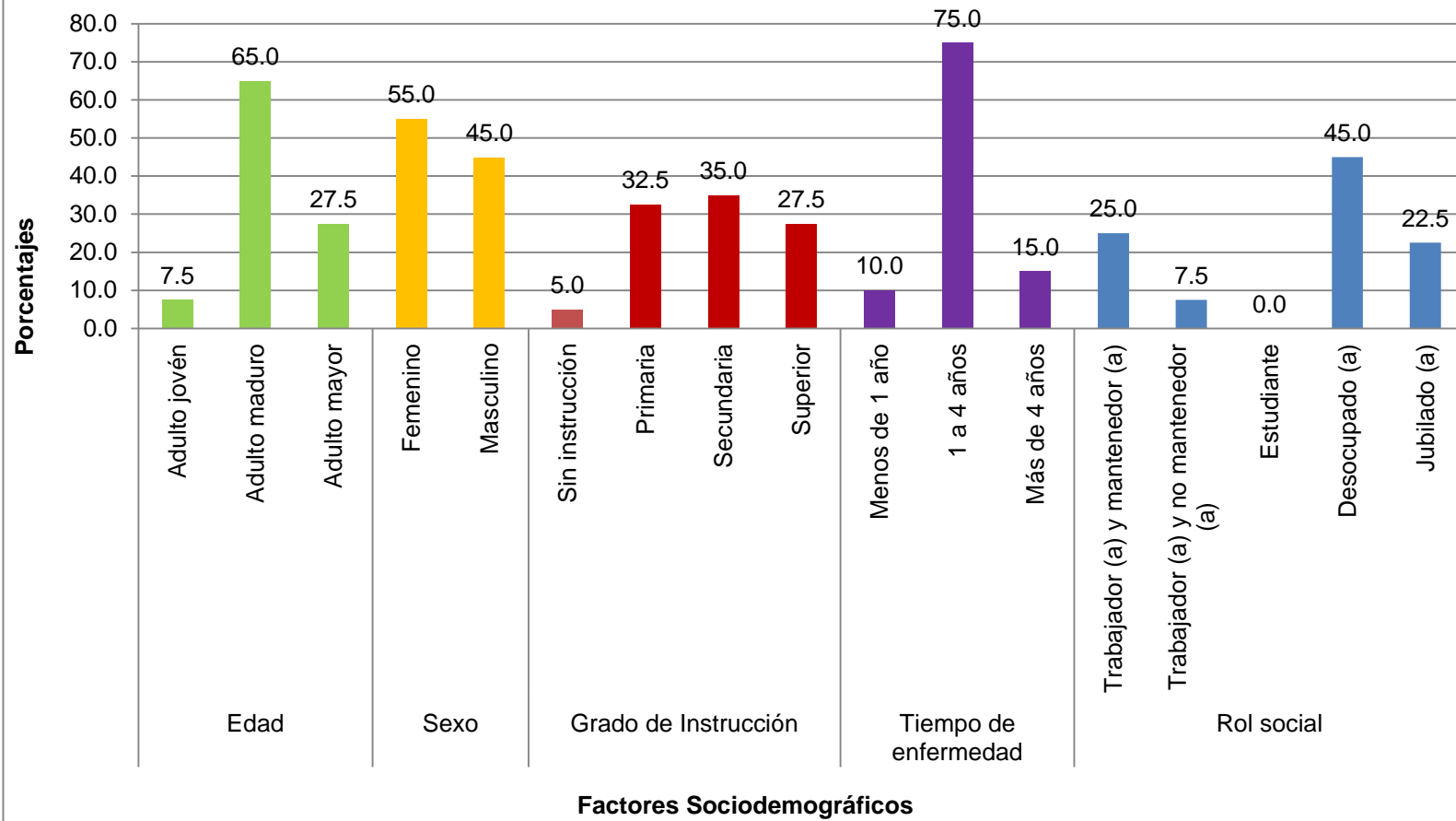
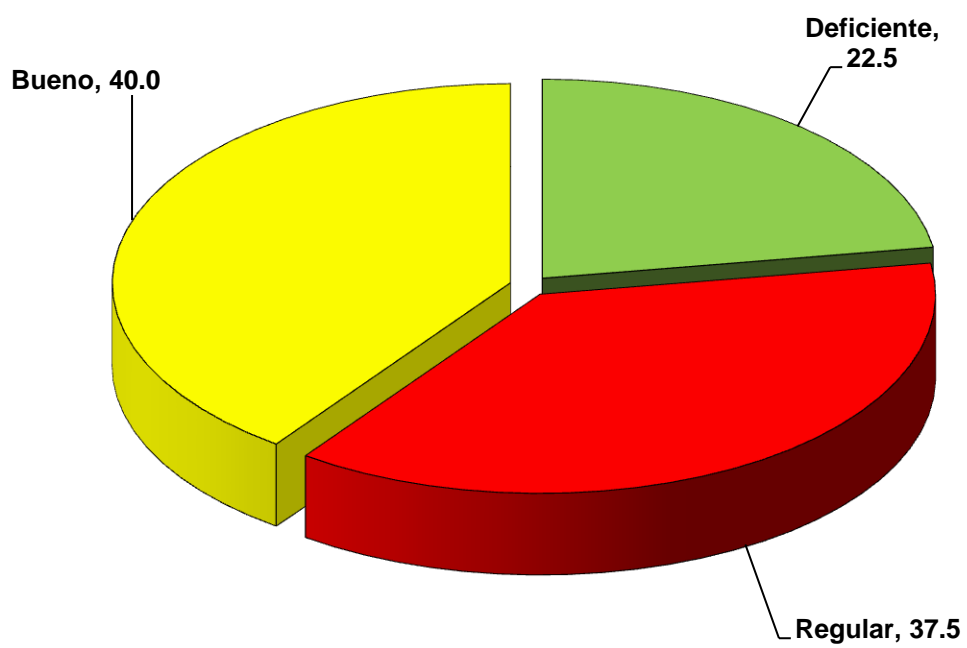
