

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIALISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2016**

Tesis presentada por los Bachilleres:

**MIHAIL MELCHOR VILLAGRA GAMARRA  
ZADITH LENKA ARENAS LOZA**

Para optar el Título Profesional de:  
**LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

**AREQUIPA – PERU  
2016**

## PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SOMETIDOS A HEMODIALISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2016**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Octubre del 2016

---

*Mihail Melchor Villagra Gamarra*

---

*Zadith Lenka Arenas Loza*

### DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Dra. Delta Ocola Villanueva  
Mgter. Mirta Cardeña Valverde  
Lic. Concepción Arizaga Tovar  
Miembros del Jurado Dictaminador

Tesis : "NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A  
HEMODIÁLISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL  
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2016 "

Bachilleres : MIHAIL MELCHOR VILLAGRA GAMARRA  
ZADITH LENKA ARENAS LOZA

Fecha : 17 de octubre del 2016

---

Reunido el Jurado Dictaminador y absueltas las observaciones, el Trabajo de Investigación puede pasar a la Fase de Sustentación.

Atentamente,

  
Dra. Delta Ocola Villanueva

  
Mgter. Mirta Cardeña Valverde

  
Lic. Concepción Arizaga Tovar

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**INFORME DE ASESORÍA DE TESIS**

**A** : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería

**DE** : Mgter. Rosemary Zapana Begazo  
Asesora de Tesis

**ASUNTO** : Informe de asesoría de tesis del trabajo titulado:  
**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC  
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL SERVICIO DE  
NEFROLOGÍA DEL H.R. HONORIO DELGADO ESPINOZA.  
AREQUIPA, 2016**

**BACHILLERES** : Sr. Mihail Melchor Villagra Gamarra  
Srta. Zadith Lenka Arenas Loza

**FECHA** : 09 de setiembre del 2016.

El trabajo de investigación tiene una duración de 06 meses, en el cual se hicieron reajustes en cuanto al planteamiento teórico y operacional, a fin de presentar un trabajo que se ajuste al protocolo aprobado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Los autores del trabajo han demostrado honestidad, dedicación y responsabilidad durante todo el proceso de la investigación.

**APRECIACIÓN PERSONAL:**

El presente estudio de investigación constituye un aporte en el Área en Salud del Adulto: Nefrología.

Es cuanto informo a usted.

Atentamente.

  
\_\_\_\_\_  
Mgter. Rosemary Zapana Begazo  
Asesora de Tesis

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis  
"NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIALISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA  
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2016"


AUTORES : MIHAIL MELCHOR VILLAGRA GAMARRA  
ZADITTH LENKA ARENAS LOZA

FECHA : Arequipa, 07 de junio de 2016

---

Reunido el Jurado Dictaminador, revisado el Proyecto de Tesis y subsanadas las observaciones realizadas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, el presente proyecto puede ser ejecutado.

Atentamente,

  
Dra. Delta Cecilia Villanueva  
Jurado Dictaminador

  
Mgter. Mirta Gardeña Valverde  
Jurado Dictaminador

A mis excelentes y queridos padres, **Carmen y Wilfredo**, que con sacrificio y amor me han apoyado siempre, les debo todo a ellos.

A mis abuelas **Leonor y Aurelia** que me enseñaron que la humildad y el amor hacia el prójimo, te hace más grande como persona. Guían mi mano desde el cielo.

A mi hermana **Grecia**

A mis maestros de escuela, desde Ilo a Algeciras, que me inculcaron con su sabiduría, como llegar a ser un buen ciudadano y sobretodo persona.

Y a esa persona, que me acompaño y apoyó durante un corto periodo de tiempo...

Mihail

A Dios y a la Virgen María por encaminarme y estar siempre conmigo, guiando mis pasos en esta linda profesión.

A mis padres **Julio** y **Ledy**, por brindarme su amor y su apoyo necesario para culminar mis metas y todo lo que me propongo en esta vida.

A mis abuelitos **Domitila** y **Dionisio**, quienes me enseñaron desde niña a luchar por mis sueños y a conservar este amor al prójimo, siendo humilde y respetuosa con los demás.

Zadith

## ÍNDICE

INDICE DE ILUSTRACIONES	09
RESUMEN	10
ABSTRAC	10
INTRODUCCIÓN	11

### CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA	12
1.1. Enunciado del Problema	12
1.2. Descripción del Problema	12
1.2.1. Campo, Área y Línea	12
1.2.2. Operacionalización de Variables	12
1.2.3. Interrogantes Básicas	12
1.2.4. Tipo y Nivel del Problema	12
1.3. Justificación	13
2. OBJETIVOS	15
3. MARCO TEÓRICO	15
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	51
5. HIPÓTESIS	53

### CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	54
1.1. Técnica	54
1.2. Instrumento	54
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	54
2.1. Ubicación Geográfica	54

2.2. Ubicación Espacial	54
2.3. Unidades de estudio	56
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55

### **CAPÍTULO III RESULTADOS**

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	60
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	78



## INDICE DE ILUSTRACIONES

1. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN EDAD. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	61
2. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN SEXO. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	62
3. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN DIMENSIÓN FUNCIÓN FÍSICA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	63
4. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN DIMENSIÓN ROL FÍSICO. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	64
5. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN DIMENSIÓN DOLOR CORPORAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	65
6. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN DIMENSIÓN SALUD GENERAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	66
7. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN DIMENSIÓN VITALIDAD. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	67
8. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN EL ESTADO FÍSICO. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	68
9. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN DIMENSIÓN FUNCIÓN SOCIAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	69
10. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN DIMENSIÓN ROL EMOCIONAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	70
11. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN DIMENSIÓN SALUD MENTAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	71
12. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN EL ESTADO EMOCIONAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	72
13. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN CALIDAD DE VIDA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD	73

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIALISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,  
AREQUIPA 2016**

LEVEL OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL  
HEMODIALYSIS IN THE NEPHROLOGY REGIONAL HOSPITAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA,  
AREQUIPA 2016

Mihail Melchor Villagra Gamarra<sup>1</sup>  
Zadith Lenka Arenas Loza<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Objetivo** es determinar el nivel de calidad de vida que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis. **Diseño** del presente estudio es de campo y de nivel descriptivo. **Material y Métodos** participaron 44 pacientes que reciben el tratamiento ambulatorio de hemodiálisis atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa. **Resultados**, en el proceso investigativo se encontró que: los pacientes son personas adultas mayores de 55 a más años, existe predominio del género masculino. En cuanto al nivel de calidad de vida en el estado físico en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis es regular con un 54%, en razón a que su función física presenta poca limitación, la presencia del dolor no es muy intensa y no interfiere el mismo en su vida diaria, percibe que su salud general es buena y siente que su vitalidad es la misma. En cuanto al nivel de calidad de vida en el estado emocional en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis, es buena con un 83%, en razón a que no se han visto afectados por problemas emocionales como estar triste, deprimido o nervioso, perciben que su salud mental es regular. Se **Concluye**, que la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis es buena.

**Palabras claves:** Calidad de Vida – Insuficiencia Renal Crónica – Hemodiálisis

### ABSTRACT

**Objective** is to determine the level of quality of life experienced by patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. Design of this study is descriptive and field level. **Material and Methods** involving 44 patients receiving outpatient hemodialysis treated at the nephrology department of the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza city of Arequipa. **Results** in the investigative process found that: patients are adults over 55 more years, there is a predominance of the male gender. As for the quality of life in the physical state in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis it is regular with 54%, due to their physical function has little limitation, the presence of pain is not very intense and does not interfere the same in your daily life, perceived that their general health is good and he feels his life is the same. As for the quality of life in the emotional state in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis, it is good with 83%, because they have not been affected by emotional problems such as being sad, depressed or nervous, perceive that their mental health is regular. It is **concluded** that the quality of life of patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis is good.

**Keywords:** Quality of Life - Chronic renal failure - Hemodialysis

<sup>1</sup> Tesis realizada para la obtención del Título Profesional de Licenciado en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María. José Santos Chocano 212 Coop. 14 – Miraflores. correo electrónico: miha\_speedy@outlook.

<sup>2</sup> Tesis realizada para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María. Av. Argentina 109 2do piso - Miraflores. correo electrónico: zadithlenka@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se ha centrado en el estudio de la calidad de vida que poseen los pacientes con insuficiencia renal crónica que son sometidos a hemodiálisis, reciben el tratamiento en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, precisamente en el Servicio de Nefrología, donde el personal de salud es el encargado de estar siempre pendiente de la evolución de su enfermedad y de brindarles el mejor tratamiento posible.

Es conocido que la insuficiencia renal crónica (IRC), es una enfermedad que se viene presentando con mayor incidencia en personas adultas, aunque si existen casos en jóvenes, el cual limita un poco la parte física y merma la parte emocional de los que la padecen, comprendido esto desde el punto de vista humano, ya que siempre existe tendencia a presentar frustración cuando se entera de la enfermedad, y que al ser un tratamiento continuo, desgasta también el estar en el continuo ir y venir al hospital.

Lo que se debe tomar en consideración como factores de riesgo sobre esta enfermedad son la edad, la hipertensión, la etnia, la diabetes, el tabaquismo, una presión arterial baja, la proteinuria y la obesidad. En atención a estos factores se puede poner en práctica la prevención y promoción de la salud. Ya que la labor primordial de cualquier profesional de salud, en este caso, los enfermeros, es buscar prevenir la presencia de esta patología, para que exista una disminución en su incidencia.

Esta situación nos lleva a realizar la presente investigación, buscando conocer como es la calidad de vida de las personas que actualmente se atienden en el servicio y consecuentemente poder brindar aportes para que puedan tener una mejor calidad de vida.

