



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Calidad de vida del paciente renal en el servicio de  
hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza 2013**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

**AUTOR**

**Jessica Isabel Chávez Dextre**

LIMA – PERÚ  
2014

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN EL  
SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL  
ARZOBISPO LOAYZA-2013**

*A mis padres por haberme brindado su cariño, sus consejos, su bondad y su entrega. Por ser el modelo que guía mi vida, por enseñarme a alcanzar mis objetivos con esfuerzo y dedicación; y a valorar lo realmente importante en mi vida.*

*Al Hospital Arzobispo Loayza por permitirme la oportunidad de poder hacer uso del servicio de Hemodiálisis para la realización del presente trabajo de investigación.*

*A los pacientes del servicio de Hemodiálisis, por su valiosa colaboración y tiempo, pues sin ellos no hubiera sido posible realizar el presente trabajo de investigación.*

## ÍNDICE

	Pág.
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>PRESENTACIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Formulación del Problema	5
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Objetivos Específicos	6
1.5. Propósito	7
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedente	8
2.2. Base Teórica	12
2.3. Definición Operacional de Términos	42
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b>	
3.1. Tipo y diseño	43
3.2. Lugar de Estudio	43
3.3. Población	43
3.4. Unidad de análisis	44
3.5. Criterios de Selección	44
3.5.1. Criterios de Inclusión	44
3.5.2. Criterios de Exclusión	44
3.6. Técnica e Instrumento	44
3.7. Procedimiento de Análisis e Interpretación de la Información	46
3.8. Aspectos Éticos de la Investigación	47
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
4.1. Resultados	48
4.2. Discusión	58
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	65
5.2. Limitaciones	66
5.3. Recomendaciones	67
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA</b>	68
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°		PÁG.
1.	Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-2013.	49
2.	Calidad de vida del paciente renal en la dimensión Física, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-2013.	50
3.	Calidad de vida del paciente renal en la dimensión Rol Físico, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-2013.	51
4.	Calidad de vida del paciente renal en la dimensión Dolor Corporal en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-2013.	52
5.	Calidad de vida del paciente renal en la dimensión Salud General, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-2013.	53
6.	Calidad de vida del paciente renal en la dimensión Vitalidad, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-2013.	54
7.	Calidad de vida del paciente renal en la dimensión Rol Emocional, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-2013.	55
8.	Calidad de vida del paciente renal en la dimensión Salud Mental, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-2013.	56
9.	Calidad de vida del paciente renal en la dimensión Función Social, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-2013.	57

## RESUMEN

**AUTOR: CHAVEZ DEXTRE, JESSICA ISABEL**

**ADVISORY:JUANA ELENA DURAND BARRETO**

El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013. **Material y método.** El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50. La técnica fue la entrevista y el instrumento una escala tipo Likert aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100%(50), 56%(28) refiere un nivel de calidad de vida regular, 26%(13) deficiente y 18%(9) bueno. Respecto a la dimensión física, 52%(26) regular, 36%(18) deficiente y 12%(6) bueno. En la dimensión rol físico, 54%(27) regular, 24%(12) deficiente y 22%(11) bueno. En la dimensión dolor corporal, 56%(28) deficiente, 24%(12) regular y 20%(10) bueno. En la dimensión salud general, 60%(30) deficiente, 28%(14) regular y 12%(6) bueno. En la dimensión vitalidad, 54%(27) regular, 28%(14) deficiente y 18%(9) bueno. En la dimensión rol emocional, 40%(20) regular, 32%(16) deficiente y 28%(14) bueno. En la dimensión salud mental, 56%(28) regular, 28%(14) deficiente y 16%(8) bueno. En la dimensión función física, 44%(22) regular, 36%(18) deficiente y el 20%(10) bueno. **Conclusiones.** La calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis en su mayoría es de regular a deficiente referido a que a pesar de los esfuerzos realizados se cansan al caminar, al subir varios pisos, agacharse o arrodillarse, tiene que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a las actividades cotidianas, en las últimas semanas el dolor corporal le ha dificultado realizar su trabajo o han tenido que reducir el trabajo, creen que su salud va a empeorar, se han sentido desanimados y deprimidos, estuvieron muy nerviosos y nada le sube de ánimo.

**PALABRAS CLAVES:** *Calidad de vida en pacientes con Hemodiálisis*

## SUMMARY

**AUTHOR:** DEXTRE CHAVEZ, JESSICA ISABEL

**COUNSELOR:** JUANA DURAND

The **objective** of study was to determine the quality of life of patients on hemodialysis Service Loayza Archbishop Hospital-2013. **Material and Methods.** The study is level application, quantitative, cross-sectional method. The population consisted of 50 was the interview technique and a Likert scale instrument applied prior informed consent. **Results.** 100% (50), 56% (28) refers to a quality level of regular life, 26% (13) deficient and 18% (9) good. Regarding the physical dimension, 52% (26) regular, 36% (18) deficient and 12% (6) good. In the physical role, 54% (27) regular, 24% (12) deficient and 22% (11) solid dimension. Pain in body size, 56% (28) inadequate, 24% (12) regularly and 20% (10) solid. In the general health dimension, 60% (30) poor, 28% (14) regular and 12% (6) good. In the vitality dimension, 54% (27) regularly, 28% (14) deficient and 18% (9) well. In the emotional role, 40% (20) regular, 32% (16) deficient and 28% (14) solid dimension. In the mental health dimension, 56% (28) regular, 28% (14) deficient and 16% (8) good. In the physical function dimension, 44% (22) regular, 36% (18) deficient and 20% (10) good. **Conclusions.** The quality of life of patients with kidney disease on hemodialysis service is mostly fair to poor relative to that despite efforts tired to walk, climb several floors, bending or kneeling, it must reduce the time spent on work or daily activities, in recent weeks the body pain interfere with your work done or had to reduce work, believe their health to get worse, felt discouraged and depressed, were very nervous and nothing her mood up.

**KEYWORDS:** Quality of life in patients with hemodialysis

## **|PRESENTACIÓN**

En los últimos años se ha incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas dentro del cual tenemos a la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, la Enfermedad Renal Crónica, entre otras. Por lo que, en el caso de los pacientes con insuficiencia renal, el tratamiento con hemodiálisis trae consigo cambios en su estilo y calidad de vida, toda vez que se ha ejecutado se nota de relación hostil y en definitiva puede producir un severo deterioro de autonomía individual y familiar

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud *ha probado* ser útil, principalmente como un rasgo de estructura general, dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y salud se pueden examinar en investigación y prácticas clínicas. Su medición se ha utilizado para distinguir diferencias entre pacientes o grupos de pacientes, para predecir resultados en ellos y para evaluar las intervenciones.

El presente estudio titulado “Calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013”, tuvo como objetivo determinar la calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013. Con el propósito de proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución de salud, a fin de que permita diseñar y/o elaborar programas preventivos promocionales con actividades participativas que promuevan la adopción de estilos y calidad de vida saludable.

El estudio consta de; Capítulo I: Introducción que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II: Marco Teórico, el cual incluye los antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo



III: Metodología que consta el tipo y nivel de investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, técnica e instrumento de recolección de dato, proceso de análisis e interpretación de la información y aspectos éticos. Capítulo IV: Resultados y Discusión. Capítulo V: Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las la fuente de referencias bibliográficas y anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La insuficiencia renal crónica (IRC), es reconocida como un problema de salud pública, por la afectación de la Calidad de Vida (CV) en personas de todas las edades. Además, de su condición clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conduce a la destrucción irreversible de la masa de nefronas y consecutivamente a la insuficiencia de la función excretora y reguladora renal; altera muchos aspectos tanto biológicos, físicos y emocionales en los pacientes.

En el mundo, por cada millón de habitantes existen de 3500 a 4000 personas que padecen IRC, unas 120 por millón personas aproximadamente. Entre las enfermedades causantes se encuentran: la glomerulonefritis de cualquier tipo (una de las causas más comunes), enfermedad poliquística del riñón, hipertensión, síndrome de Alport, nefropatía del reflujo, uropatía obstructiva, infección o cálculos en el riñón, nefropatía por analgésicos y la diabetes mellitus que es una de las mayores causantes de esta enfermedad.<sup>(1)</sup>

En el Perú, si bien no existen estadísticas oficiales, se estima que cerca de 300 mil personas padecen de Enfermedad Renal Crónica (ERC), mientras que la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) es de 9,000 pacientes asegurados por Essalud por año, que requieren diálisis y/o trasplante renal. Cabe señalar que del total de pacientes con ERCT, EsSalud atiende aproximadamente al

80% de pacientes, mientras que las otras entidades juntas: MINSA, Policía, Fuerzas Armadas y Privados, atienden aproximadamente al 20% restante. <sup>(2)</sup>

Los pacientes sometidos a tratamientos especializados para su supervivencia como es el caso del tratamiento de hemodiálisis, que consiste en la limpieza de la sangre de los elementos que son tóxicos para el organismo, y siendo el riñón el encargado de esta función no puede realizarlo por su deficiencia.

El objetivo de la diálisis es conseguir que los pacientes alcancen una supervivencia prolongada y al mismo tiempo favorecer su calidad de vida, considerando que la enfermedad crónica modifica la existencia del sujeto con carácter de Irreversibilidad. Su duración es indefinida y el pronóstico insatisfactorio para el paciente. En función de la mayor o menor gravedad y del transcurso de los años, suele ocasionarse una serie de crisis sobreañadidas que no siempre se resuelven favorablemente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Calidad de Vida, como *"la percepción que tiene el individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas e intereses"* y la Calidad de Vida relacionada con la Salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional, por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto

fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica. <sup>(3)</sup>

La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo). Esta satisfacción depende, en gran parte de valores, aspiraciones y las expectativas personales de cada uno. En el caso de los pacientes con enfermedad renal, el eje de la calidad de vida que se ve afectado de manera más evidente es el de la salud física, que al estar en continua interacción con los ejes de trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los modifica necesariamente, unos más que a otros y de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de las particularidades de cada paciente.

Al interactuar con los pacientes sometidos a hemodiálisis refieren “la enfermedad trasforma toda mi vida” “no quería morir” “las molestias que sentí fue terrible, tenía nauseas, me sentía débil, no podía comer lo que quería, mi piel cambio de color, me cansaba” entre otras expresiones.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por expuesto anteriormente se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Dado el incremento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica, que requiere como tratamiento alternativo la hemodiálisis para contrarrestar los efectos que produce la enfermedad. La enfermera que labora en el servicio de hemodiálisis debe identificar la repercusión de la enfermedad en su calidad de vida del paciente ya que no solo actúa en lo físico, sino también en las otras dimensiones como es la psicológica, social, es decir ver al paciente como un ser holístico, necesitada a mejorar su calidad de vida durante el proceso de su enfermedad.

### **1.4 OBJETIVOS**

#### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013.

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la calidad de vida del paciente renal en la dimensión Física, en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013.
- Identificar la calidad de vida del paciente renal en la dimensión Rol Físico, en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013.
- Identificar la calidad de vida del paciente renal en la dimensión Dolor Corporal en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013.

- Identificar la calidad de vida del paciente renal en la dimensión Salud General, en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013.
- Identificar la calidad de vida del paciente renal en la dimensión Vitalidad, en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013.
- Identificar la calidad de vida del paciente renal en la dimensión Rol emocional, en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013.
- Identificar la calidad de vida del paciente renal en la dimensión Salud mental, en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013.
- Identificar la calidad de vida del paciente renal en la dimensión Función Social, en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013.

### **1.5 PROPÓSITO**

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las autoridades y al servicio que permita planificar y ejecutar actividades preventivas promocionales, dirigidas al paciente y familiares y así promover en el personal de enfermería la elaboración de guías de procedimiento y/o material educativo que contribuya a mejorar la calidad de vida y los cuidados que deben tener los pacientes con enfermedad renal.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

A nivel Internacional

OLIVEIRA Malheiro, SoaresArruda, en Brasil, el 2012 realizaron el estudio sobre: "Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida". Cuyo objetivo fue conocer las percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica (IRC) en su calidad de vida (CV) en una unidad de hemodiálisis del interior de Bahía. El método fue descriptivo, exploratorio, tipo cualitativo, la población fue de 19 personas entrevistadas. Concluyendo que "la hemodiálisis y la enfermedad afecta la vida cotidiana de las personas, causando limitaciones físicas, sociales, que involucran su trabajo, los hábitos alimenticios y la cultura. Por ello que la atención prestada a los clientes dependientes de un tratamiento de diálisis debe ir más allá del enfoque biomédico tradicional centrado en la enfermedad y que nuevas investigaciones puedan aportar nuevas contribuciones para prestar una asistencia más humanizada e integral".<sup>(4)</sup>

SEGUÍ Anna, Amador Patricia. en España, el 2010, realizaron un estudio titulado: "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis". El objetivo fue evaluar la Calidad de Vida y las características personales de pacientes con IRC y comparar con la población general. El método fue descriptivo de corte transversal, la población fue de 96 pacientes en diálisis del centro de

Tarragona. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario de salud SF-36. Concluyeron que “La calidad de vida en pacientes con IRCT, es peor que la población de referencia en todas las dimensiones”.<sup>(5)</sup>

FRANCO Cunha, Zatta Teles, en España, el 2011, realizaron un estudio titulado: “Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal”. Cuyo Objetivo fue evaluar la calidad de vida de las personas con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en hemodiálisis, a través de KDQOL TM-SF. El Método fue Estudio descriptivo, tipo cuantitativo, la muestra fue de 32 pacientes con insuficiencia renal crónica, utilizando como instrumento para recolectar datos el KDQOL- SFTM, concluyendo: “los aspectos principales que afectan a la calidad de vida de estas personas hacen reflexionar sobre un cuidado más planificado e integral que será prestado por el equipo de salud, médica, lo que permitirá vivir con más calidad”.<sup>(6)</sup>