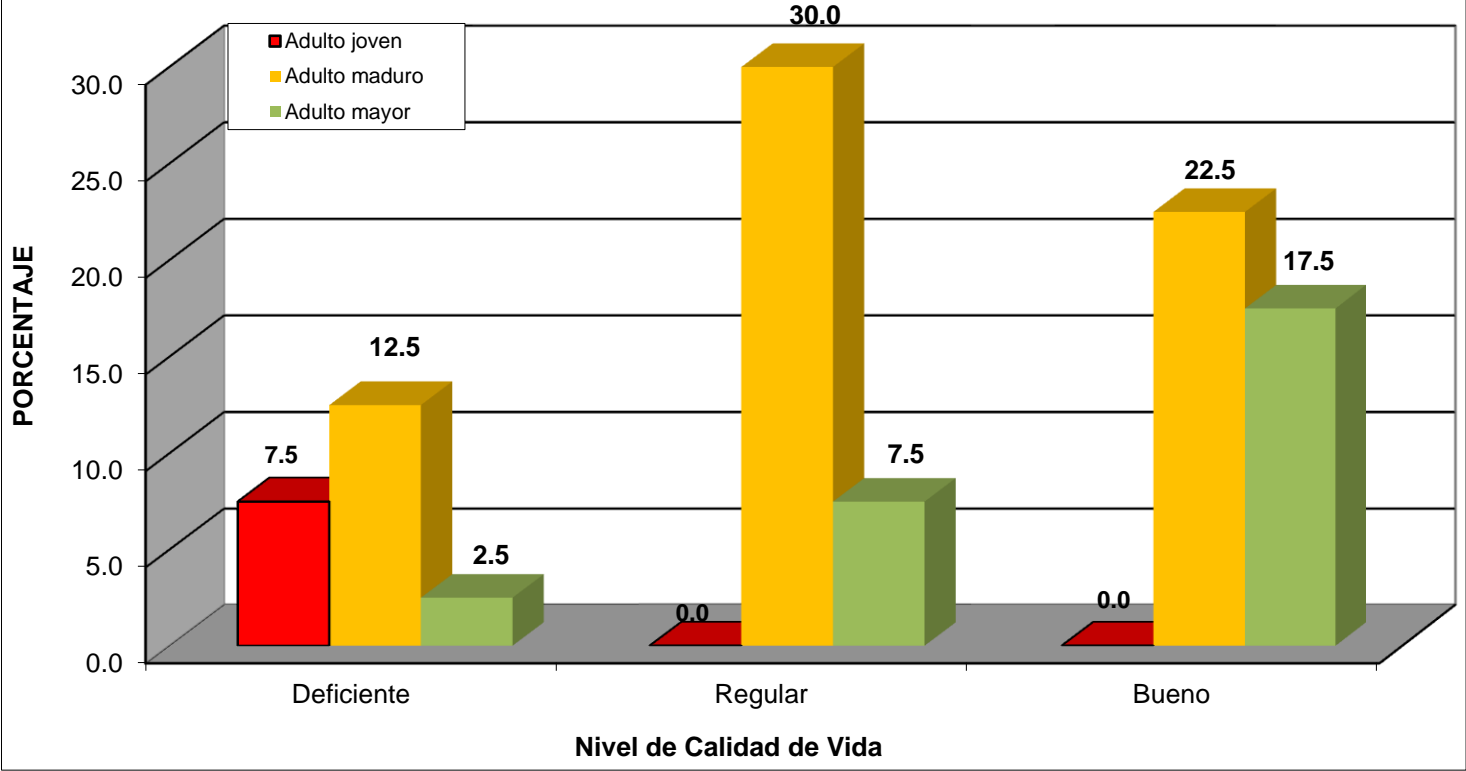