El presente trabajo de investigación se ha elaborado de acuerdo a las normas establecidas por la Universidad Católica de Santa María.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

##### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIALISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2016

##### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

###### 1.2.1. Ubicación del Problema

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Nefrología
- c. Línea : Insuficiencia Renal Crónica

### 1.2.2. Operacionalización de variables:

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Nivel de Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica	1. Estado Físico	1.1. Función física 1.2. Rol físico 1.3. Dolor corporal 1.4. Salud general
	2. Estado emocional	2.1. Vitalidad 2.2. Rol emocional 2.3. Función Social 2.4. Salud mental

### 1.2.3. Interrogantes Básicas

- a. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis en el estado físico?
- b. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis en el estado emocional?
- c. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis?

### 1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación

- Tipo** : De Campo
- Nivel** : Descriptivo y de corte transversal

### 1.3. JUSTIFICACIÓN:

En la actualidad, el incremento de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica se da en personas adolescentes y jóvenes, quienes

necesitan de tratamiento sustitutivo de la función Renal, siendo la diálisis uno de ellos para estos pacientes en la modalidad de hemodiálisis y de la Diálisis Peritoneal Continua.

Esta situación coloca a los pacientes en un estado de molestia y discomfort físico, psicoemocional y social, por lo que necesitan de capacitación, orientación y apoyo de personal de salud. Situación que será estudiada bajo los criterios de relevancia social contemporánea humana y científica, así como los de fructividad, originalidad y aporte.

El estudio investigativo de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y que reciben tratamiento sustitutivo a través de la diálisis se enmarca en una relevancia social contemporánea y humana en razón a que el problema en mención se produce constantemente y aún no ha sido solucionado a cabalidad y que los pacientes muestran malestar por los tratamientos recibidos, así lo refleja el 41.8% de pacientes adultos y adultos mayores que en los dos últimos años están sometidos a diálisis.

Asimismo, el estudio posee relevancia científica en razón a que los resultados a obtener aportarán conocimientos referidos al soporte físico y emocional que deben recibir los pacientes sometidos al tratamiento de diálisis. Se destaca, asimismo, el interés técnico y científico de los autores consultados por consolidar un cuidado mucho más integral dirigido a los pacientes renales crónicos en tanto en el hospital como en el área comunitaria.

El estudio es factible de realizarlo porque se encuentra con la disponibilidad de las unidades de estudio como los recursos, de tiempo, presupuesto y facilidades institucionales.

## 2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar el nivel de calidad de vida en el estado físico en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis.
- 2.2. Determinar el nivel de calidad de vida en el estado emocional en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis.
- 2.3. Determinar el nivel de calidad de vida que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis.

## 3. MARCO TEORICO

### 3.1. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. La calidad de vida para poderse evaluar debe enfocarse como concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela, empleo y situación económica. Por esto la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar. (Garduño 1993)

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la calidad de vida es: “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 y sus

inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”<sup>3</sup>

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre y derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados. (Allbart, 1996)

El concepto de calidad de vida alude al bienestar en todas las facetas del hombre, ateniendo a la creación de condiciones para satisfacer las siguientes necesidades:

- a) Materiales (comida y cobijo);
- b) Psicológicas (seguridad y afecto);
- c) Sociales (trabajo, derechos y responsabilidades);
- d) Ecológicas (calidad del aire, del agua) (Gildenberger 1978)

Por otra parte, la calidad de vida subjetiva, se refiere a la aceptación o rechazo de situaciones de la vida y la sensación de bienestar. La calidad de vida subjetiva permite enjuiciar su existencia. Por lo general, la gente siente felicidad subjetiva cuando vive situaciones o experiencias positivas más que negativas. El balance de placer es mayor que el de infelicidad. Lo que da un sentimiento de satisfacción vital.

Scanion (1993) afirma que el bienestar subjetivo se origina a partir del sentimiento de haber alcanzado metas y valores de acuerdo a las

---

<sup>3</sup> Velarde, E. Ávila, C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México; 2010 PP. 349

creencias de cierto ámbito cultural. Este criterio es parecido al de Veenhoven (1996) quien considera que las apreciaciones subjetivas de la calidad de vida, involucran juicios en términos de satisfacción.<sup>4</sup>

### **3.1.1. Consideraciones y recomendaciones en cuanto a los Nutrientes**

Los cuidados dietéticos siempre se han considerado importantes en los pacientes con enfermedad renal crónica, tanto como medida renoprotectora en la etapa pre diálisis como para prevenir la desnutrición una vez en hemodiálisis.

Como parte de las medidas higiénico-dietéticas, el asesoramiento nutricional debe ser la primera recomendación al paciente; los fármacos vienen después.

Lo primero debe ser garantizar un adecuado soporte calórico, proteico y mineral. Nunca el precio a pagar por una dieta presuntamente adecuada debe ser la nutrición insuficiente.

Las recomendaciones de nutrientes deben adecuarse al peso ideal, no al real, y corregirse para el gasto energético y la actividad física de cada enfermo.

Las clásicas recomendaciones diarias de 1-1,2 g de proteínas y 35 kcal por kilogramo de peso para el enfermo en diálisis son muy generales, y debe considerarse el gradual descenso de la ingesta que ocurre con la edad, junto con el grado de actividad física que desarrolle el paciente. Digamos que este concepto general debe adecuarse en el mundo real a circunstancias individuales.

Evidentemente, lo ideal es tener al nutricionista cerca, pero como no es lo habitual, el enfermero debe asumir ese rol. La clave: transmitir la información de la forma más sencilla posible, verbalmente y por escrito de un modo amistoso, sin ser

---

<sup>4</sup> Velarde, E. Ávila, C. Op. Cit, pp. 361g

excesivamente rigurosos en las pautas. En la consulta diaria, con pacientes ancianos y dificultades para entender nuestro vocabulario y menos leer una dieta, debemos simplificar aún más. Habitualmente, las personas mayores tienen problemas para masticar además de limitaciones económicas o de hábitos alimentarios, por lo que comen pocos productos cárnicos.

El sentido común marca las normas de una dieta equilibrada: cuatro comidas al menos, equilibrada en cuanto a los principios inmediatos (hidratos de carbono, grasas y proteínas).

Hay que pautar los alimentos de forma simplificada y por grupos. El paciente puede dividir y combinar las raciones en todas las comidas, conforme a sus apetencias.

Como consideración adicional indicamos que se pueden consumir aceites vegetales y azúcares solubles a discreción para completar las calorías y asimismo atender la función del perfil lipídico y la presencia de intolerancia hidrocarbonada. El consumo de un refresco, un poco de cerveza o un vaso de vino al día es tolerable. A esta pauta hay que añadir las siguientes recomendaciones generales:

- Mejor guisar (hervir) o asar (plancha, parrilla) que freír (satura las grasas)
- Lácteos: evitar desnatados, batidos achocolatados, y quesos cremosos curados y semicurados.
- Emplear aceites, grasas vegetales o aceites de pescado ricos en omega3.
- Es preferible el pan tostado.
- La doble cocción de las comidas, cambiando el agua, o dejar a las papas en remojo es una recomendación habitual para retirar el potasio y otros minerales.
- Con una dieta equilibrada, evitando abusos y ayunos prolongados, no deberían ser necesarias estas medidas

excepcionales para prevenir la hiperpotasemia.

- Para enriquecer el sabor de los platos pueden usarse especias y hierbas aromáticas.

### 3.1.2. Aspectos Generales para el Cuidado de un Acceso Vascular

Dentro de estas tenemos: Adecuada higiene corporal.

- Evitar golpes y rozaduras en el brazo portador ya que puede llevar a que ésta deje de funcionar.
- No cargar peso con dicho brazo.
- No tomar NUNCA la tensión arterial en el brazo portador.
- Compruebe a diario el funcionamiento de la misma, palpar con los dedos el latido.
- Evitar apoyarse sobre el brazo de la fístula cuando descansa.
- No utilizar ropas apretadas, bolsos, relojes u objetos que aprieten en el brazo de la fístula arteriovenosa (FAV).
- Comunicar al personal sanitario cualquier cambio en el aspecto de la fístula arteriovenosa (FAV), como inflamación, enrojecimiento, supuración, dolor, endurecimiento.
- No puncionar nunca el brazo portador de la fístula arteriovenosa (FAV) para una extracción de sangre u otras pruebas.
- Lavado del brazo con agua y jabón.
- Mantener una higiene personal escrupulosa para evitar posibles infecciones. Puede ducharse con precaución, manteniendo la zona de implantación y el catéter protegidos con un apósito impermeable. Es conveniente que la ducha sea rápida y no incluya el lavado de cabeza que se hará aparte. Mantendrá siempre tapado el orificio de inserción del catéter.
- Comunicar a las enfermeras que le atienden la aparición de dolor o calor en la zona de inserción o fiebre.
- Comunicar igualmente la aparición de dolor, hinchazón o cambio de color en el miembro donde tiene colocado el catéter.

Medidas a seguir en caso de hemorragia:

- En caso de rotura, pinzar el catéter y ponerse en contacto con la Unidad de Diálisis.
- En caso de salida del catéter apretar el orificio de inserción y avisar a la Unidad.

### 3.1.3. Consideraciones en cuanto a la medicación

Las personas que reciben tratamiento con hemodiálisis, necesitan tomar medicamentos que complementen el tratamiento o ayuden a disminuir los síntomas de la enfermedad. Algunos de estos medicamentos los recibirá durante la sesión de diálisis y otros deberá tomarlos en su casa respetando siempre lo prescrito por el facultativo.