ESQUIVEL Carlos, Prieto José, en México, el 2009, llevaron a cabo un estudio: “Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis”. El cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida y el grado de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. El método fue descriptivo observacional en la que se aplicaron dos cuestionarios el inventario KDQOL-SF™ versión corta para calidad de vida del paciente nefrológico y el inventario de Beck para depresión, en versión corta. Concluyendo: “la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal es menor a 50% en sus rubros físico y mental. En esta serie la depresión coexistió en 53.7% (29) de los pacientes”.<sup>(7)</sup>



CONTRERAS Françoise, Esguerra Gustavo, en Colombia, el 2007, realizaron el estudio titulado: “Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis”, el objetivo fue determinar la relación que existe entre Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida. La población estuvo conformada por 41 pacientes en la unidad renal de la Fundación Hospital San Carlos de la ciudad de Bogotá, el método fue descriptivo correlacional, el instrumento el Cuestionario de Salud SF 36 para Calidad de Vida y Cuestionario de Afrontamiento al Estrés [CAE]. Concluyendo: “existe deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes; no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado. El afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas. La evitación y la religiosidad, como estilos de afrontamiento, presentaron resultados distintos a los hallados por otros autores”.<sup>(8)</sup>

A nivel Nacional

CÉSPEDES Melissa, Pita Christy del Carmen, en Chiclayo-Perú, el 2012, realizaron el estudio titulado: “Modo de Adaptación de Autoconcepto en el hogar del Adulto Joven que padece Insuficiencia Renal Crónica”. El objetivo fue describir, comprender e interpretar el modo de adaptación de autoconcepto en el hogar del adulto joven que padece Insuficiencia Renal Crónica. El estudio fue de tipo cualitativo, con enfoque fenomenológico, la población fue 6 adultos jóvenes con insuficiencia renal crónica de 20-30, que reciben tratamiento de hemodiálisis en diferentes instituciones (Clínica El Pacifico e Idelnor). El instrumento fue la entrevista a profundidad, la

técnica fue Bola de nieve. Concluyendo: “los profesionales deben desarrollen actitudes multidisciplinares al capacitar y sensibilizar no sólo a la persona enferma sino a la familia para que aprenda y ayude en el proceso de adaptación a su familiar y éste encuentre sentido a la enfermedad, logre valorar el contexto familiar, social”.<sup>(9)</sup>

CASSARETTO, M. y Paredes, R. en Perú, el 2006, realizaron el estudio titulado: “Afrontamiento a la Enfermedad Crónica”: Estudio en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. El método fue descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 40 personas mayores de 20 años diagnosticadas IRCT de un hospital del ESSALUD. La técnica fue la encuesta y el instrumento el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE, concluyendo: “el estilo de afrontamiento más usado por este grupo es el centrado en la emoción, seguido posteriormente por el estilo centrado en el problema y de forma muy poco frecuente el ultimo estilo, los cuales albergan las estrategias más inadecuadas para enfrentar el estrés, lo cual es un indicador positivo para estos pacientes”.<sup>(10)</sup>

DIAZ C. en Perú, el 2012, realizo el estudio titulado “Percepción del paciente oncológico sobre Calidad de Vida y Apoyo social en el Hospital Santa Rosa”, cuyo objetivo fue determinar la Percepción del paciente oncológico sobre Calidad de Vida y Apoyo social en el Hospital Santa Rosa. El estudio fue de nivel aplicativo, cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 73 pacientes del servicio de oncología. La técnica fue la encuesta y el instrumento fue una escala de Likert. Concluyó: “el mayor porcentaje de los pacientes oncológicos tienen una percepción sobre calidad medianamente favorable o desfavorable, de igual manera en la dimensión física,

psicológica y social, referido a que no pueden realizar sus actividades cotidianas se sienten desanimados y tristes y no se sienten cercanos a su pareja”.<sup>(11)</sup>

Por los antecedentes expuestos se pueden evidenciar que existen algunas relacionadas al tema de investigación, el cual ha permitido estructurar la base teórica y la metodología, siendo importante realizar el estudio a fin de que a través de los resultados permitan diseñar estrategias orientadas a promover mediante actividades preventivo promocionales la adopción de estilos de vida y mejorar la calidad de vida del paciente.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **PROBLEMÁTICA DE LA ENFERMEDAD RENAL**

En los últimos años el aumento de las enfermedades renales han contribuido a generar una serie de cambios en el estado y calidad de vida del paciente sometido a tratamientos, teniendo en cuenta que los riñones son dos órganos con forma de frijoles, aproximadamente del tamaño del puño de una mano, ubicados cerca de la línea media de la espalda, justo debajo de la caja que conforman las costillas. Dentro de cada riñón hay aproximadamente un millón de estructuras diminutas, llamadas nefrones, que filtran la sangre. Estos, eliminan los productos de desecho y el exceso de agua, que se transforma en orina. La orina fluye a través de unos tubos llamados uréteres hacia la vejiga, donde se almacena la orina hasta la micción.

La nefrología es la rama de la medicina interna que trata del estudio de la función y las enfermedades del riñón. La mayoría de las

enfermedades que afectan el riñón no se limitan al propio órgano, sino que son desórdenes sistémicos. La nefrología se relaciona con el diagnóstico de las enfermedades del riñón y su tratamiento (medicamento, diálisis) y el seguimiento de los pacientes de trasplante renal. La mayoría de las condiciones renales son crónicas. <sup>(12)</sup>

### **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

En el año 2002 la NationalKidneyFoundation de Estados Unidos en las guías K/DOQI definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m<sup>2</sup>. La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir.

Cuando la velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min, ocurre su último estadio que se trata de la enfermedad renal en estadio terminal (ERET); en esta fase el tratamiento renal es sustitutivo, necesiándose diálisis o trasplante para la supervivencia del paciente. Una persona puede sobrevivir sin necesidad de diálisis incluso tras haber perdido más del 90% de las nefronas. Debido a la falta de alteraciones notables el sujeto puede atravesar diversos estadios de la IRC sin saberlo. <sup>(13)</sup>

## **Etiología**

Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal (USRDS), seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.

## **Fisiopatología**

La Tasa de Filtración Glomerular puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la TFG. La pérdida estructural y funcional del tejido renal es la que intentan mantener la TFG.

Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vaso activas, pro inflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo.

En las etapas iniciales de la IRC esta compensación mantiene una TFG aumentada permitiendo una adecuada depuración de sustancias; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función

renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin TRR.

El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundario a la disfunción renal. Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal. Se han identificado sustancias tóxicas como la homocisteína, las guanidinas y la  $\beta_2$  microglobulina, además de una serie de alteraciones metabólicas y endocrinas. El paciente con IRC también tiene un riesgo elevado de presentar desnutrición calóricaproteica, ya sea inducida por la enfermedad subyacente o por el tratamiento de diálisis.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de morbimortalidad en los pacientes con IRC, ocasionando 30 veces más riesgo de morir que el de la población general. Este riesgo puede ser atribuible a una correlación entre la uremia y la aterosclerosis acelerada. En pacientes con IRC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemias, edad avanzada, DM y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular.<sup>(14)</sup>

### **Evaluación de la Insuficiencia Renal Crónica**

La proteinuria es un marcador de la progresión de la enfermedad renal. Un individuo sano normalmente excreta una cantidad de proteínas mínima en orina < 150 mg al día. La pérdida de proteínas en orina es

detectable mediante las tiras reactivas cuando es mayor o igual a 300mg/L o 300 mg de albúmina/g creatinina, lo que se conoce como micro albuminuria, la cual ya no es detectable en tiras reactivas. Tanto el micro como macro albuminuria son marcadores de riesgo de progresión de la enfermedad renal, especialmente en diabéticos, e indican un mayor riesgo de muerte cardiovascular.

La IRC se divide en cinco estadios según la TFG y la evidencia de daño renal.

**El estadio 1:** Se caracteriza por la presencia de daño renal con TFG normal o aumentada, es decir mayor o igual a 90ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Por lo general la enfermedad es asintomática. Las guías de la NationalKidneyFoundation clasifican a los pacientes que tienen diabetes y microalbuminuria con una TFG normal en el estadio 1.

**El estadio 2:** Se establece por la presencia de daño renal asociada con una ligera disminución de la TFG entre 89 y 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Usualmente el paciente no presenta síntomas y el diagnóstico se realiza de manera incidental.

**El estadio 3:** Es una disminución moderada de la TFG entre 30 y 59 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Se ha dividido el estadio 3 en dos etapas. La etapa temprana 3a, pacientes con TFG entre 59 y 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup> y la etapa tardía 3b con TFG entre 44 y 30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Al disminuir la función renal, se acumulan sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo que ocasionan uremia. Los pacientes comúnmente presentan síntomas y complicaciones típicas de la como hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo. Algunos de los síntomas incluyen fatiga relacionada con la anemia, edema por retención de agua

corporal, dificultad para conciliar el sueño debido a prurito y calambres musculares, cambios en la frecuencia urinaria, espuma cuando hay proteinuria y coloración oscura que refleja hematuria. Se aumentan los riesgos de enfermedad cardiovascular.

**El estadio 4:** Se refiere a daño renal avanzado con una disminución grave de la TFG entre 15 y 30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Los pacientes tienen un alto riesgo de progresión al estadio 5 y de complicaciones cardiovasculares. A los síntomas iniciales del estadio anterior se agregan náusea, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento u hormigueo de las extremidades.

**El estadio 5 o insuficiencia renal crónica terminal:** La TFG cae por debajo de 15 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. En este estadio el tratamiento sustitutivo es requerido. <sup>(15)</sup>

### **Manifestaciones clínicas**

Aparecen debido a las sustancias retenidas como urea, creatinina, fenoles, hormonas, electrólitos, agua y muchas otras. La uremia es el síndrome que comprende todos los síntomas y signos observados en los distintos órganos y sistemas del organismo. Son muy variados dependiendo de la persona y la causa de la enfermedad renal.

Los primeros síntomas aparecen debido a la disminución en un 25-30% del filtrado glomerular, lo que produce un aumento de la urea y la creatinina en el plasma. Encontramos síntomas en los siguientes sistemas:



- **Sistema urinario:** en la primera etapa de la enfermedad se produce poliuria, debido a la incapacidad de los riñones de concentrar la orina. Sobre todo ocurre durante la noche por lo que el paciente se debe levantar varias veces. A medida que la enfermedad empeora aparece oliguria y al final anuria. También puede haber proteinuria, cilindruria, piuria y hematuria.
- **Alteraciones digestivas:** debido a que se disminuye la velocidad de filtración glomerular, aumenta el BUN y los valores séricos de creatinina. Esto produce una presencia de productos residuales en el SNC y en tracto gastrointestinal que produce inflamación, por lo que el paciente presenta: náuseas, vómitos, letargia, fatiga, estomatitis, gingivitis, hemorragias gastrointestinales, trastorno de la capacidad para pensar y cefalea. Un elemento característico de niveles de urea elevados es la sensación de un sabor desagradable en la boca y una halitosis característica (foetorurético).
- **Trastornos de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico:**  
**Hiperpotasemia,** debida a la disminución de la excreción renal de potasio, pudiendo aparecer arritmias cardiacas de evolución incluso letal.

**El trastorno de la excreción del sodio,** hace que se retenga tanto sodio como agua, dando lugar a una hiponatremia dilucional, pudiendo aparecer edema, hipertensión e insuficiencia cardiaca congestiva.

**Se produce una acidosis metabólica,** debido a un trastorno en la capacidad renal de excretar la carga ácida, y también

debido al trastorno de la reabsorción y regeneración del bicarbonato, aunque el bicarbonato plasmático suele disminuir para alcanzar una concentración que devuelva el equilibrio.

**También se producen alteración en el calcio, fosfato y magnesio.**

- **Alteraciones hematológicas**

La disminución de la producción renal de eritropoyetina que ocasiona una reducción de hematíes en la médula ósea, eritropoyesis, da lugar a anemia.

También existe mayor riesgo de sufrir hemorragia causada por trastornos de la agregación plaquetaria y liberación del factor plaquetario. En estos pacientes hay alteraciones en el sistema de coagulación con aumento de las concentraciones de factor VIII y de fibrinógeno.

Pueden aparecer infecciones, causadas por trastornos de la función plaquetaria y alteraciones funcionales de los leucocitos. En el sistema cardiovascular, como ya hemos comentado anteriormente, se puede producir: hipertensión arterial, arritmia e insuficiencia cardíaca congestiva que puede causar edema agudo de pulmón.

El edema ocasionado por la retención de líquidos produce, en el sistema respiratorio, una disnea llamada respiración de Kussmaul que deriva en edema pulmonar, pleuritis urémica, derrame pleural, e infecciones respiratorias.

- **Alteraciones neurológicas** como letargia, apatía, trastornos de la capacidad de concentración, fatiga, irritabilidad y alteración de la capacidad mental debido a los productos residuales nitrogenados, trastornos electrolíticos y acidosis metabólica. <sup>(16)</sup>
- **Alteraciones del aparato locomotor** a causa de alteraciones del metabolismo el calcio y fosfato pueden aparecer alteraciones óseas como la osteodistrofia renal, dolores y deformidades.
- **Alteraciones dermatológicas**  
 La piel puede presentar un descoloramiento amarilloverdoso debido a la absorción y retención de urocromo (pigmentos de la orina). También tiene un aspecto pálido, seco y escamoso a causa de la anemia. Pueden aparecer petequias y equimosis por anomalías de las plaquetas.  
 El pelo es seco, quebradizo y tiende a caer. Las uñas son delgadas, frágiles y arrugadas. Estos pacientes suelen padecer un prurito intenso, debido a las alteraciones del metabolismo fosfato cálcico.
- **Alteraciones en el sistema reproductor**  
 Se puede observar infertilidad y disminución del lívido. En mujeres suele disminuir los estrógenos, progesterona y hormona luteinizante causando anovulación y alteraciones menstruales que reaparecen tras el inicio de la diálisis. En el hombre produce pérdida de la consistencia de los testículos, disminución de los valores de testosterona y recuentos bajos de esperma. La función sexual puede mejorar con la diálisis de

mantenimiento e incluso normalizarse después de un trasplante con éxito.