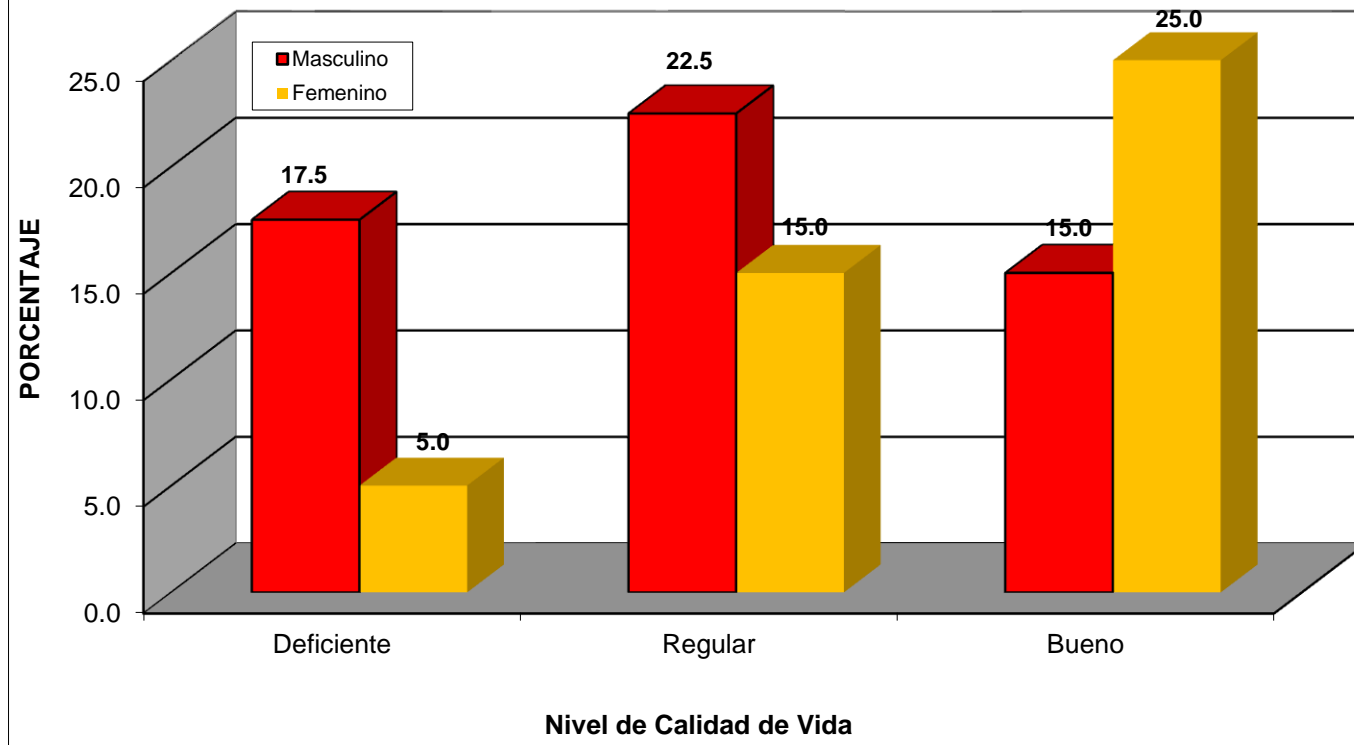
GRAFICO 02
NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN
HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO, 2014.