Los medicamentos más usados son:

- Quelantes del fósforo: Mastical, Carbonato Cálcico, Royen, etc. Se emplean para normalizar los valores del fósforo y el calcio, sustancias que provocan alteraciones en los huesos y fuertes picores. Para conseguir el efecto deseado hay que tomarlos correctamente (Mezclados con la comida, es decir entre el primer y segundo plato).
- Hipotensores: Carduran, Adalat, Capoten, Nifedipino, Captopril entre otros. Se utilizan para corregir la hipertensión. El paciente debe tomarlos de la forma prescrita por su médico y nunca dejará de tomarlos ni modificará la dosis por su cuenta ya que los riesgos de una dosificación inadecuada son muy graves. No se debe tomar hipotensores antes de asistir a su sesión de diálisis. Invitar al paciente a comentar con el personal que le atiende si aparecen efectos secundarios tras la toma de medicación: hipotensión, mareos, bostezo, etc.
- Vitaminas: Ácido fólico, Becozyme, Rocaltrol, Cianocobalamina, etc. Se utilizan tanto para reponer las vitaminas que se eliminan por el proceso de la diálisis, como para suplir las que el riñón no

puede sintetizar. El dejar de tomarlas, le conduciría a un estado carencia generándose trastornos metabólicos.

**Un paciente en tratamiento hemodialítico debe tener siempre presente:**

- Solo debe tomar los medicamentos prescritos por su nefrólogo y en las dosis indicadas por él.
- No debe recibir fármacos por vía intramuscular por el riesgo de producirse hematomas en el sitio de inyección. Cuando la vía intramuscular es imprescindible, la administración se hará el día que no tenga diálisis

**3.1.4. Consideraciones en cuanto a la Actividad física**

Una actividad física moderada y ajustada a la edad y a la capacidad física contribuye a una mejor utilización de los nutrientes, además de ser beneficiosa desde el punto de vista psicológico. Con el ejercicio regular mejora la resistencia periférica a la insulina, y en ratas urémicas se reduce la proteólisis muscular. Como recomendación general, una actividad física programada (no competitiva) y ajustada a las necesidades individuales debe formar parte del tratamiento integral del enfermo en diálisis.

La diálisis representa un cambio brusco en su forma de vida. Se producen cambios a nivel personal, laboral y social que si se superan pueden hacer la enfermedad bastante más llevadera.

Es recomendable adoptar entre sus hábitos el ejercicio físico. En principio, el caminar, en la medida de lo posible, es una actividad recomendable y a partir de aquí puede realizarse cualquier ejercicio físico que no sea violento. Son preferibles los ejercicios aeróbicos, natación, gimnasia y bicicleta que practicados razonablemente no implican riesgo de lesiones y favorecen un buen tono muscular. No hay que olvidar que estos pacientes presentan con mucha frecuencia patologías óseas que pueden reducirse del ejercicio

físico mantenido de forma regular.

Sea cual fuera la actividad elegida, esta no debe ser agotadora y la extremidad del acceso vascular deberá protegerse adecuadamente. Es recomendable que los pacientes dejen transcurrir unas horas después de la hemodiálisis; el día en que no realizan tratamiento es más adecuado para la práctica de ejercicio, ya que se encuentran menos cansados y ha desaparecido el efecto de los anticoagulantes.

### **3.1.5. Adherencia al Tratamiento de Hemodiálisis**

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizás la clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones. Seguir una prescripción, la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos.

Su importancia, desde un punto de vista de la práctica clínica y con referencia a patologías crónicas, viene dada por dos aspectos fundamentales; su frecuencia y su repercusión en el seguimiento y control de dichos procesos. Son múltiples los estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%, existiendo datos de procesos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y asma bronquial. También son abundantes los referentes a la importante repercusión que esta falta de adherencia tiene sobre la práctica clínica, habiéndose detectado

repercusiones en términos tan diversos como falta de control del proceso, aumento de los costes sanitarios y no sanitarios.

## 3.2. INSUFICIENCIA RENAL

### 3.2.1. Definiciones

Es la pérdida rápida (en menos de 2 días) de la capacidad de sus riñones para eliminar los residuos y ayudar con el equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo.<sup>5</sup>

El aparato urinario está formado por los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra y tiene como fin la formación y eliminación de la orina. Los riñones son dos órganos gemelos situados en la parte media de la espalda, encima de la cintura, uno a cada lado de la columna vertebral, con forma de habichuela y tamaño aproximado de un puño. El uréter es un conducto de unos 25 cm. de longitud y que propulsa la orina desde el riñón hasta la vejiga, saliendo desde aquí al exterior a través de la uretra.<sup>6</sup>

También se le define a la insuficiencia renal aguda como insuficiencia de los riñones o lesión renal aguda, como la pérdida repentina de la capacidad de los riñones para eliminar los residuos y concentrar la orina sin perder electrolitos.<sup>7</sup>

Los riñones sanos limpian la sangre eliminando el exceso de líquido, minerales y desechos. También producen hormonas que mantienen sus huesos fuertes y su sangre sana. Pero si los riñones están lesionados, no funcionan correctamente. Pueden acumularse desechos peligrosos en el organismo. Puede elevarse la presión arterial. Su cuerpo puede retener el exceso de líquidos y no producir suficientes glóbulos rojos. A esto se le llama insuficiencia renal.

---

<sup>5</sup> <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000501.htm>

<sup>6</sup> <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/nefrologia/que-es-la-insuficiencia-renal>

<sup>7</sup> <https://www.clinicadam.com/salud/5/000501.html>

Si los riñones fallan, necesitará tratamiento para reemplazar las funciones que hacen normalmente. Las opciones de tratamiento son diálisis o un trasplante renal. Cada tratamiento tiene sus beneficios y desventajas. Independientemente del tratamiento que escoja, deberá hacerle algunos cambios a su estilo de vida, incluyendo el tipo de alimentación y planificar sus actividades. Pero, con la ayuda de los profesionales de la salud, la familia y los amigos, la mayoría de las personas con insuficiencia renal puede llevar una vida plena y activa.<sup>8</sup>

La OMS, maneja la estadística de que la enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presenta síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones —la diálisis y el trasplante de riñón— ya son altamente invasivas y costosas. Muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos para todas las personas que los necesitan. La cantidad de especialistas disponibles también resultan insuficientes.<sup>9</sup>

Finalmente podríamos definir a la insuficiencia renal se produce cuando los riñones no son capaces de eliminar los productos finales del metabolismo presentes en la sangre y de regular el equilibrio hidroelectrolítico y el estado ácido-base de los líquidos extracelulares. La causa subyacente puede ser una nefropatía, una enfermedad sistémica o trastornos urológicos de origen no renal.<sup>10</sup>

### 3.2.2. Tipos

La insuficiencia renal se divide en dos tipos, la insuficiencia renal aguda y la crónica. El tipo de insuficiencia renal se define de

---

<sup>8</sup> <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/kidneyfailure.html>

<sup>9</sup> [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es)

<sup>10</sup> <http://es.slideshare.net/Tephi17/insuficiencia-renal-5361342>

acuerdo a la evolución de la creatinina sérica. Los análisis de sangre o de orina son el modo más simple de detectar los niveles de creatinina para confirmar el funcionamiento de los riñones.

Para diferenciar la insuficiencia renal aguda de la crónica podemos notar la presencia de anemia, así como el tamaño de los riñones por medio de una ecografía. La insuficiencia renal crónica por lo general conduce a la anemia y a un tamaño pequeño de los riñones.

#### **a) Aguda**

La insuficiencia renal aguda produce una pérdida progresiva de la función renal. Generalmente se caracteriza por una disminución en la producción de la orina, alteraciones en los fluidos corporales y la alteración de electrolitos. Existen varias causas para que se dé la insuficiencia renal, por lo que la causa subyacente debe ser detectada y tratada a tiempo para detener su progreso. Se puede recurrir a la diálisis para reducir el tiempo del tratamiento de dicha causa.

#### **b) Crónica**

La insuficiencia renal crónica conduce a la pérdida progresiva de la función renal durante un período de meses o años. Los síntomas que indican un empeoramiento no son específicos y pueden incluir sensación de malestar general y experimentar una disminución del apetito.

Se debe tener en cuenta que para poder definir el tipo de insuficiencia renal, es necesario acudir con un médico especialista, el cual nos dará un diagnóstico veraz y se trazará el tratamiento adecuado para mejorar y obtener resultados positivos hacia la enfermedad.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup><https://www.insuficienciarenal.com.mx/2015/11/30/tipos-de-insuficiencia-renal/>

### 3.2.3. Insuficiencia Renal Crónica

Los pacientes con insuficiencia renal crónica y uremia muestran una variedad de síntomas, signos y anormalidades de laboratorio adicional a la observada en la insuficiencia renal aguda refleja la naturaleza de la evolución larga y progresiva del deterioro renal y los efectos de éste sobre muchos tipos de tejidos la osteodistrofia, la neuropatía, los riñones pequeños bilaterales demostrados en la radiografía o el ultrasonido abdominales, y la anemia constituyen hallazgos iniciales sugerentes de una evolución crónica en un paciente recientemente diagnosticado con insuficiencia renal, basado éste en aumento del BUN y de la creatinina sérica.