- **Alteraciones del sistema endocrino, como hipotiroidismo.**

También se puede observar cambios de la personalidad y de la conducta como labilidad emocional, aislamiento y depresión. Al igual que alteración de la imagen corporal debido al edema, trastorno de la piel y mucosas, así como por la presencia de vías de acceso (fístula, catéter) que contribuyen a aumentar la ansiedad y depresión.

### **Pruebas diagnósticas**

Además de las pruebas comunes, mencionadas anteriormente, encontramos pruebas diagnósticas específicas de la insuficiencia renal crónica:

Índice de filtración glomerular (IFG): Puede calcularse utilizando la fórmula matemática MDRD:  $IFG = 170 \times (\text{creatina plasmática en mg/dl})^{-0,999} \times (\text{edad})^{-0,176} \times (0,762 \text{ en mujeres}) \times (1,180 \text{ si el paciente es de raza negra}) \times (\text{urea sérica en mg/dl})^{-0,170} \times (\text{albúmina en g/dl})^{-0,318}$ .

Examen radiográfico de riñones, uréteres y vejiga urinaria: Permite comprobar la existencia de los dos riñones y observar alteraciones de su forma o tamaño; también permite detectar algunos tipos de obstrucciones.

Pielografía intravenosa y biopsia renal: Son técnicas adicionales para intentar determinar la causa de la insuficiencia renal. Una vez

el paciente está en la fase de Insuficiencia Renal Terminal ya no se llevan a cabo.

Bioquímicas séricas, exámenes radiográficos de manos y tórax, y prueba de velocidad de la conducción nerviosa: Permiten valorar el desarrollo y la progresión de la uremia y sus complicaciones<sup>(16)</sup>

### **Tratamiento**

Los objetivos son: retener la función renal, mantener la homeostasia lo máximo posible, tratar las manifestaciones clínicas y prevenir las complicaciones. Para ello, tenemos diferentes tipos de tratamiento:

#### **Control del equilibrio hídrico**

El cálculo de la ingesta de líquidos depende de la diuresis del día anterior. Para el cálculo de la restricción, la norma general es administrar líquidos a un ritmo de 400-600ml/día, y a esa cantidad se le suma las pérdidas ocurridas durante las 24 horas anteriores (orina, vómitos, sangre, diarrea). En pacientes sometidos a diálisis o hemodiálisis, la ingesta de líquidos se ajusta de modo que entre una diálisis y la siguiente el peso no aumente más de 1-3 Kg.

#### **Control de electrolitos**

**Tratamiento de la hiperpotasemia:** se controla mediante la restricción de fármacos y alimentos ricos en potasio. En caso de hiperpotasemia aguda se administran fármacos que disminuyan su concentración en sangre.

**Tratamiento de la hiperfosfatemia:** la ingesta de fosfato se suele limitar a 1g/día pero el control dietético normalmente no es suficiente por lo que se administran fijadores del fosforó para que sea eliminado por la heces.

**Tratamiento de la hipocalcemia:** debido a la falta de vitamina D, el intestino no puede absorber el calcio, por lo que se han de administrar suplementos del calcio. Si la hipocalcemia aun persiste se ha de administrar la forma activa de la vitamina D. Antes de iniciar este tratamiento se ha de disminuir los valores de fosfato ya que la interacción entre calcio-fosfato puede producir calcificaciones en los tejidos blandos.

### **Tratamiento de otras manifestaciones clínicas**

**Hipertensión:** se basa en la restricción de líquidos y sodio, y en la administración de fármacos antihipertensivos. Los IECA disminuyen la proteinuria retrasando la progresión de la insuficiencia renal. Se ha de monitorizar el efecto de los antihipertensivos mediante el control periódico de la presión arterial ya que se han de evitar las lesiones de arterosclerosis que podrían afectar aun más la función renal.

**Anemia:** se administra eritropoyetina vía intravenosa o subcutánea junto con suplementos de hierro vía oral o parenteral, ya que aumenta la demanda de hierro al administrareritropoyetina. Los suplementos del hierro tienen efectos secundarios como la irritación gástrica o estreñimiento. También se administran suplementos de ácido fólico puesto que es necesario para la formación de hematíes y ademáses eliminado en la diálisis. Por otro lado, deben evitarse las

transfusiones sanguíneas a menos que el paciente presente síntomas agudos como disnea, taquicardia, palpitaciones, fatiga intensa o hematocrito inferior al 20%.

**Osteodistrofia renal:** puede ser producida por los fijadores de fosfato por lo que su uso debe estar controlado.

**Complicaciones del tratamiento farmacológico:** debido a que muchos fármacos son excretados por los riñones, en pacientes con insuficiencia renal podrían producir intoxicaciones, por lo que las dosis y la frecuencia de administración deben ajustarse según la gravedad de la enfermedad renal.

**Prurito:** se trata con Difenhidramina. <sup>(17)</sup>

### **Terapia nutricional**

Consiste en las restricciones alimentarias necesarias para impedir la azoemia y los trastornos hidroelectrolíticos, pero aportando las calorías suficientes para prevenir el catabolismo de las proteínas del organismo, proceso que causaría el aumento de los valores de urea, fosfato y potasio. Para ello es necesario: Una dieta baja en proteínas, pero rica en grasas y carbohidratos, restricción de alimentos ricos en sodio, potasio y fósforo y administración de suplementos calóricos, vitamínicos o de aminoácidos esenciales.

La restricción de proteínas en pacientes con IRC moderada es de 0,6-0,8 g/Kg/día, en pacientes con IRC de mayor gravedad la restricción de proteínas supone un riesgo de malnutrición. Sin embargo, una vez se ha iniciado la diálisis la ingesta de

proteínas aumenta de 1,2 a 1,3 g/Kg/día. Por otro lado, el 50% de la ingesta proteica debe tener un alto valor biológico y contener todos los aminoácidos esenciales.<sup>(18)</sup>

## **HEMODIÁLISIS**

Si alguien merece sea considerado el padre de la diálisis, no cabe duda que ese honor debe recaer sobre un investigador escocés Thomas Graham, (1830) que a la edad de 25 años fue nombrado catedrático de química en la Universidad de Anderson de Glasgow y 7 años después al University College de Londres.

Graham sentó las bases de lo que más tarde llegó a ser la química de los coloides y entre otras cosas demostró que el pergamino de origen vegetal actuaba como una membrana semipermeable. Tensó este pergamino sobre un marco cilíndrico de madera y lo depositó sobre un recipiente de agua; luego colocó en él, como un tamiz un líquido que contenía cristaloides y coloides y pudo comprobar al cabo del tiempo que sólo los cristaloides pasaban a través del pergamino.

En otro experimento similar utilizó orina, demostró que la materia cristaloides de esta orina se filtraba al agua, ya que tras evaporar ésta, quedaba en el fondo un polvillo blanco que parecía urea. Graham otorgó el nombre de DIÁLISIS a este fenómeno.<sup>(19)</sup>

Hasta 50 años después de los experimentos de Thomas Graham no tuvo lugar la aplicación práctica clínica de su descubrimiento.



En 1913 John Abel y sus colaboradores realizaron la primera diálisis en animales y describieron una serie de experiencias con un primitivo aparato que denominaron RIÑÓN ARTIFICIAL.

Pero fue el Dr. George Haas que aplicando las ideas de Abel y compañeros, llega a practicar en 1926 la primera diálisis en un ser humano. La diálisis duró 35 minutos y aparte de una reacción febril, la paciente toleró bien el procedimiento. Lógicamente no tuvo efectos terapéuticos.

Posteriormente, Haas realizaría otras 2 sesiones de diálisis, con 2 pacientes urémicos y precisamente utilizando ya la heparina recientemente descubierta por Howell y Holt, aunque con grandes problemas para su purificación.

Es en los años 40 cuando la aparición del riñón rotatorio de Koll y el desarrollado por Murray, cuando la HD llega a ser un procedimiento aceptado para una aplicación clínica.

Pero a pesar del éxito de Koll, la HD no tuvo gran difusión porque su realización presentaba numerosos problemas técnicos, ya que no se había conseguido una anticoagulación eficaz, aparecieron numerosas infecciones y sobre todo no se disponía de un acceso vascular eficaz y estable que permitiera aplicar la HD como un tratamiento sustitutivo más.

En 1955 la HD sólo se aplicaba en unos cuantos hospitales y en casos excepcionales ya que muchos la consideraban un procedimiento experimental laborioso, caro y peligroso. Sin embargo la utilización con éxito de esta técnica en numerosos casos de I.R.A. propició un nuevo impulso para su desarrollo.

La HD. En pacientes con IRC hubo de esperar hasta 1960 aunque Quinton y Scribner implantaron el primer shunt externo, construido con finas paredes de teflón para insertarlo en la arteria radial y en la vena cefálica de los pacientes, posibilitó el acceso repetido a la circulación de los mismos y el nacimiento en 1961 del primer programa de HDP siendo creada en Seattle (en el hospital de la Universidad de Washington) la primera unidad de HD ambulatoria de la historia.

A partir de este momento la evolución natural de la IRC ya no volvería a ser la misma, porque se había conseguido estandarizar un procedimiento para sustituir la función depuradora del riñón y evitar la muerte de estos pacientes. Había nacido el tratamiento de la IRC con HDP. La difusión de este procedimiento terapéutico fue extraordinaria y en pocos años se crearon numerosas unidades de HD.

Este shunt de Scribner presentaba la ventaja de ser utilizado inmediatamente después de su inserción y de ser utilizado repetidamente durante períodos relativamente largos de tiempo lo que permitió el nacimiento de programa de HDP.

A pesar de ello el problema de encontrar un acceso vascular adecuado no se había resuelto por completo ya que este shunt limitaba los movimientos del paciente, requería meticulosos cuidados de limpieza y presenta frecuentes infecciones y trombosis.

Es por ello, la esperanza de vida de los pacientes ha mejorado notablemente con los procedimientos de Diálisis y Trasplante Renal. Sin embargo, la IRCT es una condición que amenaza la vida seriamente, con morbilidad y mortalidad elevadas.

Por otro lado las personas sometidas a hemodiálisis crónica están preocupadas porque su estado médico es imprevisible y sus vidas están perturbadas. Es frecuente que tengan problemas económicos, dificultades para conservar su trabajo, disminución del deseo sexual e impotencia, depresión por llevar la vida de enfermos crónicos y temor a la muerte. Si se trata de un sujeto joven le preocupara el matrimonio, tener hijos y la carga que puede presentar su trastorno para la familia. El estilo de vida reglamentado que se precisa a causa de la diálisis frecuente y la restricción en el consumo de líquidos y alimentos suele ser desmoralizante para el paciente y su familia.

### **Concepto de hemodiálisis**

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

Este procedimiento es impulsado y controlado por el “equipo de diálisis”, máquina que comprende una bomba impulsora de la sangre y dispositivos de programación, monitoreo y control mediante los cuales se fijan los parámetros del tratamiento.

El tiempo normal de cada sesión es de cuatro horas, y cada sesión se realiza tres veces por semana y, en los períodos interdiálisis, se le dan recomendaciones al paciente para que controle la ingesta de líquidos y de ciertos alimentos. La hemodiálisis se realiza normalmente en centros hospitalarios para lo cual obligan al paciente a desplazarse los días que les corresponda efectuar dicho tratamiento.<sup>(19)</sup>

### **Manejo del paciente antes de iniciar la hemodiálisis**

Cuando el paciente con IRC presenta un aclaramiento de creatinina inferior a 20 ml/min. Es preciso extremar los controles para conocer la evolución de la función renal, vigilar la posible aparición de factores que puedan agravarla, pero que puedan ser potencialmente reversibles y evitar la administración de drogas nefrotóxicas. En esta situación, es conveniente que el paciente esté informado de su situación y de la evolución futura de su enfermedad haciéndole conocer la posibilidad de ser tratado en el futuro con HD.

Debe informársele de la realidad de la HD transmitiéndole la seguridad de que la HD puede ofrecerle una vida larga, y a pesar de las limitaciones, razonablemente confortable. Esta información debe ayudar a que el paciente conozca mejor la realidad presente y futura y consiga una mejor adaptación psicológica a la misma.

Durante esta fase es conveniente permitir al paciente que realice un tipo de vida lo más normal posible sin más limitaciones que las obligadas por la sintomatología clínica del mismo o cuando se trate de actividades que pueden entrañar riesgos especiales en sí mismo.

La dieta, debe tender a cubrir las necesidades calóricas y proteicas del paciente. Debe recibir una dieta normo calórica y una cantidad de proteínas, alrededor de 1G/Kg de peso/día para evitar la desnutrición.

El principal problema de este período es proveer al paciente de un acceso vascular eficaz y estable. El más adecuado es la FAVI. Como ésta tarda varias semanas en madurar, es conveniente realizarla con antelación a la fecha prevista para iniciar la HD. En la mayor parte de los pacientes, el momento más adecuado para realizar la Fístula arteria-venosa interna (FAVI) es cuando el paciente presenta un aclaramiento de creatinina alrededor de 10 ml/min., sin embargo, debe realizarse antes en aquellos pacientes que presentan dificultades para conseguir una buena fístula, en las que puede presumirse un deterioro más rápido de la función renal y en las que se aconseja un comienzo más precoz con HD. <sup>(20)</sup>

## **CALIDAD DE VIDA**

Según la Organización Mundial de la Salud, la define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Por su parte, Vinaccia y Orozco consideran que la Calidad de Vida; puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina felicidad, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de estado de bienestar.

Schwartzman definió la Calidad de Vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida la define como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. El Ministerio de la Protección Social en Colombia asume la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en la dimensión individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales. Otros autores la definen como, la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Este concepto está relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas representa además un “término multidimensional de las políticas sociales, significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales.