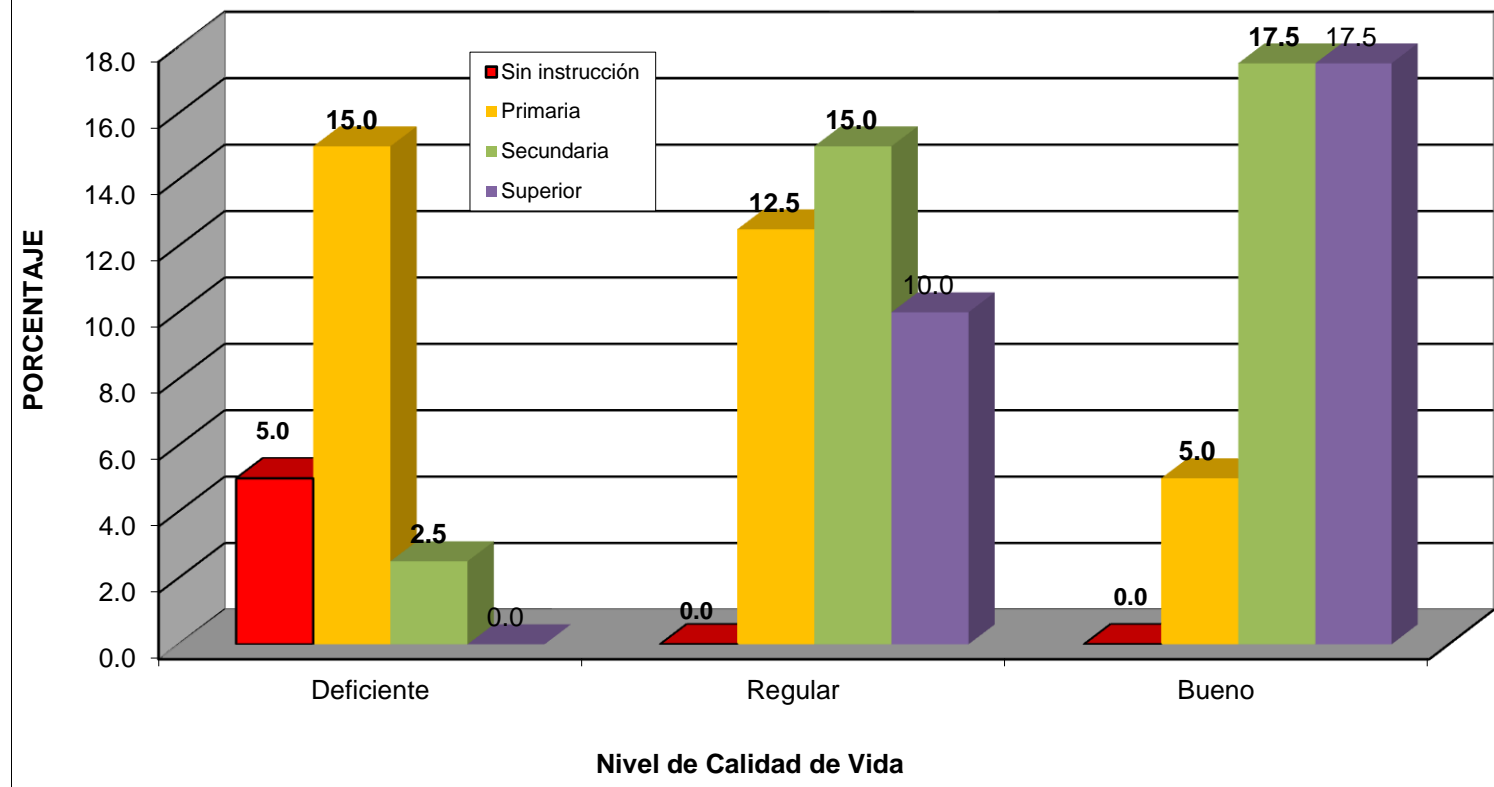
**GRAFICO 03:
EDAD Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO. 2015**