#### 3.2.3.1. Anormalidades Clínicas en la Uremia

- **Líquidos y electrolitos**
  - Expansión y contracción de volumen
  - Hipernatremia e hiponatremia
  - Hiperpotasemia e hipopotasemia
  - Hipocalcemia
  - Acidosis metabólica
- **Huesos y Minerales**
  - Osteodistrofia renal
  - Osteomalacia
- **Metabólicas**
  - Intolerancia a carbohidratos
  - Hipotermia
  - Hipertrigliceridemia
  - Desnutrición proteínico-calórica
  - Deterioro del crecimiento y desarrollo
  - Infertilidad y disfunción sexual
  - Amenorrea
  - Artropatía por diálisis (amiloide 2 microglobulina)

- **Neuromusculares**
  - Fatiga
  - Trastornos del sueño
  - Deterioro de los procesos mentales
  - Letargo
  - Asterixis
  - Irritabilidad muscular
  - Neuropatía periférica
  - Síndrome de piernas inquietas
  - Parálisis
  - Mioclono
  - Convulsiones
  - Coma
  - Calambres musculares
  - Síndrome de desequilibrio por diálisis
  - Demencia por diálisis
  - Miopatía
- **Cardiovasculares**
  - Hipertensión arterial
  - Insuficiencia cardíaca congestiva o edema pulmonar
  - Pericarditis
  - Miocardiopatía
  - Pulmón urémico
  - Aterosclerosis acelerada
  - Hipotensión y arritmias
- **Piel**
  - Palidez de la piel
  - Híper pigmentación
  - Prurito
  - Equimosis
  - Escarcha urémica

- **Gastrointestinales**
  - Anorexia
  - Náuseas y vómito
  - Hedor urémico
  - Gastroenteritis
  - Úlcera péptica
  - Sangrado gastrointestinal
  - Hepatitis
  - Ascitis refractaria en hemodiálisis
  - Peritonitis
  
- **Hematológicas**
  - Anemia normocíticanormocrómica
  - Anemia microcítica (inducida por aluminio)
  - Linfocitopenia
  - Diátesis hemorrágica
  - Aumento en la susceptibilidad a la infección
  - Esplenomegalia e hiperesplenismo
  - Leucopenia hipocomplementemia

### 3.2.3.2. Etiología

Las causas más comunes de ERC son la nefropatía diabética, hipertensión arterial, y glomerulonefritis. Juntas, causan aproximadamente el 75% de todos los casos en adultos. Ciertas áreas geográficas tienen una alta incidencia de nefropatía de HIV.

En la práctica clínica, la mayoría de las nefropatías progresan lentamente hacia la pérdida definitiva de la función renal. Históricamente, las enfermedades del riñón han sido clasificadas según la parte de la anatomía renal que está implicada:

- **Vascular**, incluye enfermedades de los grandes vasos sanguíneos, como estenosis de la arteria renal bilateral, y enfermedades de los vasos sanguíneos pequeños, como nefropatía isquémica, síndrome urémico hemolítico y vasculitis
- **Glomerular**, abarcando a un grupo diverso y subclasificado en:

- Enfermedad glomerular primaria, como glomérulo esclerosis focal y segmentaria y nefropatía por IgA
- Enfermedad glomerular secundaria, como nefropatía diabética y nefritis lupus.
- **Túbulo intersticial**, incluyendo enfermedad poliquística renal, nefritis
  - **Túbulo intersticial crónica** inducida por drogas o toxinas, y nefropatía de reflujo.
- **Obstructiva**, por ejemplo con piedras del riñón bilaterales y enfermedades de la próstata<sup>12</sup>

### 3.2.4. Factores de riesgo

Existen muchas condiciones que dañan los riñones; sin embargo, entre las causas más frecuentes están:

#### a. Diabetes

Es la causa principal de esta alteración, ya que es una enfermedad crónica en donde no se produce suficiente insulina para ayudar a degradar la glucosa (azúcar) en la sangre, entonces las grandes cantidades de glucosa actúan como un veneno que daña los filtros y las arterias del riñón.

La IRC se desarrolla en el 50% de pacientes con diabetes juvenil y el 6% de adultos diabéticos.

#### b. Hipertensión Arterial

El aumento de la presión sanguínea (hipertensión) es la segunda causa que favorece la insuficiencia renal crónica, ya que daña los filtros y las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón.

<sup>12</sup>[https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad\\_renal\\_cr%C3%B3nica#Etiolog.C3.ADa](https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_renal_cr%C3%B3nica#Etiolog.C3.ADa)

**c. Glomerulonefritis**

Es un tipo de enfermedad renal causada por inflamación de las estructuras internas del riñón (glomérulos), las cuales ayudan a filtrar los desechos y líquidos de la sangre.

Puede ser causada por problemas específicos con el sistema inmunitario del cuerpo, pero se desconoce la causa exacta de algunos casos. El daño a los glomérulos provoca la pérdida de sangre y proteína en la orina.

**d. Nefropatías**

Las nefropatías intersticiales se caracterizan por alteraciones inflamatorias que afectan al intersticio y los túbulos del riñón. Inicialmente no afecta los glomérulos ni los vasos intrarrenales.

No sólo las bacterias sino también otras múltiples causas no infecciosas son capaces de originar este cuadro, tanto desde el punto de vista clínico como en el laboratorio experimental. Dado que en este síndrome la lesión inicial se localiza en el intersticio, la entidad se denomina nefropatía intersticial. La mayoría de ellas tienen una causa conocida y su diagnóstico correcto y precoz las hace potencialmente reversibles, con tratamiento médico o quirúrgico.

Hay múltiples mecanismos: por gérmenes, por mecanismos inmunológicos debido a alteraciones de la inmunidad humoral o celular, por invasión neoplásica, por alteraciones metabólicas, por acción tóxica directa, por causas desconocidas, y por alteraciones urodinámicas.

**e. Urolitiásis**

Un cálculo renal, litiasis renal o piedra en el riñón es un trozo de

material sólido que se forma dentro del riñón a partir de sustancias que están en la orina.

La piedra se puede quedar en el riñón o puede desprenderse e ir bajando a través del tracto urinario. La intensidad de la sintomatología (dolor) está generalmente relacionada con el tamaño del cálculo. En ocasiones se produce su expulsión casi sin sintomatología.

Los cálculos pueden quedarse trabados en uno de los uréteres, en la vejiga, o en la uretra, produciendo la sintomatología de dolor (cólico nefrítico), disuria (dificultad al orinar), o signos como hematuria (presencia de sangre en la orina).

#### **f. Reflujo vésico-uretral**

La orina fluye desde los riñones a través de los uréteres hasta la vejiga. Cada uréter tiene una válvula de una sola dirección al entrar en la vejiga, impidiendo que la orina se devuelva hacia arriba por el uréter.

La nefropatía por reflujo se presenta cuando fallan estas válvulas, permitiendo que la orina se devuelva por el uréter hasta el riñón. Si la vejiga está infectada o la orina contiene bacterias, el riñón se infecta (pielonefritis).<sup>13</sup>

#### **g. Nefropatía por Fármacos**

La nefropatía por analgésicos implica un daño dentro de las estructuras del riñón. Es causada por el uso prolongado de analgésicos.

El consumo excesivo puede equivaler a aproximadamente tres pastillas por día durante seis años. Esto ocurre con frecuencia

---

<sup>13</sup> CLINICA DAM. Nefropatía por Reflujo. <https://www.clinicadam.com/salud/5/000459.html>

como resultado de la automedicación, a menudo por algún tipo de dolor crónico.

La nefropatía por analgésicos ocurre en más o menos 4 de cada 100.000 personas, principalmente en las mujeres mayores de 30 años. La tasa ha disminuido en forma significativa desde que la fenacetina no está disponible en las preparaciones sin receta.

Se debe poner especial énfasis en el uso frecuente, y a veces sin prescripción facultativa, de fármacos tan comunes como el ibuprofeno, el ácido acetil salicílico o el diclofenaco, que constituyen uno de los subgrupos terapéuticos más utilizados por los ancianos. De hecho, se estima en un 20 por ciento, el porcentaje de mayores de 65 años los consumen habitualmente, debido a su amplia disponibilidad, sin necesidad de prescripción médica<sup>14</sup>.

#### **h. Multisistémicas:**

Enfermedades Multisistémicas tipo lupus eritematoso, enfermedad de Fabry pueden dañar el parénquima renal, provocando una nefropatía.

La función renal esta conservada durante los primeros 15 años sin que haya edemas, hipertensión y sedimentos de orina anormales, aunque hay proteinuria. Cuando las cifras de proteinuria empiezan a elevarse se desemboca en IR en un plazo de 3 a 5 años, en la mayor parte de los pacientes.

La proteinuria es el indicador de la nefropatía diabética y con frecuencia su único signo premonitorio.

---

<sup>14</sup> ROBERT W. SCHIER. Manual de Nefrología MD. 2000

### **i. Etiología desconocida**

Pacientes que llegan a situación de IRCT sin haber recibido ninguna asistencia previa, precisando ya su inclusión en un programa de tratamiento sustitutivo. Muchos de estos pacientes se encuentran en un estado precario de salud, por lo que no es posible establecer la etiología de la IR.

### **3.2.5. Uso de Medidas de prevención**

La importancia del estudio de la anatomía del riñón, de la histología de la unidad funcional y fisiología de la formación de orina, radican en que son necesarias para entender los mecanismos que ocurren dentro del organismo ante la insuficiencia renal. La insuficiencia renal es una patología que se da cuando cesa de manera total o parcial la formación de orina, con esto se darán episodios de anemia, anuria u oliguria, hipertensión, hipervolemia, hiperkalemia, hipercloremia, hipercalcemia, retención nitrogenada y acidosis metabólica, todo esto conllevará a un cuadro de uremia. La IR se clasifica en dos tipos, la aguda y la crónica. En una IRA el grado de mortalidad es menor pese a que es reversible recuperándose la actividad renal en un plazo menor a tres meses, una vez superado este tiempo pasa a ser crónica, la IRA se puede clasificar en prerrenal (hipoperfusión sin daño de parénquima), renal (hipoperfusión con daño del parénquima renal), posrenal (obstrucción de algún conducto de transporte de la orina final). Estas alteraciones se da por: bajo gasto cardíaco, reducción del volumen sanguíneo, lesiones ureterales, lesiones de vejiga y uretra, lesione vasculares, glomerulares o túbulointersticiales. En la IRC, la cual no es reversible por el daño que se da a nivel de los túbulos urinífero, por lo que se pierde la función renal y el paciente se hace dependiente de por vida a la diálisis, o en otros casos a un trasplante de riñón.