Desde el punto de vista social y económico, se define como el conjunto de características físicas, biológicas, psicológicas y sociales del medio ambiente que se deben alcanzar para promover un alto nivel de bienestar de la población desde el ámbito psicológico, hace referencia a las sensaciones de bienestar físico, material y emocional percibido por la personas, sumado a las posibilidades de desarrollo personal, de acuerdo al conjunto de valores individuales, desde el bienestar hace referencia a una serie de “aptitudes y cualidades que pueden considerarse propiamente humanas, entre las que se encuentran funciones básicas como la nutrición, el cobijo y la integridad física, pero también otras más anímicas o intelectuales como el desarrollo emocional y la capacidad de jugar y reír”.

De acuerdo a las concepciones evocadas en el texto, surge la importancia de evaluar la calidad de vida, ya que permite valorar aspectos técnico-médico relacionados con la atención y cuidado del paciente, bienes y servicios, tecnología y accesibilidad que tenga a su disposición, a lo que tiene derecho toda persona por ser simplemente un ciudadano de derechos. Es importante tener en cuenta que satisfacer los aspectos anteriormente mencionados representan una variable de resultado en diversos tipos de estudios, pero especialmente en ensayos clínicos, en el análisis costo/beneficio y otros análisis económicos que son de utilidad para la gestión hospitalaria.

Además, estos los índices de calidad de vida caracterizan el soporte social que recibe el paciente y han facilitado generar el tipo de apoyo o soporte psicológico que requiere un paciente y en gran medida se utilizan en los análisis de sobrevida.<sup>(21)</sup>

## **Calidad de Vida Relacionada con la Salud**

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. La definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La Organización Mundial de la salud en su grupo estudio de Calidad de Vida, ha definido como "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".<sup>(22)</sup>

Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente. Es en este sentido, que la operacionalización del concepto Calidad de Vida ha llevado a tal formulación y construcción de instrumentos o encuestas que valoran la satisfacción de personas, desde una mirada general.

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es la valoración que cada persona realiza a cerca



de su vida y su entorno lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias.

El impacto de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se pone de relieve al considerar cómo influye la enfermedad en la “calidad de vida” de los enfermos. Este término comienza a emplearse en la literatura médica en los años 70, para designar el bienestar general de los sujetos en todas las áreas de su vida. Pese a que hoy es un concepto ampliamente extendido todavía no se ha propuesto una definición consensuada, se aplica a enfermos renales parece equipararse con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: “el grado de bienestar a nivel físico, emocional y social”.

### **Características de la calidad de vida**

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el **modelo biopsicosocial**. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

## **Las dimensiones de la calidad de vida**

El reto fundamental para hacer operativo el concepto de calidad de vida reside en identificar adecuadamente las diversas dimensiones que lo componen. Su complejidad ha de ser reflejo, al menos en parte, de la propia complejidad del ser humano; de no ser así, se corre el riesgo de crear un constructo tan limitador como han resultado ser los que pretende sustituir.

Un buen punto de partida puede establecerse en la propia diversidad de necesidades humanas. El esfuerzo de descripción y clasificación no puede ocultar el hecho de que todas las necesidades se encuentran profundamente interrelacionadas, por lo que establecer cualquier tipo de jerarquía para su satisfacción tiene efectos contraproducentes, ya que omite relaciones de interdependencia entre las distintas necesidades.

El análisis de las necesidades humanas no puede considerarse nunca como un producto cerrado y terminado, ya que, en cualquier caso, deben ser juzgadas por las propias personas interesadas; la multidimensionalidad no puede nublar el otro aspecto irrenunciable de la calidad de vida: la subjetividad.

En este sentido, Julio Alguacil propone organizar las dimensiones de la calidad de vida en torno a tres ejes principales: bienestar, identidad cultural y calidad ambiental. Cada uno de estos ejes sirve para organizar un conjunto más amplio de aspectos que están interrelacionados directamente entre sí, pero también con el resto de los ejes. Se trata, más que de una descripción detallada, de una propuesta operativa para el análisis y la acción.<sup>(23)</sup>

Según Ware las 8 dimensiones que integralmente comprenden la calidad de vida y son:

- **Función Física;** Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.
- **Rol Físico;** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras acciones diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en su realización.
- **Dolor Corporal;** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
- **Salud General;** Valoración personal de la salud que incluye la actual, las perspectivas para el futuro y la resistencia a enfermar.
- **Vitalidad;** Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- **Rol emocional;** Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.
- **Salud mental;** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.
- **Función Social;** Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.<sup>(24)</sup>

## ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA

Para la prevención y el tratamiento precoz, es imprescindible identificar a personas con riesgo de padecer IRC (personas con antecedentes de enfermedad renal, hipertensión, diabetes mellitus e infecciones

repetitivas del tracto urinario). A estas personas se les debe realizar seguimientos periódicos e indicarles que deben avisar al profesional de salud cualquier alteración observada en el volumen de orina, su aspecto y la frecuencia de micción. En caso de necesitar suministrar un fármaco nefrotóxico, es importante controlar la función renal.

En estos pacientes, la educación para la salud juega un papel muy importante, ya que al tratarse de una enfermedad crónica, el paciente y su familia serán los responsables de la dieta, los fármacos y los cuidados de seguimiento. La enfermera deberá valorar los sistemas de apoyo del paciente, ya que al tratarse de una enfermedad crónica, va a afectar a todas las áreas vitales de la persona.

Mediante la educación para la salud, el paciente deberá ser capaz de pesarse y medir la presión arterial diariamente, e identificar los signos y síntomas de sobrecarga de líquidos, hiperpotasemia y otros trastornos hidroelectrolíticos. Tanto el paciente como la familia han de comprender la importancia del cumplimiento estricto de la dieta.

Además, deben acudir periódicamente a un dietista, para planificar bien la dieta y ajustarla a la función renal. En cuanto a los fármacos, seguiremos las mismas recomendaciones que en la IRC. Para asumir el papel primario en el control de la enfermedad es esencial la motivación. El periodo de tratamiento conservador proporciona la oportunidad de evaluar la habilidad del paciente para controlar la enfermedad.

Cuando el tratamiento conservador ya no es efectivo, las opciones son la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante.

Tanto el paciente como su familia necesitan una explicación clara de lo que implica la diálisis y el trasplante. Proporcionar información acerca de las opciones de tratamiento permitirá al paciente participar en el proceso de toma de decisiones y le dará una cierta sensación de control. Se debe informar al paciente que aunque elija diálisis, siempre existe la opción del trasplante, y en caso de que el trasplante fracase, siempre se puede volver a la diálisis, o hacer otro trasplante.

Como vemos la responsabilidad de enfermería es prestar cuidados al individuo, familia y comunidad ocupándose de los aspectos psicosomáticos, psicosociales de la vida que afectan tanto a la salud como a la enfermedad e incluso a la muerte.

La enfermería no es una serie de actividades aisladas sino que se desarrollan en igualdad con otras disciplinas sanitarias completándose y prestando servicios conjuntamente, el servicio de enfermería es un sistema diferenciado con entidad propia dentro del sistema sanitario.

Para conseguir unos servicios de enfermería seguros y eficaces la enfermera/o deberá poner o procurarse los conocimientos o recursos necesarios para prestar bien sus cuidados. El hecho de que la enfermera/o esté en continuo contacto con el paciente le confiere responsabilidades adicionales, la enfermera/o que suministra cuidados tendrá que evaluar continuamente la atención prestada con el fin de mejorarla. El arte característico de la enfermería es la habilidad para cuidar al enfermo. Cuidar es un proceso continuo que requiere una valoración global de las personas necesitadas de cuidado. Cuidar es el núcleo de la disciplina enfermera. Si estas dos premisas son ciertas, y así es seguir los expertos, hace falta que las enfermeras especialistas

en cuidar personas con enfermedades crónicas enfoquen los cuidados de enfermería con una perspectiva integral, de forma tal que siempre hemos de tener en cuenta que los problemas psíquicos repercuten negativamente en lo corporal, viceversa, los problemas orgánicos corporales lo hacen en la esfera psíquica.<sup>(25)</sup>

Todos los pacientes que sufren una enfermedad renal crónica han de hacer frente a una serie de adaptaciones a un estilo de vida consecuencia de las repercusiones de la enfermedad sobre un estado anímico y corporal. Nuestro papel, nuestra relación con el paciente renal crónico viene determinado por tres factores fundamentales:

**La situación médica del paciente:** Es decir, que esté afecto de una IRC no complicada o complicada. Indudablemente el paciente libre de complicaciones va a ser más manejable y requerirá menos cuidados que aquel otro con IRC complicada.

**La estructura psicológica:** En la que hay que tener en cuenta: la personalidad previa del paciente.

El estado de ánimo que experimenta para enfrentarse y aceptar la enfermedad de cuya respuesta por parte del individuo va a depender su vida ligada al tratamiento de la IRC.

Las variaciones psicológicas durante el tratamiento ya sean por inadaptación al régimen terapéutico, inadaptación a la máquina, a la toma de medicación y las repercusiones psíquicas de complicaciones somáticas.

**La problemática socio-económica:** En que está envuelto el paciente, problemas familiares, conyugales o de relación con los hijos, o con un

círculo de amistades (le miran como a un minusválido), problemas laborales (pérdida de empleo), inseguridad económica.

En resumen, la situación del paciente se ve enmarcada dentro de un cuadro de ansiedad relacionado no sólo con el miedo a la pérdida del bienestar físico, sino con la dificultad incrementada en mantener el empleo, en el estrés familiar.

No obstante, todos los pacientes no reaccionan igual frente a la enfermedad y esta reacción va a depender de una serie de factores que inciden en la rehabilitación del paciente y algunas de las cuales son modificables en sentido positivo por la labor del grupo asistencial.

**Esos factores son:**

- La edad. Difiere la reacción de un niño que empieza a vivir y ve cortada sus posibilidades de libertad y proyección futura, a la de un adulto y está a la de un anciano.
- La personalidad previa ( ya comentada)
- La situación cultural, que determina que haya diferentes planteamientos ante la vida, a mayor cultura mayor sentimiento de enfermedad.
- La situación socio-económica. A mayor estabilidad económica, menor incidencia de su enfermedad.

La enfermera por su relación estrecha con el enfermo tiene una importante labor que hacer:

- Prestar ayuda psicológica, pero para que pueda prestarle esa ayuda, es preciso que la enfermera/o cuente con la confianza del enfermo, que va a ganar sólo cuando actúe con relativa

independencia, asumiendo responsabilidades y poder (de ejecución médica) que le van a venir cuando se encuentre segura de su técnica y responsable de su gestión. Es necesario pues que infunda confianza al enfermo.

- Relacionarse con el enfermo es que siempre es necesario “adaptarse al nivel del paciente” ayudándole principalmente con una labor:
  - Informativa
  - De acercamiento mediante el diálogo.

### **Pautas para una información eficaz**

La información es una de las funciones de la comunicación, una información eficaz depende del que escucha, del clima adecuado y de la emisión del mensaje.

En los mensajes hay que hacerles hincapié en lo esencial, repetir ideas básicas, utilizar palabras simples, no técnicas, poner ejemplos cotidianos, comprobar la comprensión de los mensajes emitidos:

- Mensajes claros, cortos, concretando
- Actitud amistosa, cercana
- Emisión organizada de mensajes

En todos los casos la enfermería ha de tener una actitud acogedora, comprensiva, flexible, humana, cooperativa y personalizada. Ha de tener experiencia y formación suficiente para dar la información adecuada. Esta información va a dar un resultado positivo ya que resta



angustia al enfermo y le hace colaborador responsable de su tratamiento. Se le informará sobre:

- Cuestiones técnicas. Qué es la diálisis, cuales su finalidad
- Explicaciones sobre medidas a tomar con la dieta
- Restricción de líquidos para evitar sobrepeso
- Acción de los medicamentos que toma.

Sea cual sea el nivel de información, la realidad es que el paciente se encuentra ante una situación nueva para él, una forma de vivir distinta. A partir de ese momento se da cuenta de que su vida depende de una máquina, de un personal médico y de enfermería con el que ha tenido poca o ninguna relación. Se intentará dentro de lo posible, que el paciente hable sobre su vida familiar, laboral, las condiciones de su domicilio, sus expectativas de vida. La situación de su misión como enfermo le vuelve muy sensible a todas las modificaciones del medio de ahí que sea necesario informarle y animarle. <sup>(26)</sup>

### **2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**Calidad de vida:** la calidad de Vida es evaluado con el Cuestionario.

**Insuficiencia renal crónica:** Es la pérdida de la función de los riñones, caracterizada por ser constante, progresiva e irreversible.

**Hemodiálisis: Es** el procedimiento que consiste para extraer sangre del organismo y pasarla al dializador de doble compartimiento, por el cual pasa la sangre y por otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque se asignó un valor numérico a la variable, nivel aplicativo que parte de la realidad y plantea resolver el problema, método descriptivo de corte transversal, porque nos permitió presentar los datos obtenidos y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

#### **3.2 LUGAR DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el servicio de hemodiálisis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, situado en la Avenida Alfonso Ugarte 848 Cercado de Lima. El hospital es una institución catalogada de tercer nivel que cuenta con recursos humanos especializados en diferentes áreas de atención así como tecnología de punta. El servicio de Hemodiálisis se encuentra ubicada entre el pabellón 1 y el pabellón 4 de medicina. En ella se atiende a pacientes que llegan de diferentes lugares del país, se atienden con un sistema de seguro SIS o lo hacen pagando por el servicio. Estos pacientes evidencian muchas carencias, de afecto, económico, y muchas veces llegan solos sin familiares y si vienen con familiares, los dejan y luego los recogen.

#### **3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población estuvo conformada por 50 pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

### **3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.**

Pacientes del servicio de hemodiálisis del Hospital Arzobispo Loayza.

### **3.5 CRITERIOS DESELECCIÓN**

#### **3.5.1 Criterios de inclusión**

- Usuarios en programa de hemodiálisis de ambos sexos.
- Usuarios que hablen el castellano.
- Usuarios que acepte participar en el estudio.