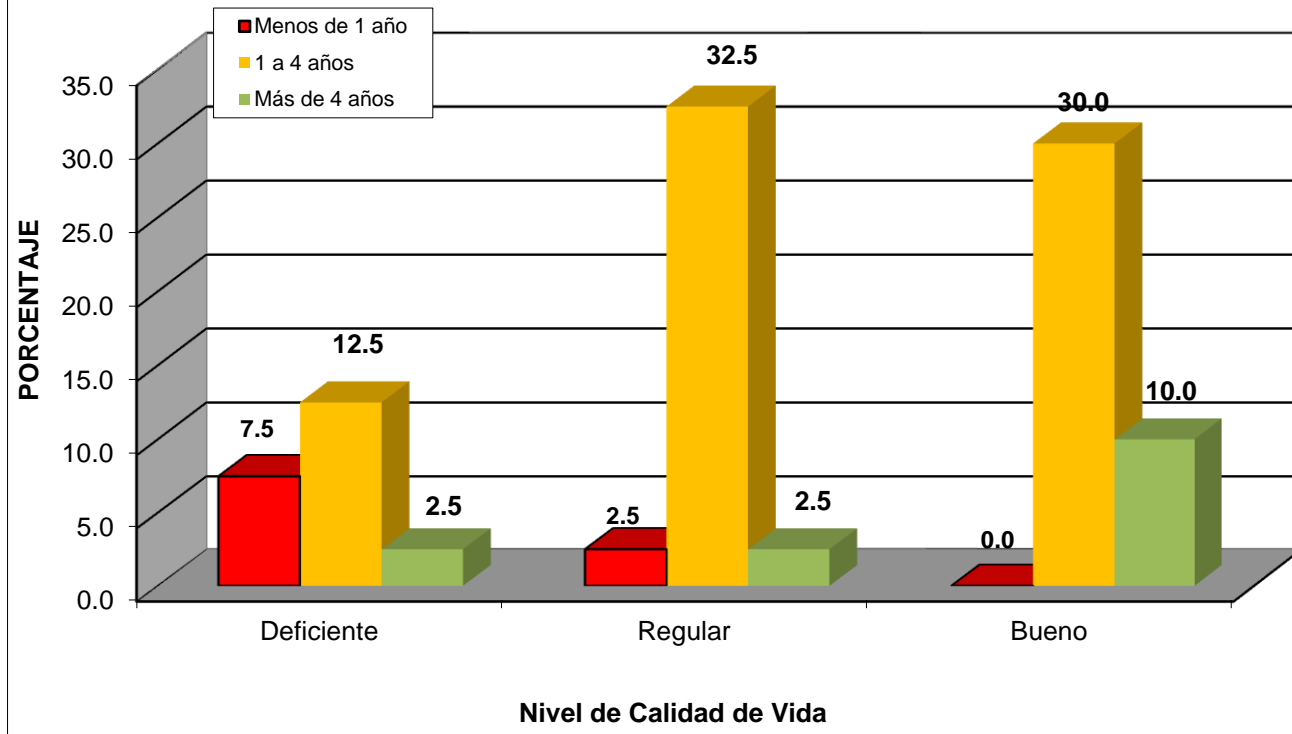
**GRAFICO 04:
SEXO Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO. 2015**