En la IRC las alteraciones hidroelectrolíticas, ácido-básicas, y retención nitrogenada generan al uremia, todo esto tiene efecto sobre los sistemas hematopoyético, cardiovascular, neurológico, músculo-esquelético, endocrino, gastrointestinal, inmunológico, pulmonar y cutáneo, manifestando en el paciente diferentes estados patológicos (ácidosis, oliguria, hipertensión, etc.) los cuales son aliviados por medio de una diálisis. Los pacientes que reciben este tipo de tratamiento cuanto más informadas estén, más fáciles y adecuadas serán las decisiones que se tomen posteriormente en su tratamiento, teniendo en cuenta el apoyo social que tenga el paciente.<sup>15</sup>

### 3.2.6. Diagnostico

Enterarse de que padece una enfermedad renal en una etapa temprana puede ayudarle a tomar medidas para frenar el avance de la enfermedad. Una vez que se pierde la función renal, es posible que no la recupere. Puede hacer cambios para ayudar a mantener sus riñones funcionando por más tiempo.

Se debe tomar en consideración lo siguiente para realizar un diagnóstico más exacto:

#### a) Presión Arterial

La presión arterial alta una de las causas principales de la enfermedad renal crónica. La única manera de saber si su presión arterial es demasiado alta es medírsela. Obtenga más información sobre la presión arterial alta (hipertensión) y su vinculación con la enfermedad renal crónica.

#### b) Análisis de Sangre

Los análisis de sangre miden los niveles de sustancias en la sangre y pueden indicar cómo están funcionando sus riñones.

---

<sup>15</sup><http://www.monografias.com/trabajos32/insuficiencia-renal/insuficiencia-renal.shtml#ixzz4DvxCGC26>

Estos son algunos de los análisis de sangre utilizados para el examen de detección de la enfermedad renal

- **Tasa de filtración glomerular (TFG).** Este análisis representa una medida del nivel en el cual los riñones están eliminando los desechos y el exceso de líquido de la sangre. Puede calcularse a partir del nivel de creatinina sérica utilizando su edad, peso, género y tamaño corporal. La TFG normal puede variar de acuerdo a la edad (a medida que envejece puede disminuir). El valor normal de la TFG es de 90 o más. Una TFG por debajo de 60 es una señal de que los riñones no están funcionando correctamente. Una TFG por debajo de 15 indica que se necesitará un tratamiento para la insuficiencia renal, como la diálisis o un trasplante de riñón.
- **Creatinina sérica.** La creatinina es un producto de desecho que proviene del uso y desgaste normal de los músculos del cuerpo. Los niveles de creatinina en la sangre pueden variar dependiendo de la edad, la raza y el tamaño del cuerpo. Un nivel de creatinina mayor de 1,2 para mujeres y mayor de 1,4 para hombres puede ser una señal temprana de que los riñones no están funcionando correctamente. El nivel de creatinina en la sangre se eleva, si la enfermedad renal avanza.
- **Nitrógeno ureico en sangre (BUN).** El nitrógeno ureico en sangre proviene de la descomposición de las proteínas en los alimentos que consume. Un nivel de BUN normal es de entre 7 y 20. A medida que la función renal disminuye, el nivel de BUN se eleva.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup><http://www.ultracare-dialysis.com/es-ES/kidney-disease/chronic/managing-ckd.aspx>

A continuación describe cómo valor de la TFG está vinculado a cada etapa de la enfermedad renal crónica.

Etapa y descripción	TFG (ml/min/1,73 m)	Los signos o síntomas clínicos pueden incluir
<b>Etapa 1:</b> Daño renal con (TFG) normal o aumentada	Mayor que 90	Presión arterial alta, infecciones del tracto urinario, análisis de orina anormal (examen de orina)
<b>Etapa 2:</b> Daño renal con disminución leve de (TFG)	Entre 60 y 89	Presión arterial alta, infecciones del tracto urinario, análisis de orina anormal (examen de orina)
<b>Etapa 3:</b> Disminución moderada en (TFG)	Entre 30 y 59	Conteo sanguíneo bajo, desnutrición, dolor óseo, sensaciones nerviosas anormales como hormigueo y entumecimiento, disminución de la función mental y la sensación de bienestar
<b>Etapa 4:</b> Disminución severa en (TFG)	Entre 15 y 29	Complicaciones graves tales como anemia, presión arterial alta y enfermedades óseas.
<b>Etapa 5</b> Insuficiencia renal	Inferior a 15	Uremia (acumulación de productos de desecho en su sangre), anemia, desnutrición, hiperparatiroidismo, presión arterial alta, hinchazón de manos/piernas/ojos/espalda baja (también llamada el sacro), dificultad para respirar.

*Si se encuentra en la etapa tardía (etapa 4) de la enfermedad renal o frente a la insuficiencia renal (etapa 5, enfermedad renal en etapa terminal) puede ser el momento de planificar el tratamiento de reemplazo renal.*

### c) Análisis de Orina

Según la Fundación Nacional del Riñón (National Kidney Foundation), un análisis de orina es un examen que mide el nivel de proteínas y sangre (glóbulos rojos y glóbulos blancos) en la orina. Las proteínas y las células sanguíneas no se encuentran normalmente en la orina, por lo que tener una prueba positiva de contenido de proteína o sangre pueden significar enfermedad renal. Tener proteínas en la orina es uno de los primeros signos de la enfermedad renal, especialmente en personas con diabetes. Diversas pruebas se pueden hacer para verificar la presencia de proteínas en la orina:<sup>17</sup>

<sup>17</sup>Fundación Nacional del Riñón (National Kidney Foundation). Tres pruebas sencillas para verificar la presencia de enfermedad renal. Sitio web de la Fundación Nacional del Riñón (National Kidney Foundation). <https://www.kidney.org/kidneydisease/threesimpletests.cfm>. Último acceso el 21 de febrero de 2014.

**Relación de proteínas con respecto a la creatinina.** Esta es la forma más precisa de medir proteínas en la orina. Un valor de 200 mg/g o menos por día es normal. Un valor superior a 200 mg/g es demasiado alto.

**Relación de la albúmina con respecto a la creatinina .** Este examen es bueno para las personas en mayor riesgo de enfermedad renal, las personas con diabetes, presión arterial alta o antecedentes familiares de diabetes, presión arterial alta o insuficiencia renal. Un valor inferior de 30 mg/g por día es normal para la relación de la albúmina con respecto a la creatinina; un valor de 30 mg/g por día o más es alto y puede ser un signo de enfermedad renal temprana.

#### d) Pruebas con Imágenes

- **Ecografía:** se usan ondas sonoras para obtener una imagen de los riñones. Puede ayudar a identificar anomalías en el tamaño o la posición de los riñones, y localizar obstrucciones como cálculos y tumores.
- **Tomografía computarizada (TC):** uso de medio de contraste para obtener una visión más clara de las anomalías estructurales y obstrucciones.

#### 3.2.7. Tratamiento integrado

Una vez que se encuentra la causa, el objetivo del tratamiento es restaurar la función del riñón y evitar que el líquido y los residuos se acumulen en el cuerpo, mientras los riñones sanan. Generalmente uno tiene que permanecer de un día para otro en el hospital para el tratamiento.

La cantidad de líquido que uno toma (como las sopas) o bebe se limitará a la cantidad de orina que pueda producir. A uno le dirán lo que puede o no comer con el fin de reducir la acumulación de toxinas normalmente manejadas por los riñones. Es posible que

necesite consumir una dieta rica en carbohidratos y baja en proteínas, sal y potasio.

Se pueden necesitar antibióticos para tratar o prevenir la infección. Los diuréticos se pueden emplear para ayudarle a los riñones a eliminar líquidos.

El calcio o la glucosa/insulina se administrarán por vía intravenosa para ayudar a evitar los incrementos peligrosos en los niveles de potasio en la sangre.

Se puede necesitar diálisis y es posible que lo haga sentir a uno mejor. No siempre es necesaria, pero puede salvar la vida si los niveles de potasio están peligrosamente elevados. La diálisis también se utilizará si el estado mental de uno cambia, si uno deja de orinar, si desarrolla pericarditis, si retiene demasiado líquido o si no puede eliminar los productos de desecho nitrogenados del cuerpo.<sup>18</sup>

Los objetivos del tratamiento conservador de la IRC son:

### **1. Controlar de forma precoz los factores de progresión de la IRC:**

Proteinuria, hipertensión arterial (HTA), hiperlipemia, transferrina baja, tabaco, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, entre otros.

La HTA y la proteinuria son factores de riesgo independientes y por tanto factores claves a la hora de endentecer la progresión de la IRC.

### **2. Tratamiento de las causas reversibles de disfunción renal:**

- Enfermedad de base (cuando tenga tratamiento específico, ya sea médico o quirúrgico)

---

<sup>18</sup><https://www.clinicadam.com/salud/5/000501.html>

- Hipovolemia: la mayoría de los niños con IRC presentan de manera habitual poliuria y su capacidad renal de ahorrar sodio y agua está disminuida. Si se asocia un proceso intercurrente que implica pérdida de volumen, (vómitos, diarrea, etc.) se debe realizar control analítico y rehidratar adecuadamente por vía oral o intravenosa.
- Infecciones intercurrentes: tratar adecuadamente, evitando en lo posible el uso de antiinflamatorios no esteroideos o fármacos nefrotóxicos. La mayor parte de los antibióticos orales no precisan ajuste hasta las fases más avanzadas de la IRC.
- Evitar o ajustar fármacos nefrotóxicos: AINEs, contrastes radiográficos, aminoglucósidos, Anfotericina B, entre otros.

### **3. Prevención y tratamiento de las alteraciones metabólicas:**

Alteraciones hidroelectrolíticas, alteración del equilibrio ácido-base, anemia, dislipemia, alteración del metabolismo fosfo-cálcico, hipocrecimiento y malnutrición.