#### **3.5.2 Criterios de exclusión**

- Usuarios que asisten a otros programas de salud.
- Usuario que no completen el instrumento.

### **3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario de Salud SF-36 desarrollado por Ware (1993), adaptado y validado en España por Alonso y Col. (1995) que incluye preguntas capaces de evaluar un espectro del estado de salud en un rango de estados desde “menos sanos” y “más sanos” de los encuestados. Actualmente, por su utilidad y simpleza, el cuestionario SF-36 es el más usado en estudios de estado de salud a nivel mundial. Esta encuesta contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 conceptos o dimensiones. El coeficiente de consistencia interna  $\alpha$  de Crombach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos ( $\alpha$  de Crombach = 0,7) en todas las escalas, excepto en la Función social. Las escalas Rol físico, Función física y Rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones

superaron el valor de 0,90, límite recomendado para las comparaciones individuales. Con el fin de obtener una estimación conjunta del coeficiente  $\alpha$  de Crombach de cada escala a partir de todos los estudios, se llevó a cabo un meta análisis para cada una de las escalas utilizando siempre el modelo de efectos aleatorios, dado que se observó heterogeneidad entre los estudios en todos los casos. Las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del meta análisis de los coeficientes  $\alpha$  de Crombach fueron  $\geq 0,9$  para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7.

**Las 8 dimensiones medidas son:**

- **Función Física (FF):** grado en que la salud, limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos etc. (10 pts).
- **Rol Físico (RF):** grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado. (4 pts).
- **Dolor Corporal (DC):** la intensidad del dolor y su efecto. (10 pts).
- **Salud General (SG):** valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. (20 pts.).
- **Vitalidad (V):** sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. (20 pts.)
- **Función Social (FS):** grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social. (8 pts.).
- **Rol Emocional (RE):** grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo. (3 pts.).

- **Salud Mental (SM):** salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar. (25 pts.).

**Total del puntaje:** 100 pts.

La calidad de vida se medirá de la siguiente manera:

Buena: 75-100 puntos

Regular: 50-74 puntos

Deficiente: 0-49 puntos.

Por otra parte, es importante destacar que se trató del cuestionario genérico para la medida de la CVRS (Calidad de Vida Relacionada con la Salud), que goza de mayor vitalidad. Desde su aparición en el inicio de la década de los noventa no ha cesado el diseño de nuevas herramientas de ayuda a la interpretación (valores de referencia poblacionales, valores sumarios y diferencia mínima clínicamente relevante, entre otras), así como de nuevas versiones para solucionar algunos de los problemas detectados.

### **3.7. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para la recolección de datos se realizó el trámite administrativo en el Hospital Arzobispo Loayza. Luego se sostuvo las coordinaciones pertinentes, el servicio se obtuvo el consentimiento de los pacientes que voluntariamente aceptaron participar del estudio, la encuesta duró de 20 a 30 minutos.

Una vez realizada la recolección de datos, estos ítems procesados mediante se realizó el procesamiento en la hoja de cálculo de Excell (Windows XP 2000) y el paquete estadístico SPS v 21, se

presentan en gráficos y tablas estadísticas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

### **3.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio fue presentado al comité de ética del HNAL, para lo cual se realizaron las coordinaciones necesarias que permitan aplicar el instrumento para la recolección de datos. Los pacientes participantes fueron informados previamente sobre este estudio; fue de carácter anónimo y confidencial, respetando la autonomía del paciente y el derecho a decidir si desean o no participar en el estudio.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Posterior a la recolección de datos, estos fueron procesados presentándose los resultados en gráficos y tablas estadísticas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

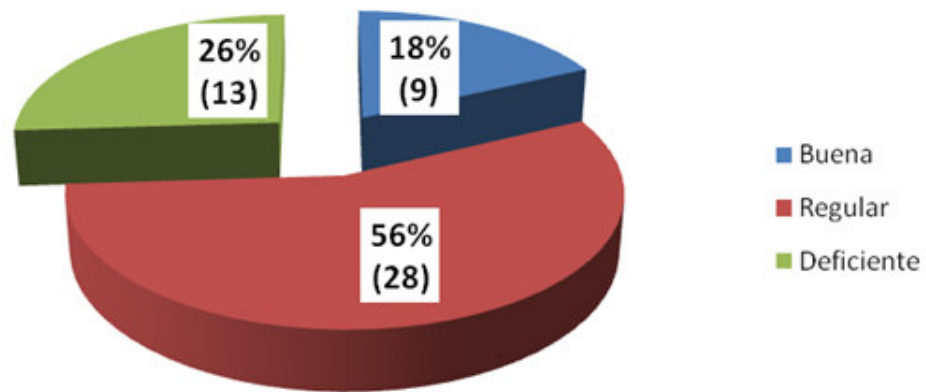
#### **4.1. RESULTADOS**

Acerca de los datos generales de los pacientes que asisten al servicio de hemodiálisis tenemos que del 100%(50), 67% (34) tienen entre 31 a 40 años, 25% (12) tienen entre 20 a 30 y 8% (4) tienen más de 41 años; 73%(37) son de sexo femenino y el 27%(13) masculino; 20% (10) tienen estudios de primaria, 64% (32) tienen secundaria y el 16% (8) superior. (Anexo R).

Por lo expuesto podemos evidenciar que la mayoría de los pacientes que asisten tienen entre 31 a 40 años, son del sexo masculino, tienen estudios primarios y secundarios.

## GRÁFICO N° 1

### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA- PERÚ 2013



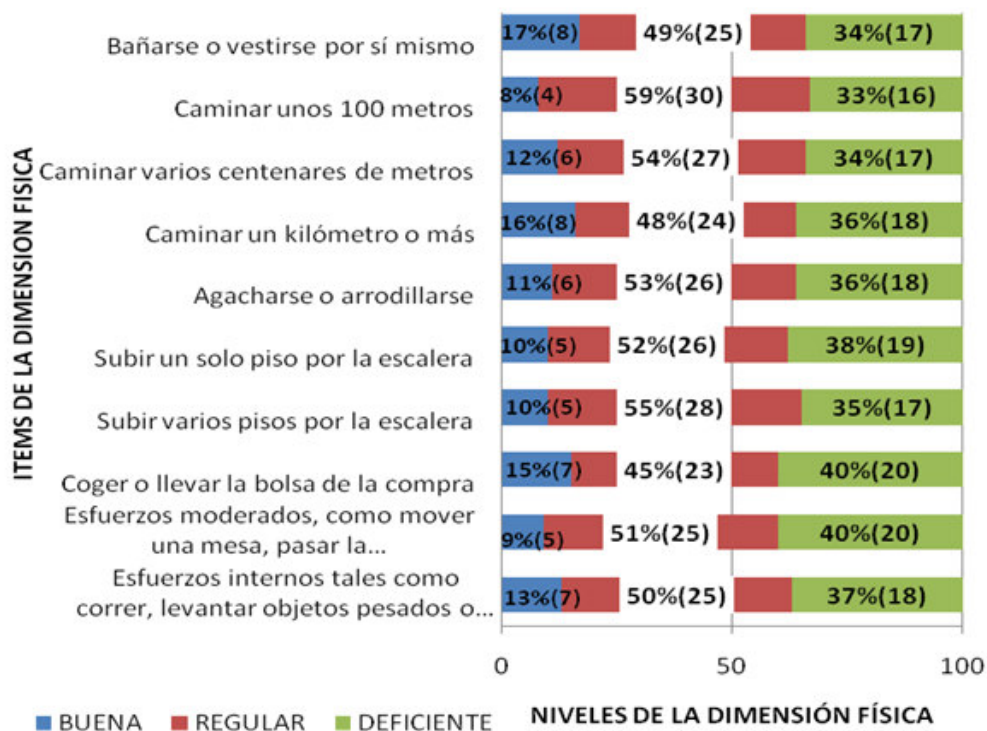
En cuanto a la Calidad de Vida del paciente renal, del 100% (50), 56%(28) refiere que es regular, 26%(13) deficiente y 18%(9) bueno (Gráfico N° 1, Anexo H).

Los aspectos referidos a nivel regular está dado por que los pacientes refieren tener una salud regular y que su salud actual es más o menos igual que hace un año.



## GRÁFICO N° 2

### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN FÍSICA, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA-PERÚ 2013

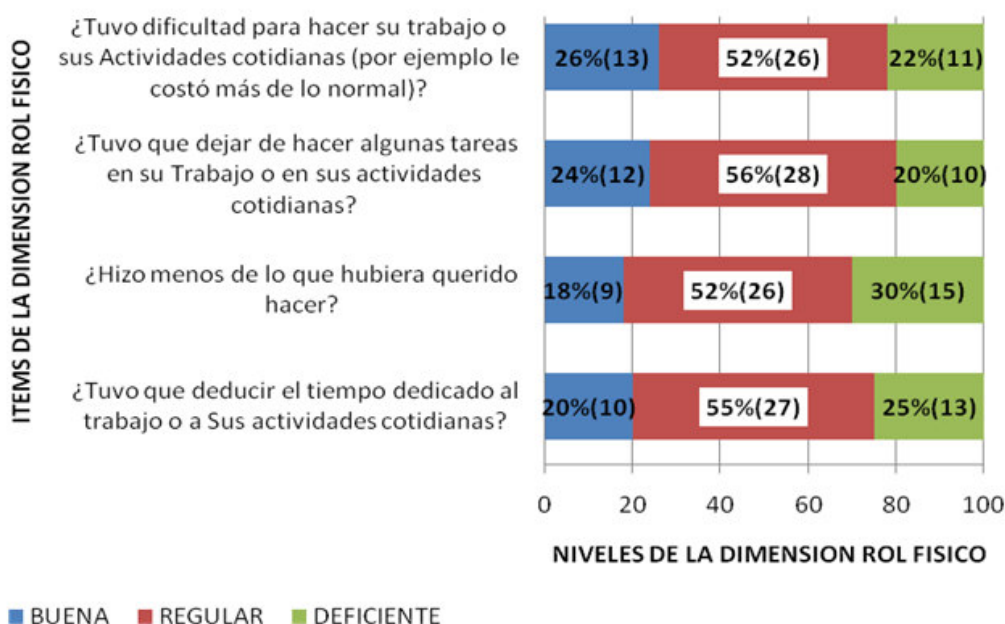


Respecto a la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión física, del 100%(50), 52%(26) refiere regular, 36%(18) deficiente y 12%(6) bueno (Gráfico N° 2, Anexo I).

Los aspectos referidos a regular están dados por que 59% (29) se fatigan al caminar unos 100 metros, 55% (28) al subir varios pisos por la escalera, 54%(26) se cansan caminar varios centenares de kilómetros, y 53%(25) al agacharse o arrodillarse.

### GRÁFICO N° 3

#### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN ROL FÍSICO, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA- LIMA- PERÚ 2013.

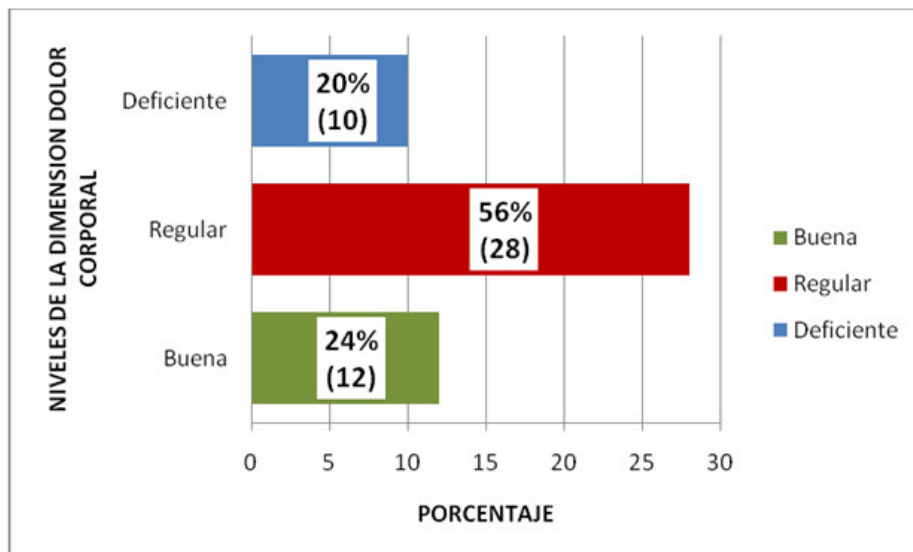


Sobre la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión rol físico, del 100% (50), 54%(27) refieren que es regular, 24%(12) deficiente y 22%(11) bueno (Gráfico N° 3, Anexo J).

Los aspectos referidos al regular están dados porque 56% (28) tuvo que dejar algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas y 55%(27) tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas.

#### GRÁFICO N° 4

### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN DOLOR CORPORAL EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA-PERÚ 2013.

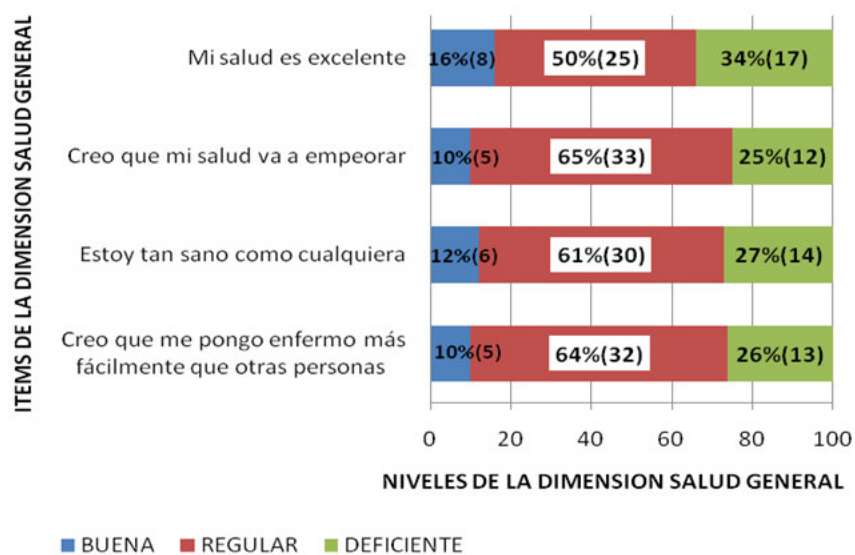


En cuanto a la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión dolor corporal, del 100%(50), 56%(28) expresan que es regular, 24%(12) deficiente y 20%(10) bueno. (Gráfico N° 4, Anexo K).