**GRAFICO 05:
GRADO DE INSTRUCCION Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO. 2015**



**GRAFICO 06:
TIEMPO DE ENFERMEDAD Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO. 2015**



**GRAFICO 07:
ROL SOCIAL Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO. 2015**

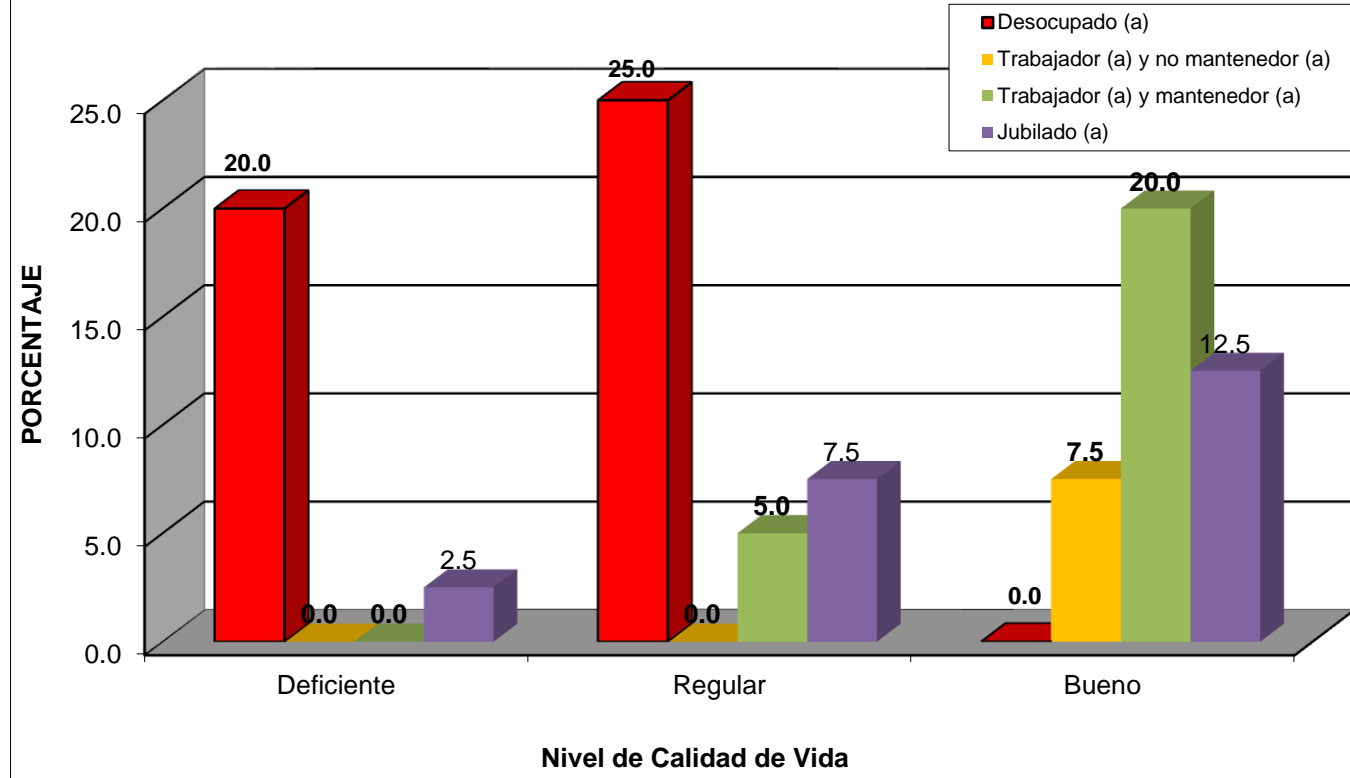


TABLA 08

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO, 2015.

| Nivel de Calidad de Vida | Dimensiones | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------------------|--------------|------------------------|--------------|
| | Física | | Emocional | | Social | | Relaciones personales | | Aficiones y vacaciones | |
| | N | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Deficiente | 3 | 7.5 | 3 | 7.5 | 12 | 30.0 | 3 | 7.5 | 9 | 22.5 |
| Regular | 1 | 42.5 | 10 | 25.0 | 10 | 25.0 | 17 | 42.5 | 21 | 52.5 |
| Bueno | 2 | 50.0 | 27 | 67.5 | 18 | 45.0 | 20 | 50.0 | 10 | 25.0 |
| Total | 4 | 100.0 | 40 | 100.0 | 40 | 100.0 | 40 | 100.0 | 40 | 100.0 |

Fuente: Información obtenida de los test

GRAFICO 08
NIVEL DE CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN CLINICA DE TRUJILLO, 2015.