### **4. Manejo psicosocial:**

En una enfermedad crónica es fundamental establecer una relación de confianza con el paciente y su familia que facilite la aceptación de su enfermedad, un buen cumplimiento terapéutico y en lo posible logre un régimen de vida normal. <sup>19</sup>

#### **3.2.7.1. Farmacológico**

##### **A. Factores de progresión de la IRC:**

Control de hiperfiltración glomerular/proteinuria. En adultos el uso de inhibidores del enzima convertidor de la Angiotensina (IECA) o bloqueantes de receptores AT1 de Angiotensina II

<sup>19</sup>[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/22\\_2.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/22_2.pdf)

(ARA-II) han probado su utilidad como enlentecedores de la progresión de IRC. En niños los resultados no son concluyentes pero se aconseja el uso de éstos fármacos para el control de proteinuria.

**Objetivo:** Mantener la microalbuminuria inferior a 30 mg/día o 20 microgramos/minuto.

**Fármacos:**

- IECA: Enalapril (Renitec®), Lisinopril (Doneka®)  
Dosis: inicial: 0.08-0.6/mg/k/día (max 20-40mg/día)  
Intervalo: 1 (Lisinopril) o 2 (Enalapril) veces al día
- ARA-II: Losartán (Cozaar®)  
Dosis inicial: 0.7 mg/K/día (max 1.4 mg/K/día ó 100 mg)  
Intervalo: 1 vez al día

En general, iniciar el tratamiento con IECA (más experiencia). Si la hiperpotasemia o tos cambiar a ARA-II.

No se aconseja iniciar tratamiento si  $FG > 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$

A nivel teórico y también en algunos estudios parece que el uso combinado de IECA + ARA II puede tener un efecto sinérgico, ya que actúan a distinto nivel. Valorar asociación entre ambos fármacos.

**Controles:** Deben incluir siempre hemograma, creatinina e iones y bioquímica. Realizar el primer control 2 semanas tras el inicio o modificación de la dosis, después según los controles requeridos por su patología (máximo 6 meses).

***Efectos secundarios más significativos***

La disminución de la presión capilar glomerular puede aumentar la creatinina sérica y el potasio (según algún estudio los ARA-II

producen menos elevación del K). Hipotensión, pancitopenia. angioedema. Los IECA pueden producir tos.

En caso de patología intercurrente que pueda implicar hipovolemia (vómitos, diarrea, etc.) suspender temporalmente y valorar realizar control analítico para descartar elevación de la creatinina sérica e hiperpotasemia. En caso preciso asociar rehidratación oral o intravenosa.

### ***Manejo de la hipertensión arterial***

El National High Blood Pressure Education Program Working Group 2004 clasifica la TA, atendiendo a tres lecturas de TA ajustadas para la edad, sexo y percentil de talla en:

- Normal: TAS y TAD < P 90
- Pre-hipertensión: TAS y/o TAD P90 y < P95 ó TA > 120/80
- Estadio 1 de HTA: TAS y/o TAD entre P95 y P99+5 mmHg
- Estadio 2 de HTA: TAS y/o TAD > P99+5 mmHg

**Objetivo:** En niños con IRC la TAS y TAD debe ser inferior al P90 para su edad, sexo y percentil de talla o < 130/80 (lo que sea menor).

### **Tratamiento:**

- **Cambio de estilo de vida:**
  - Reducir o prevenir la ganancia excesiva de peso: aumentar la ingesta de frutas y verduras, reducir la bollería industrial.
  - Limitar la ingesta de sal
  - Evitar alcohol y tabaco.
  - Ejercicio físico regular: se recomienda realizar 30-60' de ejercicio diario o al menos 3-4 veces por semana y/o restringir las actividades sedentarias.

En pacientes en Estadio 2 de HTA se aconseja no realizar ejercicio físico a nivel de competición hasta que la TA se controle; así mismo debe evitarse en pacientes con repercusión cardiológica.

### **Tratamiento farmacológico:**

Debe iniciarse en pacientes con HTA sintomática, repercusión en órganos diana, Estadio 2 de HTA o con Estadio 1 en que la modificación del estilo de vida no haya sido suficiente para controlar la TA. Es importante recalcar que el inicio de tratamiento farmacológico no sustituye a la modificación del estilo de vida y por tanto debe continuarse. En la tabla siguiente se indican los fármacos (y sus dosis) más usados para el control de la TA (tabla I) La terapia farmacológica en la HTA en el contexto de IRC será escalonada: se iniciará un fármaco y se aumentará la dosis progresivamente, hasta dosis máxima, si aún así la tensión persiste elevada se asociará una nueva medicación. En principio en pacientes con IRC y proteinuria el fármaco de elección es un IECA o ARA-II dado su efecto antiproteinúrico, además de hipotensor. Dada la mayor experiencia en niños se aconseja iniciar el tratamiento con IECA (Enalapril y Lisinopril están autorizados por la FDA para el tratamiento de HTA en niños mayores de 6 años). En caso de aparición de tos o hiperpotasemia valorar sustituir por ARA-II (Losartán tiene aprobado su uso como hipotensor en mayores de 6 años).<sup>20</sup>

#### **3.2.7.2. Dietético**

Cuando se tiene una insuficiencia renal crónica, la dieta es una parte importante de su plan de tratamiento. La dieta recomendada puede cambiar con el tiempo si su insuficiencia renal empeora. Se debe realizar una cantidad de pruebas para

---

<sup>20</sup>[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/22\\_2.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/22_2.pdf)

“controlar” su salud nutricional total. Su médico también puede derivarlo a un nutricionista especializado que lo ayudará a planear sus comidas para consumir los alimentos correctos en las cantidades correctas.

La dieta debe incluir:

- Obtención de la cantidad correcta de calorías y proteínas
- Otros nutrientes importantes en su dieta
  - Sodio
  - Fósforo
  - Calcio
  - Potasio
  - Líquidos
  - Vitaminas y minerales
- Conservación de un peso corporal saludable
- Manejo de necesidades de dieta especial
  - Diabetes
  - Dietas vegetarianas
- Cómo se controla su salud nutricional
- Otros recursos que lo pueden ayudar. <sup>21</sup>

Para su salud y bienestar general es necesario que obtenga suficientes calorías. Las calorías se encuentran en todos los alimentos que consume. Son importantes porque:

- Le dan energía a su cuerpo
- Lo ayudan a conservar un peso saludable
- Ayudan a que su cuerpo utilice las proteínas para fortalecer sus músculos y tejidos.

### 3.2.7.3. Sustitución

- **Diálisis Renal**

Se define como un tratamiento sustitutivo, que cumple como

---

<sup>21</sup>[https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/11-50-1105\\_aai\\_patbro\\_nutritionandckd\\_3-5\\_pharmanet\\_nkf\\_span\\_jan08.pdf](https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/11-50-1105_aai_patbro_nutritionandckd_3-5_pharmanet_nkf_span_jan08.pdf)

principal función la de la depuración a nivel renal. La inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y sociales del mismo. Actualmente, según comisiones de expertos, influenciado a su vez por avances tecnológicos, no existe contradicción alguna para desestimar este tipo de tratamiento únicamente por cuestiones de edad.

Actualmente, existen dos modalidades de diálisis: hemodiálisis y diálisis peritoneal.

La elección de una u otra depende de los deseos del paciente, de su estado clínico, de la experiencia del profesional que la prescribe y de los recursos disponibles. Ningún método ofrece ventajas en la tasa de supervivencia cuando se comparan factores de riesgo similares.

- **Hemodiálisis:** Tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter o fístula), con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez depurada, a través del acceso, al organismo.
- **Diálisis peritoneal:** Depuración a través de la membrana peritoneal natural. Se trata de un tratamiento domiciliario, realizado por el propio paciente tras un período de adiestramiento.
- **DPCA:** diálisis peritoneal continua ambulatoria, técnica manual, que se utiliza una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal; transcurridas cada seis-ocho horas se drena impregnada de toxinas urémicas.
- **DPA:** diálisis peritoneal automatizada. Se utiliza una ciclodota para la infusión dializante y posterior drenaje. Habitualmente se realiza por la noche.

- **Transplante renal:**

Constituye un tratamiento alternativo para la IRCT en adultos de edad avanzada. Los resultados en torno a la supervivencia han mejorado en los últimos años gracias a la meticulosidad en la selección del receptor, los cuidados perioperatorios y el uso de nuevos fármacos inmunosupresores, más seguros y eficaces, reduciendo de forma considerable los límites en torno a la edad del paciente previamente establecidos.

### **3.3. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON IRC EN EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS**

#### **3.3.1. Hemodiálisis**

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

La difusión es el principal mecanismo por el cual se eliminan moléculas y depende de la diferencia entre la concentración plasmática y del líquido de diálisis, el área de superficie de la membrana semipermeable y el coeficiente de difusión de la membrana. El tamaño y la carga de la molécula influyen directamente en su paso por la membrana semipermeable. Mientras menor sea el peso molecular de una sustancia, su gradiente de difusión por la membrana aumenta. La convección permite la eliminación de solutos siguiendo el flujo del líquido. La ultrafiltración se refiere a la eliminación de agua libre debido a la aplicación de una presión hidrostática negativa, que puede ser manipulada dependiendo del exceso de volumen que se desea eliminar.

La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena.

Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.

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

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

En la IRC la hemodiálisis debe ser iniciada al momento en el que todavía hay función renal residual suficiente como para que no haya una uremia manifiesta. Actualmente las técnicas de hemodiálisis siguiendo un régimen de 4 horas 3 veces por semana, solamente alcanzan una depuración equivalente a 20 ml/min en un individuo de 70 kg.