El aspecto referido a dolor regular y deficiente está dado por que la mayoría de pacientes refieren tenerlo en las últimas 4 semanas, lo que ha dificultado la realización de su trabajo.

## GRÁFICO N° 5

### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN SALUD GENERAL, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA-PERÚ 2013.

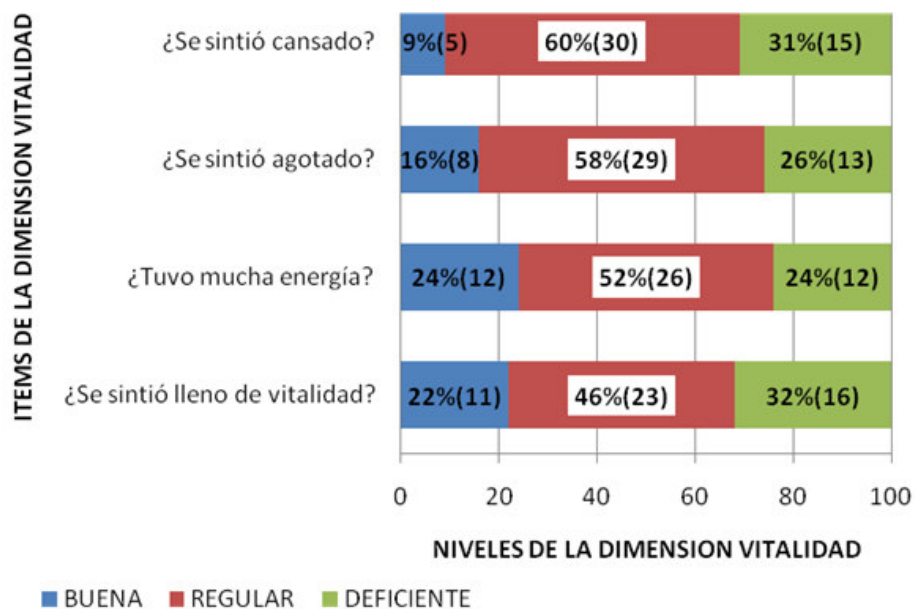


Acerca de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión salud general, del 100% (50), 60%(30) refieren deficiente, 28%(14) regular y 12%(6) bueno (Gráfico N° 5, Anexo L).

Los aspectos referido a regular está dado por qué 65% (33) dicen tener una salud regular y piensan que su salud va a empeorar 64% (32), creen que se ponen enfermo más fácilmente que otras personas.

## GRÁFICO N° 6

### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN VITALIDAD, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA-PERÚ 2013.

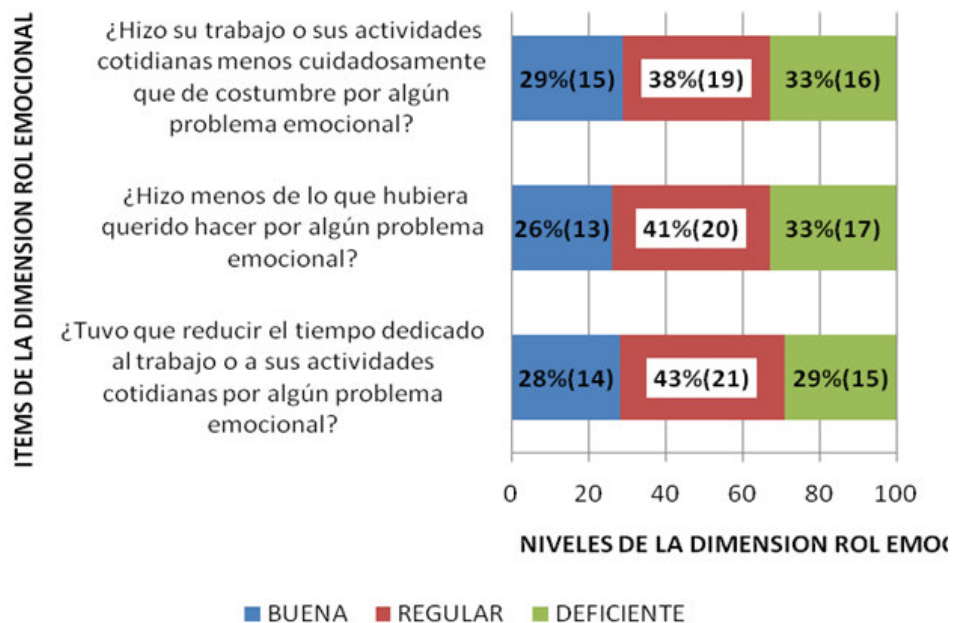


Respecto a la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión vitalidad, del 100% (50), 54%(27) expresan que es regular, 28%(14) deficiente y 18%(9) bueno (Gráfico N° 6, Anexo M).

Los ítems regular y deficiente está dado por qué manifiestan sentirse cansado y 58% (29) sentirse agotado.

## GRÁFICO N° 7

### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN ROL EMOCIONAL, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA-PERÚ 2013.

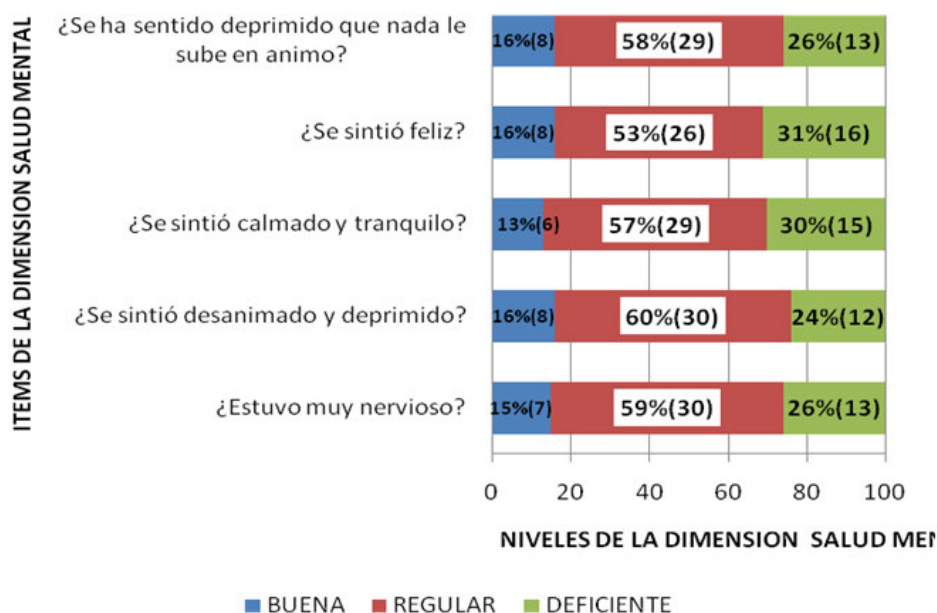


En cuanto a la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión rol emocional, del 100% (50), 40%(20) refieren ser regular, 32%(16) deficiente y 28%(14) bueno (Gráfico N° 7, Anexo N).

Los ítems regular está dado por que 43% (22) tuvieron problemas emocionales que les hizo reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas y 41% (21), hicieron menos de lo que hubieran querido realizar.

## GRÁFICO N° 8

### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN SALUD MENTAL, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA-PERÚ 2013.

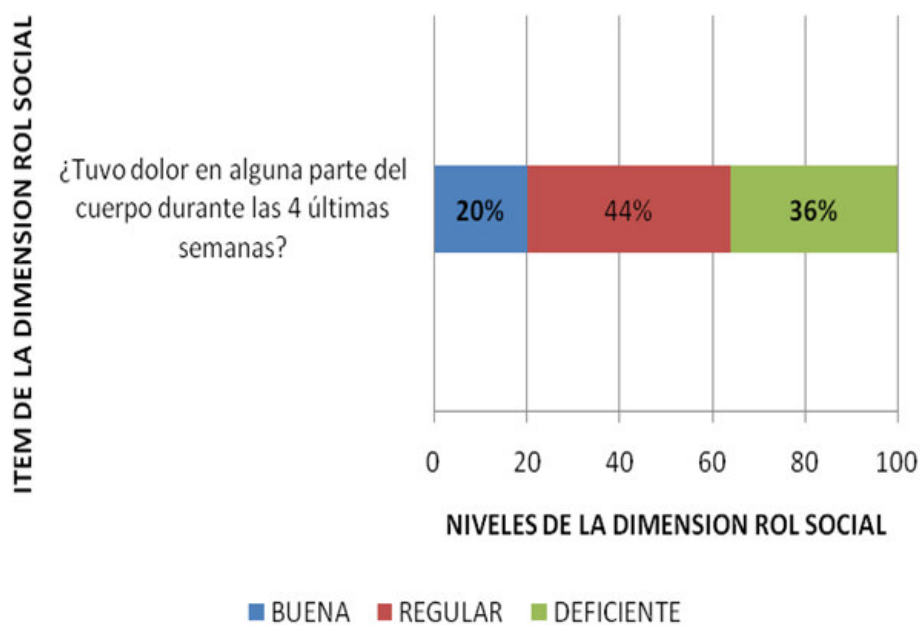


Acerca de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión salud mental, del 100% (50), 56%(28) refiere regular, 28%(14) deficiente y 16%(8) bueno (Gráfico N° 8, Anexo O).

Los aspectos que es regular 60% (30) expresan que se han sentido desanimado y deprimido, 59% (29%) estuvo muy nervioso y 58% (28) se han sentido deprimido y nada le sube de ánimo.

## GRÁFICO N° 9

### CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN SOCIAL, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA-PERÚ 2013



Sobre la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión función social, del 100% (50), 44%(22) refiere regular, 36%(18) deficiente y el 20%(10) bueno (Gráfico N° 9, Anexo P).

Los ítems regular 44% (22) manifiestan que durante las 4 últimas semanas, tuvo dolor en alguna parte del cuerpo.



## 4.2. DISCUSIÓN

En los últimos años el incremento de las enfermedades renales han contribuido a generar una serie de cambios en el estado y calidad de vida del paciente al someterse en uno de los tratamientos más cruentos, dado el carácter progresivo e irreversible que frecuentemente conlleva a un estado terminal, en la que el paciente requiere de una terapia de reemplazo renal (TRR), es decir de la diálisis o trasplante renal para poder vivir; al intentar mantener la función renal y tratar las manifestaciones clínicas y prevenir las complicaciones; ofreciéndole una vida larga, a pesar de las limitaciones, razonablemente confortable.

Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS) define a la calidad como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes.

Según Ware (2008) la calidad de vida en la función física comprende el grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. Al respecto Esquivel (2009) concluyó que la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal es menor a 50% en sus rubros físico y mental.

Por lo que los resultados obtenidos en el estudio se puede concluir que la mayoría de los pacientes refirieron que la calidad de vida es regular a deficiente ya que su salud es regular y que actualmente su salud es más o menos igual que hace un año, lo cual puede repercutir negativamente en el proceso de adaptación a la enfermedad y

predisponerlo a complicaciones que pueden poner en riesgo su salud integral, emocional y espiritual.

La dimensión física está dado por el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras acciones diarias incluyendo el autocuidado tales como el caminar, inclinarse, y realizar esfuerzos; es decir piensan que el rendimiento es menor que el deseado, limitándose en el tipo de actividades realizadas o dificultad en su realización. Al respecto Oliveira (2012) señaló que la hemodiálisis y la enfermedad afecta la vida cotidiana de las personas, causando limitaciones físicas, sociales, que involucran su trabajo, los hábitos alimenticios y la cultura. Por ello que la atención prestada a los clientes dependientes de un tratamiento de diálisis debe ir más allá del enfoque biomédico tradicional centrado en la enfermedad y que nuevas investigaciones puedan aportar nuevas contribuciones para prestar una asistencia más humanizada e integral. De igual modo Díaz C. (2012) concluyó que el mayor porcentaje de los pacientes oncológicos tienen una percepción sobre calidad medianamente favorable o desfavorable, de igual manera en la dimensión física, psicológica y social, referido a que no pueden realizar sus actividades cotidianas, se sienten desanimados y tristes y no se sienten cercanos a su pareja”.

Por lo que los datos obtenidos en el estudio me permiten concluir que la mayoría de los pacientes de hemodiálisis tienen una calidad de vida regular a deficiente, ya que se fatigan al caminar unos 100 metros, al subir varios pisos por la escalera, y agacharse o arrodillarse; lo cual le puede predisponer a riesgos a caídas y/o accidentes que pueden mermar el proceso de recuperación y resocialización al grupo familiar, social y laboral.

El rol físico está dado por el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras acciones diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en su realización. Oliveira (2012) concluyó que la hemodiálisis y la enfermedad afecta la vida cotidiana de las personas, causando limitaciones físicas, sociales, que involucran su trabajo, los hábitos alimenticios y la cultura. Por ello que la atención prestada a los clientes dependientes de un tratamiento de diálisis debe ir más allá del enfoque biomédico tradicional centrado en la enfermedad y que nuevas investigaciones puedan aportar nuevas contribuciones para prestar una asistencia más humanizada e integral.

Por los datos obtenidos en el estudio respecto a la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión rol físico, la mayoría manifiestan que es regular a deficiente; ya que debido al tratamiento de hemodiálisis este afecta su desempeño profesional, laboral y personal ya que tuvo que dejar algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, tornándolo más dependiente y a afectar su autoestima.

El dolor corporal en el marco de la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis está dado por la intensidad y su efecto; tanto fuera de casa como en el hogar. Al respecto Seguí (2010) concluyó: que la calidad de vida en pacientes con IRCT, es peor que la población de referencia en todas las dimensiones.