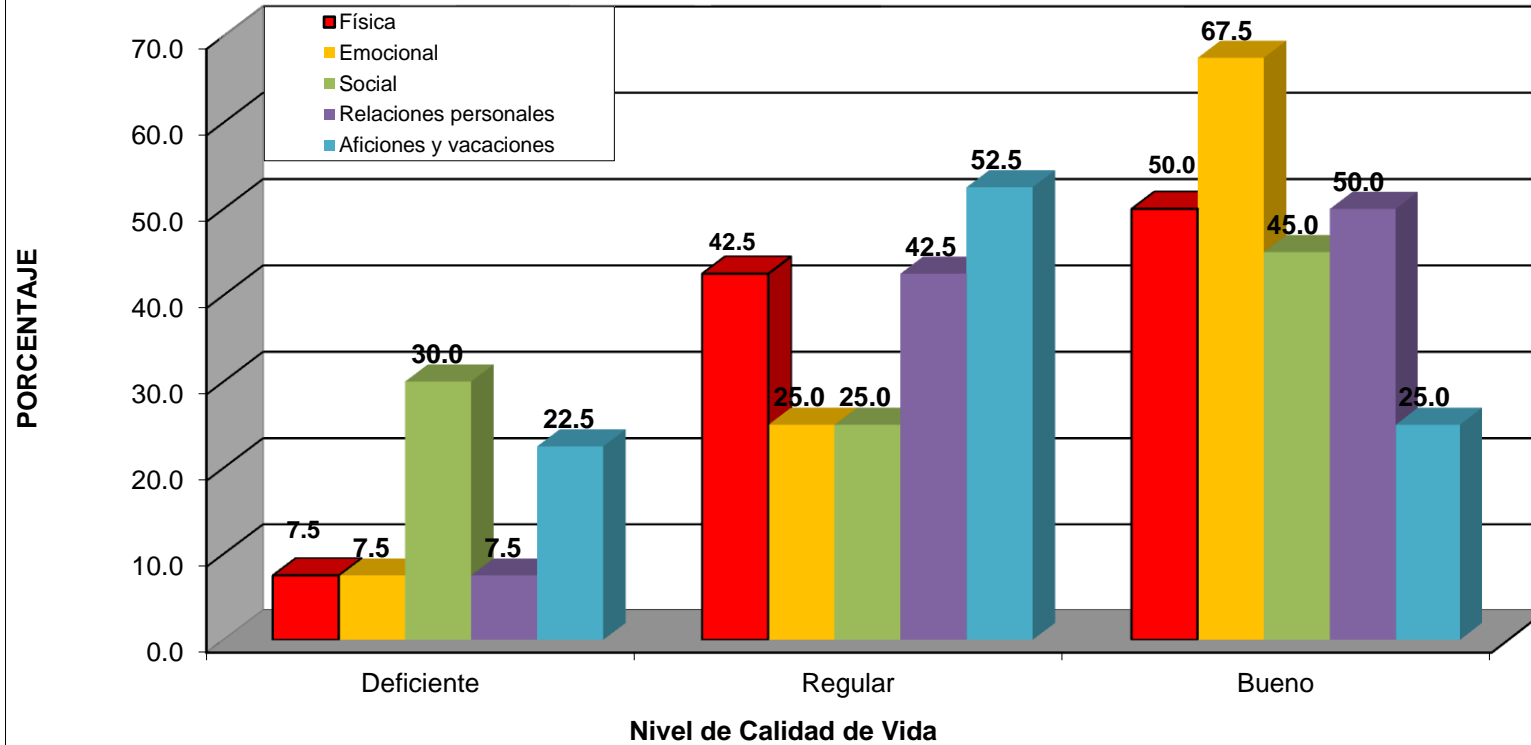


TABLA 09

**ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE 40 PACIENTES SEGÚN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN CLÍNICA DE TRUJILLO, 2015.**

| Variables | Puntaje mínimo | Puntaje máximo | Promedio | Desviación estándar |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Dimensión física | 15 | 32 | 25 | 4.2 |
| Dimensión emocional | 12 | 33 | 27 | 5.5 |
| Dimensión social | 11 | 30 | 21 | 5.3 |
| Dimensión relaciones personales | 8 | 17 | 14 | 2.2 |
| Dimensión aficiones y vacaciones | 5 | 11 | 8 | 1.9 |
| Calidad de Vida | 56 | 115 | 96 | 15.3 |

Fuente: Información obtenida de los test



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCION DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



ANEXO Nº 01

TEST DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Autor: Lic. Enf. Nancy Verónica Lulimache Morales.

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta un cuestionario, donde se investigara el nivel de calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. Ud. deberá marcar con una "X" dentro del recuadro de acuerdo a la siguiente frecuencia: Siempre (), A veces (), Nunca (). Se le pide responder con sinceridad. Gracias su participación en este estudio.

I. Datos de identificación:

✚ Edad: años

✚ Sexo: (M) (F)

✚ Grado de instrucción:

- Sin instrucción ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

✚ Tiempo de enfermedad:

- Menos de 1 año ()
- 1 a 4 años ()
- Más de 4 años ()

✚ Rol social:

- Trabajador(a) y mantenedor(a) ()
- Trabajador(a) y no mantenedor(a) ()
- Estudiante ()
- Desocupado(a) ()
- Jubilado(a) ()

II. Cuestionario sobre la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.

| I. DIMENSION FISICA | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
|---|----------------|----------------|--------------|
| 1. Se siente limitado(a) al cargar pequeños paquetes. | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se siente limitado(a) para realizar actividades diarias en el hogar. | 1 | 2 | 3 |
| 3. Su rendimiento en el trabajo se limita por su enfermedad. | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se siente limitado(a) al subir un tramo de escaleras. | 1 | 2 | 3 |
| 5. Se siente limitado(a) al caminar dos o más cuadras. | 1 | 2 | 3 |
| 6. Se limita al realizar ejercicios prolongados. | 1 | 2 | 3 |
| 7. Se siente limitado(a) al vestirse y/o a realizar su aseo personal. | 1 | 2 | 3 |
| 8. Se siente limitado(a) para atender solo sus necesidades. | 1 | 2 | 3 |
| 9. La debilidad o fatiga, le limita la realización de sus actividades diarias. | 1 | 2 | 3 |
| 10. Las náuseas o vómitos y/o calambres son limitantes para sus actividades. | 1 | 2 | 3 |
| 11. Presenta algún grado de dolor en alguna parte del cuerpo (pierna, espalda, cintura) | 1 | 2 | 3 |