La hipotensión es la complicación más frecuente de diálisis, presentándose en un 20 a 50% de las sesiones de diálisis. La hipotensión intradialítica se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad. Los calambres musculares son la segunda complicación más frecuente, ocurre en 20% de las sesiones y se asocia a altas tasas de ultrafiltración.

A la constelación de síntomas sistémicos y neurológicos se les refiere como síndrome de desequilibrio dialítico. Este síndrome

incluye síntomas no específicos como náusea, vómito, cefalea, fatiga, inquietud e incluso convulsiones, coma y arritmias. El riesgo de muerte durante una sesión de hemodiálisis es de 1 en 75,000.

### **3.3.2. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS**

Previo al inicio de la sesión de hemodiálisis es preciso preparar el utillaje necesario, así como comprobar el buen funcionamiento de las instalaciones y de los monitores de diálisis, individualizándose su preparación para cada enfermo.

La sesión de hemodiálisis dura aproximadamente de 3 a 4 horas. Cada paciente se dializa 3 veces por semana en un turno de mañana, tarde o noche.

#### **Preparación del Material**

- Comprobación del funcionamiento de la instalación de agua tratada para hemodiálisis
- Comprobación del funcionamiento de la instalación eléctrica.
- Puesta en marcha de los monitores de diálisis y comprobación de los diversos elementos de cada uno de ellos.
- Colocación del bidón o bidones de concentrado para diálisis, específico para cada paciente.

Material necesario para el montaje del monitor

- Dializador correspondiente a cada paciente con el soporte adecuado.
- Líneas arterial y venosa
- Pinzas de Kocher en solución antiséptica
- Solución salina isotónica con heparina (500 cc de suero fisiológico + 1.000ui de heparina sódica)

#### **Preparación del paciente**

Antes de entrar en la sala de diálisis, el paciente deberá lavarse la extremidad portadora de la Fístula de Cimino-Brescia con jabón

antiséptico del que dispone en el vestuario. Al entrar en la sala deberá pesarse al paciente bajo control del personal de la unidad.

Una vez instalado en su cama o sillón se le tomarán las constantes:

- Temperatura
- Pulso
- Presión Arterial

#### **A. INICIO DE LA SESION DE HEMODIALISIS**

- Preparación del campo estéril con las máximas condiciones de asepsia en la zona de punción de la Fistula o de conexión de otro tipo de acceso vascular.
- Deben extremarse las medidas de seguridad de autoprotección del personal de enfermería, para evitar posibles contagios procedentes de la sangre del paciente.
- Acceder el torrente circulatorio mediante la conexión al acceso vascular correspondiente.

El sistema más frecuente es la punción de la Fistula de Cimino-Brescia y debe proceder de la siguiente forma:

- Colocación del tortor o venda de smarch, asegurando una buena comprensión mantenimiento un buen pulso distal-
- Desinfección de la piel con antiséptico.
- Punción de la vena arteriolizada, a ser posible lejos de la fistula y en dirección a ella, fijando la aguja con esparadrapo.
- Punción de otra vena para el retorno, en dirección proximal, evitando que pueda drenar al vaso puncionado anteriormente y fijando la aguja con esparadrapo. Por déficit de accesos vasculares del paciente, en ocasiones es preciso utilizar la unipuncion. Para ello se dispone de una aguja especial con doble salida que se puncionara siempre en dirección proximal
- Retirar smarch.
- Administrar la heparina de inicio por la aguja venosa o de

- retorno asegurando su total administración, añadiendo unos centímetros de suero fisiológico.
- Pasados 5 minutos de la administración de la heparina, conectar la línea arterial a la aguja de la arteria y poner en marcha la bomba de sangre lentamente (100cc/minuto).
  - Vigilar cuidadosamente el llenado de la totalidad del circuito hemático con la sangre del paciente, que ira empujando el suero de cebado contenido en el sistema para su desecho.
  - Si está indicado perfundir al paciente con el suero de cebado, conectaremos las dos líneas a sus agujas respectivas antes de poner la bomba de sangre en funcionamiento.
  - Una vez la sangre ha llenado totalmente el circuito, pararemos la bomba de sangre y conectaremos la línea venosa o de retorno a la aguja correspondiente.
  - Poner la bomba de sangre nuevamente en funcionamiento, aumentando gradualmente su velocidad hasta la indicada para la hemodiálisis. Habitualmente se utilizan flujos de 250cc/minuto-300cc/minuto
  - A continuación, y solo en los casos de unipuntura, colocaremos los límites de tiempo y presión venosa.
  - El aumento de la temperatura en el dializador hace que todas las conexiones se dilaten y tengamos por ello que apretarlas nuevamente para su total seguridad.
  - Asegurar una perfecta disposición de los elementos del circuito fijando las líneas con esparadrapo a la extremidad puncionada para evitar desconexiones. Si la colocación de las agujas o comodidad del paciente lo requiere, se dispondrá de una férula de Cramer o similar.
  - Programación de la presión transmembrana (PTM) o perdida horaria según tipo de monitor.
  - Poner en marcha la bomba de perfusión continua de heparina.

- Comprobación de todos los parámetros de la diálisis: Presión venosa, flujo de sangre, flujo del dializado, temperatura del dializado, conductividad eléctrica del dializado.
- Colocación de los límites de seguridad de cada parámetro para que el monitor pueda detectar cualquier variación y activar la alarma correspondiente.

## **B. CUIDADOS DEL PACIENTE DURANTE LA HEMODIALISIS**

- Control de funciones vitales inmediatamente después del inicio de la diálisis y posteriormente cada hora y siempre que lo precise el estado del paciente, especialmente la presión arterial.
- Control horario de los parámetros que intervienen en la diálisis, incluyendo el funcionamiento de los elementos del monitor.
- Control de la descoagulación según las normas del Servicio y de las necesidades de cada paciente.

La complicación más frecuente es la hipotensión

Acciones de enfermería:

- Disminuir el ultra filtrado
- Posición trendelemburg.
- Administrar más suero

Durante la sesión se les da comida. Este peso se incluye en el peso inicial que han de perder.

## **C. CUIDADOS DEL PACIENTE AL FINALIZAR LA HEMODIÁLISIS**

Al terminar, aproximadamente a 4 horas, se desconectan los equipos y se realiza la hemostasia (es importante tener en cuenta que si la fistula es nueva se hará comprensión con la mano y no con las pinzas de hemostasia).

Se vuelve a pesar al paciente, presión arterial y el pulso.

#### 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

En relación al tema de estudio se revisó la literatura de manera variada a nivel nacional como internacional, encontrándose estudios similares, que de alguna u otra forma guardan relación con la presente investigación, así tenemos:

##### 4.1. Locales

➤ **Hinojosa Cáceres, Emilio. Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica EsSalud”.**

Conclusiones: La valoración global del estado de salud, para el grupo de investigación tiene un 52.06% promedio una apreciación de buena calidad de vida. Independientemente del modelo de atención en tanto que la percepción de la salud general informada por estos pacientes con respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermeras, es regular a baja. El rol físico alcanzó una de las medias más bajas de la población en estudio, se pudo observar que más de un 70% de los pacientes declaró que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo. La escala de la función física interfiere en el desempeño de su trabajo. La escala de la función física se obtuvo los siguientes resultados en el grupo de hemodiálisis se observa un porcentaje de 38.67% mala y un 61.33% buena en DIPAC el 31.58% mala y un 68.42% buena y en el grupo de trasplante renal el 75% es mala y buena en un 25%; El grupo de Trasplante Renal presenta una expectativa laboral del 75 frente a un 59.89% del grupo de DIPAC mientras que el grupo de hemodiálisis solo el 34.44% presentan una expectativa laboral de parcial a normal. Arequipa: Publicación Electrónica: 2006<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Disponible en:

[http://www.essalud.gob.pe/biblioteca\\_central/pdfs/evalu\\_calid\\_vid\\_pacient\\_insuf\\_rena\\_cronica.pdf](http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf)

#### 4.2. Nacionales

- **Napa Navarro, Mercedes. Nivel de Conocimientos en pacientes sometidos a hemodiálisis luego de participar de una actividad educativa de Enfermería.** Concluye: Que la actividad de la enfermera modifica el nivel de conocimientos sobre la insuficiencia renal crónica terminal, su tratamiento y prevención de complicaciones en los pacientes sometidos a hemodiálisis luego de ser aplicada, es decir que la actividad educativa incrementa el nivel de conocimientos sobre temas relacionados a su enfermedad. Lima: Publicación Electrónica; 2004.<sup>23</sup>

#### 4.3. Internacionales

- **Peña Pérez, Castropeña Pérez, Belén; Terán Trillo, Margarita; Moreno Aguilera, Fernando; Bazán Castro, Manuel,** en la tesis “**Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE**”, Conclusiones: La población encontrada en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE que cuenta con un diagnóstico no busca atención médica al acudir a consulta. La mayor parte de los síntomas se relaciona con su estado de ánimo; un alto porcentaje se considera autosuficiente, al no tener grandes dificultades para realizar sus actividades diarias; además, las redes con las que el adulto mayor cuenta son importantes para su vida diaria. La recomendación principal debe centrarse en un enfoque educativo a la población en edad productiva, e integrar al adulto mayor en algunas tareas que él mismo considere capaz de llevar a cabo. Las autoridades institucionales deben considerar que el módulo de gerontología incluya la capacitación hacia la población en etapa productiva, de acuerdo con los periodos

---

<sup>23</sup> Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1318>

de jubilación, retiro y muerte. España: Publicación Electrónica; 2009.<sup>24</sup>

- **Rodríguez Vidal M., Castro Salas M., Merino Escobar J.M.**  
**“Calidad de Vida en Pacientes Renales Hemodializados”.**  
**Conclusiones:** Aproximadamente la mitad de los pacientes tenían entre 45 y 64 años, la distribución por sexo fue prácticamente similar, tres cuartas partes de los sujetos se declararon con pareja, más de la mitad poseía baja escolaridad y todos poseían algún sistema previsional. El valor más alto de calidad de vida fue 81,8 y el más bajo 3,25. Por lo que se pudo concluir que aproximadamente la mitad de las personas encuestadas tenía una calidad de vida por sobre el nivel promedio. Chile: Publicación Electrónica; 2005.<sup>25</sup>

## 5. HIPÓTESIS

Por ser el estudio de nivel descriptivo, no requiere de hipótesis.