Similares resultados se han encontrado en el estudio ya que la mayoría de los pacientes con hemodiálisis manifiestan que su calidad de vida en la dimensión dolor corporal es regular a deficiente porque lo han

presentado en las últimas 4 semanas lo que ha dificultado y limitado su desempeño en su vida laboral, predisponiéndole a presentar limitaciones que pueden repercutir negativamente en el proceso de adherencia al tratamiento y en su participación en el autocuidado.

La Salud General (SG) es comprendida como la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. Franco (2011) concluyó que los aspectos principales que afectan a la calidad de vida de estas personas hacen reflexionar sobre un cuidado más planificado e integral que será prestado por el equipo de salud, lo que permitirá vivir con más calidad.

Por lo que según los resultados del estudio podemos concluir que la mayoría de los pacientes expresaron que la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en la dimensión salud general es de regular a deficiente ya que piensan que su salud va a empeorar y que se ponen enfermo más fácilmente que otras personas; lo cual le puede conllevar a riesgos a adquirir y/o presentar complicaciones que pueden comprometer su proceso de recuperación y adherencia al tratamiento

La Vitalidad en la calidad de vida se caracteriza por el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento; lo cual le permitirá vivir con más calidad.

De ahí que por los resultados del estudio podemos concluir que la mayoría de los pacientes expresaron que la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en la dimensión vitalidad es de regular a deficiente ya que se sienten cansados y agotados.

La calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión rol emocional, está dado por el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo. Díaz C. (2012) concluyo que el mayor porcentaje de los pacientes oncológicos tienen una percepción sobre calidad medianamente favorable o desfavorable, de igual manera en la dimensión física, psicológica y social, referido a que no pueden realizar sus actividades cotidianas, se sienten desanimados y tristes y no se sienten cercanos a su pareja”.

Por lo que los hallazgos encontrados en el estudio nos permite concluir que la mayoría de los pacientes tienen en la dimensión salud mental una calidad de vida de regular a deficiente ya que expresan que se han presentando problemas emocionales que les hizo reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas e hicieron menos de lo que hubieran querido realizar, lo que les predispone a presentar complicaciones derivado del tratamiento que puede afectar su proceso de recuperación, estancia hospitalaria, y gastos .

Sobre la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión función social, tenemos que está dado por el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social. Por los datos obtenidos en el estudio se puede concluir que la mayoría de los pacientes expresan que su calidad de vida es de regular a deficiente ya que presentan dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas, lo que le predispone a complicaciones.

El rol emocional en la calidad de vida se expresa en el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades

diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a estas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo. Al respecto Cassaretto (2006) concluye que el estilo de afrontamiento más usado por este grupo es el centrado en la emoción, seguido posteriormente por el estilo centrado en el problema y de forma muy poco frecuente el último estilo, los cuales albergan las estrategias más inadecuadas para enfrentar el estrés, lo cual es un indicador positivo para estos pacientes. Díaz C. (2012) concluyó que el mayor porcentaje de los pacientes oncológicos tienen una percepción sobre calidad medianamente favorable o desfavorable, de igual manera en la dimensión física, psicológica y social, referido a que no pueden realizar sus actividades cotidianas, se sienten desanimados y tristes y no se sienten cercanos a su pareja”.

De modo que los resultados obtenidos en el estudio nos permite concluir que la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión rol emocional es de regular a deficiente ya que tuvieron que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas e hicieron menos de lo que hubieran querido realizar, repercutiendo negativamente en su estado de ánimo, autoestima y autocuidado predisponiéndole a complicaciones que puede alterar su proceso de adherencia al tratamiento.

La Salud Mental (SM), incluye la depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar. De acuerdo con Schwartzmann (2010) definió la Calidad de Vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida la define como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se

ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

De ahí que de acuerdo a los resultados del estudio se puede concluir que la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión salud mental, el mayor porcentaje manifiesta que es regular, ya que se han sentido desanimado, deprimido, nerviosos y se han sentido deprimido y nada le sube el estado de ánimo; lo cual le predispone a presentar complicaciones derivado del pronóstico de la enfermedad y la aplicación de estrategias de afronte en el marco de su autocuidado.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

- La calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis, la mayoría manifiesta que es de regular a deficiente, ya que la salud actual es más o menos igual que hace un año.
- La dimensión física está dado por que los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis, la mayoría manifiesta que es de regular a deficiente, ya que la salud física interfiere en el trabajo y otras acciones diarias incluyendo el autocuidado tales como el caminar, inclinarse, y realizar esfuerzos; es decir piensan que el rendimiento es menor que el deseado, limitándose en el tipo de actividades realizadas o dificultad en su realización.
- La calidad de vida en la dimensión el rol físico está dado por que los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis, la mayoría manifiestan que es de regular a deficiente, la salud física interfiere en el trabajo y otras acciones diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en su realización, tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, tornándolo más dependiente y a afectar su autoestima.
- La calidad de vida del paciente renal en la dimensión dolor corporal en el servicio de hemodiálisis, la mayoría manifiestan que es de regular a deficiente porque lo han presentado en las



últimas 4 semanas lo que ha dificultado y limitado su desempeño en su vida laboral.

- Respecto a la Salud General (SG) la mayoría de los pacientes expresaron que la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis es de regular a deficiente ya que piensan que su salud va a empeorar y que se ponen enfermo más fácilmente que otras personas.
- La calidad de vida del paciente renal en la dimensión vitalidad en el servicio de hemodiálisis, la mayoría manifiestan que es de regular a deficiente ya que se sienten cansados y agotados.
- La calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión rol emocional, la mayoría expresa que es de regular a deficiente ya que manifiestan que han presentando problemas emocionales que les hizo reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas e hicieron menos de lo que hubieran querido realizar.
- En cuanto a la calidad de vida del paciente con enfermedad renal en la dimensión salud mental la mayoría refiere que es de regular a deficiente, ya que se han sentido desanimado, deprimido, nerviosos y nada le sube el estado de ánimo.
- Acerca de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales, en la dimensión función social, la mayoría expresan que es de regular a deficiente ya que presentan dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas.

## **5.2. LIMITACIONES**

- ✓ Las limitaciones derivados del estudio están dados porque las conclusiones y resultados sólo son generalizables para la población de estudio.

### **5.3. RECOMENDACIONES**

- Implementar el programa de educación por la salud sobre las enfermedades renales a nivel de otros Hospitales de la Red Nacional del país.
- Realizar estudios de tipo cualitativos relacionados con la Calidad de Vida de los pacientes renales.
- Realizar estudios comparativos con otros programas de tratamiento con los pacientes que están en programa de enfermedades renales en Hospitales Nacionales y Es Salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) (22) Badia, X. & Lizán, L. Estudios de calidad de vida, Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, (2003) 14(2). 64-68. Ministerio de Salud-MINSA. (Octubre de 2009). Ministerio de Salud del Perú. Recuperado el 15/11/2010 de:  
[http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/2009/BOL\\_SE\\_4\\_3.pdf](http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/2009/BOL_SE_4_3.pdf)
- (2) (3)(4) Organización Mundial de la Salud. Documento estadístico (revista On Line) 2009, consultado (2 de octubre 2010) disponible en: [www.ops.org.bo/servicios](http://www.ops.org.bo/servicios)
- (5) Seguí Anna, Amador Patricia. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. España. 2010. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752010000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752010000300002&script=sci_arttext)
- (6) Franco Cunha, Zatta Teles, Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. España, 2011. Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/administracion2.pdf>
- (7) Esquivel Carlos, Prieto José, Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. México, 2009. Disponible en:  
<http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/med%20interna/noviembre-diciembre2009/MI%206-6%20CALIDAD.pdf>
- (8) Contreras Françoise, Esguerra Gustavo, Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. Colombia, 2007 Disponible en:

[http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15\\_169-179.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf)

- (9) Céspedes Melissa, Pita Christy del Carmen, Modo de Adaptación de Autoconcepto en el hogar del Adulto Joven que padece Insuficiencia Renal Crónica. Chiclayo-Perú, 2012. Disponible en:  
[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/134/1/TL\\_Cespedes\\_Prada\\_Mehinny.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/134/1/TL_Cespedes_Prada_Mehinny.pdf)
- (10) Cassaretto, M. y Paredes, R. Afrontamiento a la Enfermedad Crónica: Estudio en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Perú, 2006. Disponible en:  
<http://blog.pucp.edu.pe/item/9342/afrontamiento-en-pacientes-con-insuficiencia-renal-cronica>
- (11) Díaz Ledesma Carmen Rosa: Percepción del paciente Oncológico sobre calidad de vida y apoyo social en el Hospital Santa Rosa 2012. Biblioteca Nacional mayor de San Marcos de la facultad de Medicina. Clasificación: EE,WY ,108, D67. Pgs 119.
- (12) Artículo de la enciclopedia libre universal en español, calidad de vida, 30/10/2011  
sitio: [http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad\\_de\\_vida](http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida)
- (13) Otero A, Gayoso P, García F, De Francisco AL. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en la población gallega: resultados del estudio piloto EPIRCE español. *KidneyIntSuppl* 2005; S16-S19.
- (14) MAC Clellan WM, Anson CA, Tuttle E: Estado funcional y calidad de vida: predictores o mortalidad temprana entre los pacientes se someten a tratamiento para la enfermedad renal en etapa terminal *J ClinEpidemiol* 44: 83-89, 1991.

- (15)K/doi Las Guías de práctica clínica para la enfermedad renal crónica clasificación evaluación y estratificación. La enfermedad renal Iniciativa calidad Resultado. Am J KidneyDis 39 (Suppl 1): \$ 1-266, 2002
- (16)Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al: Las guías de práctica NationalKidneyFoundation para la enfermedad renal crónica, la evaluación, clasificación y estratificación. Am InternMed 139: 137-147, 2003
- (17)Arrojo Arias, tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónicaRevista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, set 2008, 11(3) 167-172, ISSN 1139-1375
- (18)Alarcón, C., Aguilar, O., Jiménez, A. & Manrique, C La calidad de vida en pacientes con trasplante renal, medida a través del índice de Karnofsky en un hospital general. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia
- (19)Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A. M. J., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. Nefrología, (2001). 21(2), 191-199.
- (20)Kozier, B (1999). Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y Prácticas. 2da Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill España
- (21)Álvarez-u, Factores asociados al estado desalud percibido (calidad de vida relacionada conla salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica, *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, (2001).4(2) 10-14
- (23) Rebollo P, Bobes J, González MP, Saiz P, Ortega F: ¿Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva?, *Revista de NefrologíaXX* 2000 (2):171-181

- (24) Alonso J. y L. Prieto. (1995). Versión española del SF-36, Cuestionario de Salud, un instrumento para la medida de resultados clínicos. Med. Clin. Barcelona. 104:771-776 págs.  
Web site: <http://www.imim.es>
- (25) Marriner. Tomey Modelos y Teorías de Enfermería Capitulo "El Arte de Ayuda de la Enfermería" Editorial Mosby/Doyma 3ª edición. México 1994.
- (26) Teoría de Dorotea Orem disponible en página Web: <http://www.monografias.com> Dorotea Orem. Teoría del autocuidado consultado del 15 de marzo de 2007

# **ANEXOS**

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXOS</b>	<b>pág.</b>
A. Operacionalización de variables	I
B. Matriz de Consistencia del Instrumento	II
C. Instrumento	III
D. Consentimiento informado	VI
E. Tabla de Codificación	VII
F. Tabla de matriz de datos	VIII
G. Medición de la variable	XI
H. Calidad de Vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-Lima-Perú-2013.	XI
I. Calidad de vida del paciente renal en la dimensión física, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza Lima-Perú-2013.	XII
J. Calidad de vida del paciente renal en la dimensión rol físico, según ítems en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-Lima-Perú-2013.	XII
K. Calidad de vida del paciente renal en la dimensión dolor corporal, según ítems en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-Lima-Perú 2013.	XIII
L. Calidad de vida del paciente renal en la dimensión salud general, según ítems en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-Lima-Perú-2013.	XIII
M. Calidad de vida del paciente renal en la dimensión vitalidad, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-Lima-Perú-2013.	XIV
N. Calidad de vida del paciente renal en la dimensión rol	XIV



## **ANEXOS**

**pág.**

	emocional, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-Lima-Perú-2013.	
O.	Calidad de vida del paciente renal en la dimensión salud mental, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Loayza-Lima-Perú-2013.	XV
P.	Calidad de vida del paciente renal en la dimensión función social, en el servicio de hemodiálisis hospital Arzobispo Layza-Lima-Perú-2013.	XV
Q.	Edad del paciente renal en el servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza Lima- Perú-2013.	XVI
R.	Grado de Estudios del paciente renal en el servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza Lima- Perú-2013.	XVI

**ANEXO A**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICIÓN
Calidad de Vida del paciente renal en el servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza	Función Física	Esfuerzo interno del paciente como levantar objetos pesados. Actividad física	La calidad de vida se medirá de la siguiente manera: Buena: 75-100 puntos Regular: 50-75 puntos Deficiente: 0-50 puntos
	Rol Físico	Tiempo y dificultad de las actividades cotidianas.	
	Salud General	Percepción de la salud	
	Dolor Corporal	Sensaciones del dolor corporal	
	Vitalidad	Agotamiento durante las actividades cotidianas.	
	Rol emocional	Percepción de la vitalidad durante las actividades cotidianas	
	Salud mental.	Afrontamiento ante aspectos negativos	
	Función Social;	Autoestima Problemas sociales	

## ANEXO B

### MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN	TÉCNICA DE INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
La calidad de vida se medirá de la siguiente manera: Buena Regular Deficiente:	Las 8 dimensiones medidas son: Función Física (10 pts). Rol Físico (4 pts). Dolor Corporal (10 pts). Salud General (20 pts.). Vitalidad (20 pts.) Función Social (8 pts.). Rol Emocional (3 pts.). Salud Mental (25 pts.).  Total del puntaje: 100 pts.	Para la recolección de datos se realizó el trámite administrativo en el Hospital Arzobispo Loayza. Luego se sostuvo las coordinaciones pertinentes, el servicio se obtuvo el consentimiento de los pacientes que voluntariamente aceptaron participar del estudio, la encuesta duro de 20 a 30 minutos	La técnica fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario de Salud SF-36 desarrollado por Ware (1993), adaptado y validado en España por Alonso y Col. (1995), contiene 36 preguntas o ítems.	Ordinal



UNMSM-FMUPG  
PSEE-2013

## ANEXO C

### INSTRUMENTO - CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (VALIDADO)

#### PRESENTACIÓN:

Buenos días señores(as)(ita), en esta oportunidad me encuentro realizando un estudio en coordinación con la institución. Por lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces, expresándoles que estas serán de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

#### INSTRUCCIONES:

Por favor conteste las siguientes preguntas. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, marque con una X.