| II. DIMENSION EMOCIONAL | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
|--|----------------|----------------|--------------|
| 1. Se siente Ud. Abatido(a), triste, melancólico(a) con ganas de llorar. | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se siente ansioso(a), nervioso(a) o inquieto(a). | 1 | 2 | 3 |
| 3. Ud. puede dominar sus emociones como | 3 | 2 | 1 |

| | | | |
|--|---|---|---|
| ira, cólera, agresividad. | | | |
| 4. Ud. Demuestra sus sentimientos a través de caricias, halagos o ternura. | 3 | 2 | 1 |
| 5. Se siente satisfecho(a) o complacido(a) con su vida personal. | 3 | 2 | 1 |
| 6. Se siente Ud. Relajado(a) y libre de tensiones. | 3 | 2 | 1 |
| 7. Ud. Se siente bien con las cosas que hace ahora. | 3 | 2 | 1 |
| 8. Tiene Ud. Esperanza en el futuro. | 3 | 2 | 1 |
| 9. Ud. Se acepta como es. | 3 | 2 | 1 |
| 10. Se quiere como es. | 3 | 2 | 1 |
| 11. Piensa constantemente en su enfermedad | 1 | 2 | 3 |

| III. DIMENSION SOCIAL | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
|---|----------------|----------------|--------------|
| 1. Esta Ud. Dispuesto(a) a tener muchos amigos(as). | 3 | 2 | 1 |
| 2. Participa en actividades de recreación, reuniones, paseos, juegos. | 3 | 2 | 1 |
| 3. Le agrada reunirse con otras personas. | 3 | 2 | 1 |
| 4. Le agrada estar solo(a). | 1 | 2 | 3 |
| 5. Siente que sus amigos(as) le apoyan incondicionalmente. | 3 | 2 | 1 |
| 6. Desempeña algún trabajo u ocupación en casa o fuera de ella. | 3 | 2 | 1 |
| 7. Siente que ha cambiado su posición en la familia. | 1 | 2 | 3 |
| 8. Su trabajo le produce satisfacción | 3 | 2 | 1 |
| 9. Considera Ud. Que puede ser útil para su familia o la sociedad. | 3 | 2 | 1 |
| 10. Considera Ud. Que puede mantenerse económicamente. | 3 | 2 | 1 |

| IV. DIMENSION RELACIONES | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
|---------------------------------|----------------|----------------|--------------|
|---------------------------------|----------------|----------------|--------------|

| PERSONALES | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Las relaciones personales con los miembros de su familia son positivas. | 3 | 2 | 1 |
| 2. Mantiene relaciones sexuales con su pareja. | 3 | 2 | 1 |
| 3. Se preocupa por su apariencia personal. | 3 | 2 | 1 |
| 4. Se reúne con sus amistades. | 3 | 2 | 1 |
| 5. Comparte momentos de intimidad, abrazos, besos, caricias con su pareja, persona importante en su vida. | 3 | 2 | 1 |
| 6. Dialoga con sus familiares. | 3 | 2 | 1 |

| V. DIMENSION DE AFICCIONES Y VACACIONES | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
|--|----------------|----------------|--------------|
| 1. Se programa periodos de vacaciones. | 3 | 2 | 1 |
| 2. Practica actividad recreativa como pequeñas caminatas de visita de familiares. | 3 | 2 | 1 |
| 3. Realiza algún tipo de trabajo intelectual. | 3 | 2 | 1 |
| 4. Dedicar algún tiempo del día a actividades recreativas: paseos, TV, bailar, lectura | 3 | 2 | 1 |

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 $\pm 1\%$ ($d= \pm 0.01$)

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

q: Proporción de pacientes con hemodiálisis con inadecuada calidad de vida del 50% ($q=0.50$)

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

N: Población de 80 pacientes con hemodiálisis ($N=80$)

n_o : Tamaño de muestra inicial

n_f : Tamaño de muestra final

Reemplazando valores, obtenemos el tamaño de muestra inicial:

$$n_o = \frac{80 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50}{(80 - 1) * 0.01^2 + 1.96^2 * 0.50 * 0.50} = 79$$

Comprobando con el factor de corrección del muestro, tenemos:

$$f = \frac{n_o}{N} = \frac{79}{80} = 0.992 > 0.05 \quad (5\%)$$

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

$$n_f = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{79}{1 + \frac{79}{80}} = 40$$

por lo tanto el tamaño de muestra será de 40 pacientes con hemodiálisis