#### DATOS GENERALES:

Edad ( ) Sexo ( )

Grado de Instrucción: Primaria ( ), Secundaria ( ) Superior ( )

#### DATOS ESPECÍFICOS:

##### SALUD GENERAL

**1. En general, usted diría que su salud es:** (marque solo un número)

1. Excelente 2. Muy Buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala

**2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:**

(Marque solo un número)

1. Mucho mejor ahora que hace un año
2. Algo mejor ahora que hace un año
3. Más o menos igual que hace un año
4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es Así, ¿cuánto? (marque solo un casillero por pregunta)

<b>Función física</b>	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos internos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores			
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, caminar más de una hora			
Coger o llevar la bolsa de la compra			
Subir varios pisos por la escalera			
Subir un solo piso por la escalera			
Agacharse o arrodillarse			
Caminar un kilómetro o más			
Caminar varios centenares de metros			
Caminar unos 100 metros			
Bañarse o vestirse por sí mismo			

<b>Rol físico</b>	SI	NO
¿Tuvo que deducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su Trabajo o en sus actividades cotidianas?		
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus Actividades cotidianas (por ejemplo le costó más de lo normal)?		

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, (marque solo un casillero por pregunta)

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? (Marque solo un casillero por pregunta)

<b>Rol emocional</b>	SI	NO
¿Tuvo que deducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?		
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?		
¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre por algún problema emocional?		

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas Emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (Marque un solo número)

**Rol social**

1. Nada 2.Un poco 3.Regular 4.Bastante 5. Mucho

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

(Marque un solo número)

**Dolor corporal**

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. mucho

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

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

**9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas.**

(Marque solo un casillero por pregunta)

<b>Energía y vitalidad</b>	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	nunca
¿Se sintió lleno de vitalidad?					
¿Tuvo mucha energía?					
¿Se sintió agotado?					
¿Se sintió cansado?					
Salud mental					
¿Estuvo muy nervioso?					
¿Se sintió desanimado y deprimido?					
¿Se sintió calmado y tranquilo?					
¿Se sintió feliz?					
¿Se ha sentido deprimido que nada le sube en animo?					

**10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?** (Marque un solo número)

**Rol social**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Solo alguna vez
5. Nunca

**11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:**

(Marque un solo número por cada pregunta)

<b>Salud general</b>	Totalmente cierto	bastante cierto	No lo se	Bastante falso	Totalmente falso
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
Estoy tan sano como cualquiera					
Creo que mi salud va a empeorar					
Mi salud es excelente					

**Gracias por su colaboración**

## **ANEXO D**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA- PERU 2013”**. Habiendo sido informado(a) de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será sólo y exclusivamente para los fines de la investigación en mención; además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIABILIDAD**

Estimado paciente:

La investigadora del proyecto para el cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado. Se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información; así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicará en lo absoluto.

**Atte.**

**CHÁVEZ DEXTRE, JESSICA ISABEL**

**Autora del Proyecto**

**ANEXO E**  
**TABLA DE CODIFICACIÓN**

<b>Nº Ítems</b>	<b>Puntuación</b>
1	Si = 1
2	Si = 1
3	Si = 1
4	Si = 1
5	Si = 1
6	Si = 1
7	Si = 1
8	Si = 1
9	Si = 1
10	Si = 1
11	Si = 1
12	Si = 1
13	Si = 1
14	Si = 1
15	Si = 1
16	Si = 1
17	No = 1
18	Si = 1
19	Si = 1
20	Si = 1
21	Si = 1
22	Si = 1
23	Si = 1
24	Si = 1
25	Si = 1
26	Si = 1
27	Si = 1



### ANEXO F: TABLA DE MATRIZ DE DATOS

Nº	Salud		Física										Emocional			Rol Físico				RS	Corpor		Energía y Vitalidad										Salud Mental			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1	3	3	1	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	3	3	3	1	2	1	3	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2
2	3	3	2	2	1	3	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	3	3	3	2	2	1	3	2	1	1	2	5	1	3	2	2	5
3	3	3	3	2	1	3	3	1	1	3	2	1	2	2	1	2	1	1	2	3	3	3	3	2	1	3	1	1	5	2	1	3	3	5	2	
4	4	2	3	2	1	3	1	1	1	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	4	2	3	2	1	3	1	5	1	3	2	1	3	1	3	2
5	5	2	3	3	1	3	2	1	1	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	3	3	5	3	2	1	1	3	3	1	3	2	3	3
6	3	2	1	3	1	3	3	1	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	5	3	5	1	1	1	5	1	3	5	1	5
7	3	3	1	3	2	3	1	3	2	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	3	1	3	2	3	1	3	5	1	4	2	3	1	1	4
8	3	3	1	3	2	3	2	3	2	1	3	2	2	2	1	1	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	5	3	5	5	3	2	3	5	5	3
9	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	1	3	3	3	2	3	2	3	5	5	2	2	5	2	3	5	2	5
10	3	1	2	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	3	1	2	2	5	3	1	5	2	2	5	2	3	1	2	5	
11	3	1	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	2	2	5	3	2	5	2	2	2	2	3	2	2	
12	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	1	1	2	1	1	1	2	1	3	1	3	3	5	2	3	3	5	5	3	2	2	3	5	3
13	2	2	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	3	4	5	2	5	1	3	3	5	3	2	5	3	5
14	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	5	3	2	5	3	3	3	2	3	2	5	3	2	
15	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	1	1	1	2	1	2	2	2	5	2	3	3	2	5	4	3	3	3	3	2	5	3	3	
16	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	3	5	3	4	3	5	2	3	5	5	5	3	3	2	3	5	3
17	3	4	1	3	3	2	3	2	3	1	3	3	1	2	2	2	2	2	4	5	4	4	5	5	2	3	5	3	1	3	3	2	3	1	3	
18	3	5	1	2	3	1	3	2	3	1	2	3	1	2	2	2	2	2	1	5	3	5	1	5	5	1	5	2	3	1	4	3	1	5	1	4
19	3	1	1	3	3	1	3	2	3	1	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	1	1	5	3	5	5	5	2	3	5	4	3	5	5	5	4
20	3	2	1	3	3	1	3	2	3	1	3	3	2	1	1	1	2	1	2	3	2	1	3	3	5	3	2	5	5	3	3	5	3	5	3	5

Nº	Salud		Física										Emocional			Rol Físico				RS	Corpor			Energía y Vitalidad										Salud Mental			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
21	3	3	1	3	1	1	3	2	2	1	3	1	2	2	1	1	2	1	1	3	3	3	1	3	5	5	5	4	5	1	3	1	5	5	1	3	
22	3	3	2	3	1	1	3	3	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	1	3	3	3	2	5	5	5	3	5	2	2	3	1	5	3	2	3	
23	3	3	2	3	1	1	3	3	2	2	3	1	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3	5	3	5	5	3	3	2	5	5	1	5	3	5	5	
24	3	3	2	3	1	1	3	3	2	2	3	1	1	2	2	1	1	1	2	3	3	3	5	3	1	5	3	3	4	5	3	5	5	3	5	3	
25	3	3	2	3	1	2	2	3	2	2	3	1	1	2	2	1	2	1	2	3	3	3	5	5	5	2	2	4	2	2	4	1	2	2	2	4	
26	3	3	2	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	3	3	3	5	5	1	2	5	5	4	4	4	1	2	5	4	4	
27	3	5	3	2	1	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	1	2	1	2	5	3	5	3	5	1	2	2	3	2	4	2	5	2	2	4	2	
28	3	5	3	1	2	2	2	3	2	3	1	2	2	1	2	1	1	2	2	5	3	5	3	4	2	2	2	3	4	3	1	2	2	2	3	1	
29	3	5	3	1	2	2	2	3	2	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	5	3	5	3	4	2	2	2	3	4	3	1	2	2	2	3	1	
30	1	5	3	1	2	2	2	3	2	3	1	2	2	1	1	1	2	2	2	5	1	5	3	4	4	4	5	4	4	4	1	2	4	5	4	1	
31	1	4	3	1	2	2	2	3	3	3	1	2	1	1	1	2	2	2	1	4	1	4	3	1	2	2	4	5	3	4	1	5	2	4	4	1	
32	1	4	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	4	1	4	2	2	2	2	1	2	3	5	4	2	2	1	5	4	
33	2	4	2	2	2	3	1	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	4	2	4	5	2	4	5	5	3	2	2	2	5	5	2	2		
34	2	3	2	2	2	3	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	3	2	3	5	5	4	4	1	2	3	2	2	5	4	1	2	2	
35	3	3	2	2	3	3	1	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	3	3	3	3	2	5	3	3	1	2	3	5	2	3	3	1	5	2	
36	3	3	1	1	3	3	1	2	3	1	1	3	2	2	2	2	1	2	1	3	3	3	1	5	3	3	4	2	3	5	1	3	3	4	5	1	
37	3	2	1	1	3	3	1	2	3	1	1	3	2	2	1	1	1	2	1	2	3	2	1	1	3	5	1	2	3	4	1	3	5	1	4	1	
38	3	2	1	1	3	3	1	2	3	1	1	3	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	1	1	3	5	5	2	3	1	1	5	5	5	1	1	
39	4	2	1	1	3	3	1	2	3	1	1	3	2	2	1	1	2	2	2	2	4	2	1	1	3	5	1	2	3	4	1	3	5	1	4	1	
40	4	2	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2	4	2	3	2	3	3	4	2	3	3	2	3	3	4	3	2	
41	2	1	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	2	
42	3	1	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	1	2	2	1	2	1	3	1	3	2	3	4	2	2	3	3	4	4	4	2	3	4	

Nº	Salud		Física										Emocional			Rol Físico				RS	Corpor			Energía y Vitalidad										Salud Mental			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
43	3	1	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	3	1	3	2	2	3	5	3	3	3	3	2	2	3	5	3	2
44	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
45	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3
46	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	2	1	1	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
47	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	1	2	1	2	2	1	2	3	2	3	3	2	3	5	3	3	3	3	2	3	5	3	3	
48	3	2	3	3	2	3	3	3	1	3	3	2	1	1	2	2	2	2	1	2	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	4	3	3	3	3	3	
49	3	2	3	3	2	2	2	3	1	3	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	3	2	3	3	2	2	3	1	3	3	2	2	2	3	3	3	
50	3	2	3	3	2	2	2	3	1	3	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3	3	2	2	4	3	1	3	3	4	4	4	3	3	

**ANEXO G**  
**MEDICIÓN DE LA VARIABLE**

<b>CALIDAD</b>	<b>RANGO</b>
<b>Buena</b>	75-100 puntos
<b>Regular</b>	50-75 puntos
<b>Deficiente</b>	00-50 puntos

**ANEXO H**  
**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN EL SERVICIO**  
**DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA**  
**LIMA-PERÚ**  
**2013**

<b>Calidad de Vida</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	9	18
Regular	28	56
Deficiente	13	26
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## ANEXO I

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN  
FUNCIÓN FÍSICA, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS  
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA-PERÚ  
2013**

<b>Calidad de Vida</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	6	12
Regular	26	52
Deficiente	18	36
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## ANEXO J

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN  
ROL FÍSICO EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS  
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA-PERÚ  
2013**

<b>Calidad de Vida</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	11	22
Regular	27	54
Deficiente	12	24
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## ANEXO K

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN  
DOLOR CORPORAL EN EL SERVICIO DE  
HEMODIÁLISIS HOSPITAL  
ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA-PERÚ  
2013.**

<b>Calidad de Vida</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	10	10
Regular	12	24
Deficiente	28	56
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## ANEXO L

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN  
SALUD GENERAL EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS  
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA-PERÚ  
2013**

<b>Calidad de Vida</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	6	12
Regular	14	28
Deficiente	30	60
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## ANEXO M

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN  
VITALIDAD, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS  
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA-PERÚ  
2013**

<b>Calidad de Vida</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	9	18
Regular	27	54
Deficiente	14	28
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## ANEXO N

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN  
ROL EMOCIONAL, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS  
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA-PERÚ  
2013**

<b>Niveles</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	14	28
Regular	20	40
Deficiente	16	32
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## ANEXO O

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA DIMENSIÓN  
SALUD MENTAL, EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS  
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA-PERÚ  
2013**

<b>Calidad de Vida</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	8	16
Regular	28	56
Deficiente	14	28
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## ANEXO P

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL EN LA  
DIMENSIÓN FUNCIÓN SOCIAL, EN EL SERVICIO  
DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL  
ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA-PERÚ  
2013**

<b>Calidad de Vida</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	10	20
Regular	22	44
Deficiente	18	36
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



## ANEXO Q

### EDAD DEL PACIENTE RENAL EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA-PERÚ 2013

Edad	Nº	Porcentaje
20 a 30	12	25
31 a 40	34	67
Más de 41	4	8
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## ANEXO R

### GRADO DE ESTUDIOS DEL PACIENTE RENAL EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA-PERÚ 2013

Grado de estudios	Nº	Porcentaje
Primaria	10	20
Secundaria	32	64
Superior	8	16
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>