---

<sup>24</sup> Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>

<sup>25</sup> Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532005000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007)

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICA E INSTRUMENTO:

##### 1.1. Técnica:

La técnica fue la Encuesta

##### 1.2. Instrumento

Como instrumento se usó el Cuestionario, haciendo uso de la escala de calidad de vida SF36.

**Autor:** ZÚÑIGA AM. Carrillo JGT, Fos PJ et al. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36. Resultados preliminares en México. Salud Pública Mex. 1999; 41: 110.118

#### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

##### 2.1. Ubicación Espacial

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

## 2.2. Ubicación Temporal

Se realizó en los meses de marzo a setiembre del 2016.

## 2.3. Unidades de Estudio

Estuvo constituidas por pacientes hemodializados en los meses de mayo y junio, seleccionados mediante los siguientes criterios:

### Criterios de Inclusión

- Pacientes de ambos géneros
- Pacientes que se encuentren en condiciones de proporcionar información.
- Pacientes mayores de 25 años de edad
- Autorización del Consentimiento Informado

### Criterios de Exclusión

- Pacientes que no acepten participar voluntariamente en la investigación.
- Pacientes que portan patologías extrarenales

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. Organización

- ❖ Se coordinó con la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, a fin de obtener el permiso correspondiente.
- ❖ Se coordinó con el Director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, para la aprobación de la presente investigación.
- ❖ Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se delimitó a la población.

- ❖ Se procedió a recolectar los datos aplicándola la Escala de Calidad de Vida SF36 a la población de estudio, en un tiempo de 30 min.
- ❖ Obtenida la información se procedió al procesamiento de datos, que comprende:
  - Codificación de los formularios de preguntas
  - Registro de los datos en una matriz ad hoc.
  - Tabulación de datos.

#### ❖ **Calificación del Instrumento**

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

Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental.

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

- 1) El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.
- 2) El Helth Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

- a) Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionarles al estado de salud; cuantos mayores sean, mejor estado de salud.
- b) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado

funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

Existe una “versión estándar” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa la semana anterior.

El SF-36 contiene 36 ítems formando 8 dimensiones en el siguiente cuadro se encuentra la definición de las dimensiones y calificación de los ítems.

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

El permiso para el uso del cuestionario SF-36 se otorga de forma rutinaria, sin cargo, por el Medical Outcomes Trust, habiendo sido evaluada e incluida ya la versión española del mismo.

### Calificación Global de Calidad de Vida

#### Puntuación

Máximo	155 puntos
Mínimo	49 puntos

Excelente	134 – 155
Muy Buena	113 – 133
Buena	92 – 112
Regular	71 – 91
Deficiente	49- 70

### El Modelo de Medición del SF – 36

- Función física (10)
  - Rol Físico (4)
  - Dolor Corporal (2)
  - Salud General (5)
- } Estado Físico

#### **Calificación**

Máximo	85 puntos
Mínimo	20 puntos

Excelente	73 – 85
Muy Buena	59 – 72
Buena	46 – 60
Regular	33 – 45
Deficiente	20– 32

- Vitalidad (4)
  - Función Social (2)
  - Rol Emocional (3)
  - Salud Mental<sup>26</sup> (5)
- } Estado Emocional

#### **Calificación**

Máximo	70 puntos
Mínimo	12 puntos

Excelente	59 – 70
Muy Buena	48 – 58
Buena	37 – 47
Regular	25 – 36
Deficiente	12 – 24

<sup>26</sup> ZÚÑIGA AM. Carrillo JGT, Fos PJ et al. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36. Resultados preliminares en México. Salud Pública Mex. 1999; 41: 110.118

- ❖ Después de haber realizado la Cedula sobre el nivel de conocimiento se procedió a analizar e interpretar los resultados
- ❖ Concluida la recolección de datos se procedió a la tabulación de los datos, análisis e interpretación de los mismos.

### **3.2. RECURSOS**

#### **3.2.1. Recursos Humanos**


- Los Investigadores

#### **3.2.2. Recursos Materiales**

- Historias Clínicas
- Bolígrafos y papel
- Formatos de cuestionarios
- Videocámara

#### **3.2.3. Recursos Financieros**

- Autofinanciado por los investigadores



# CAPITULO III RESULTADOS

## 1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

TABLA N° 1

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN EDAD. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD.  
AREQUIPA, 2016**

EDAD	N°	%
25 a 34 años	0	0
35 a 44 años	2	4
45 a 54 años	7	16
55 a 64 años	18	41
65 a más	17	39
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En el Tabla N° 1, según la edad, se puede apreciar que el 41% corresponde a las edades de 55 a 64 años de edad, el 39% tienen de 65 a más años, el 16% de 45 a 54 años y el 4% de 35 a 44 años.

Analizando los resultados, se puede indicar que la población que presenta Insuficiencia Renal Crónica que se atiende en el Hospital Regional Honorio Delgado, en una gran mayoría son personas adultas maduras y mayores, lo evidencia el 80% acumulado.

La OMS, informa que según la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (NHANES), en América, los casos nuevos de ERC se duplicaron en los mayores de 65 años entre 2000 y 2008. La prevalencia de personas de más de 60 años con enfermedad renal crónica pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9379%3A2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379%3A2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=es)

TABLA N° 2

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN GÉNERO. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD  
AREQUIPA, 2016**

<b>GÉNERO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	30	68
Femenino	14	32
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En el Tabla N° 2, se puede observar que el sexo predominante es el masculino con un 68%. El género femenino representa el 32%.

La mayor incidencia de insuficiencia renal crónica en el presente estudio se da en varones, que son los que se atienden en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa

Según la Dra. Aliza, en su página web Vida y Salud, fundamenta que para llegar a comprobar la mayor incidencia de esta patología en los hombres se realizó un estudio en la Universidad de Calgary, en Canadá, siguió a 2.9 millones de adultos de la ciudad de Alberta, en ese mismo país, desde el año 1997 hasta el 2008. Cuando el estudio se inició, los participantes no tenían insuficiencia renal pero al finalizar, los investigadores hallaron que los hombres de mediana edad que vivieron hasta los 90 tuvieron un riesgo de casi 2.7 por ciento de desarrollar insuficiencia renal, mientras que el riesgo en las mujeres fue de 1.8 por ciento.<sup>28</sup>

<sup>28</sup><http://www.vidaysalud.com/diario/hombres/los-hombres-corren-mas-riesgo-de-sufrir-insuficiencia-renal/>

## 2. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON IRC (SF-36)

### 2.1. ESTADO FÍSICO

TABLA N° 3

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN LIMITACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA.  
SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD. AREQUIPA, 2016**

Limitación Física	N°	%
Aumentada	18	41
Disminuida	20	45
Función física conservada	6	14
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En la tabla N° 3, podemos observar que el 45% de los pacientes con insuficiencia renal crónica han afirmado, que han tenido una disminuida limitación en cuanto a la realización de esfuerzos ya sean intensos y moderados; que han podido caminar más de una hora, coger o llevar la bolsa de la compra, subir uno o varios pisos, en agacharse o arrodillarse, que han podido bañarse o vestirse por sí mismo. En un 41% han tenido una aumentada limitación física y en un 14% han presentado función física conservada.

Lo que nos demostraría, que la función física del paciente, se ve afectado por el hecho concreto de que está actualmente recibiendo tratamiento ambulatorio de hemodiálisis.

TABLA N° 4

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL ROL FÍSICO. SERVICIO DE  
NEFROLOGÍA. HRHD. AREQUIPA, 2016**

<b>Cumplimiento del Rol Físico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	41	93
No	3	7
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En el Tabla N° 4, podemos observar que el 93% de los pacientes con insuficiencia renal crónica han afirmado, que su rol físico se ha visto afectado, en razón a que en las últimas cuatro semanas no han podido dedicar tiempo a sus actividades cotidianas, dejando de hacer algunas actividades y que han presentado dificultades para hacer su trabajo; y el 7% no ha visto afectado su rol físico.

En cuanto al cumplimiento del rol físico, los pacientes con insuficiencia renal crónica que actualmente reciben el tratamiento ambulatorio de hemodiálisis, han presentado limitaciones en cuanto a la realización de actividades de índole físico en su vida cotidiana.

**TABLA N° 5**

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS SEGÚN  
INTENSIDAD DEL DOLOR CORPORAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD.  
AREQUIPA, 2016**

<b>Intensidad del dolor corporal</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ningún dolor	0	0
Muy poco	11	25
Poco	20	45
Moderado	13	30
Severo	0	0
Muy severo	0	0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

<b>Interferencia del dolor corporal</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Nada	18	40
Parcialmente	14	31
Totalmente	12	29
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En el Tabla N° 5, podemos observar que en cuanto a la intensidad del dolor corporal que han presentado los pacientes con insuficiencia renal crónica, el 45% han presentado poco dolor, el 30% han presentado dolor moderado y el 25%, muy poco dolor.

En cuanto a la interferencia del dolor corporal en el desarrollo de sus actividades cotidianas, tenemos que el 40% no han tenido nada de interferencia, el 31% señaló que la interferencia del dolor se ha dado parcialmente y el 29% indica que la interferencia del dolor ha sido total.

Se ha podido constatar que los pacientes que han recibido tratamiento de hemodiálisis, no presentan una intensidad del dolor corporal muy marcada y que la interferencia del dolor corporal si ha sido más notoria, en razón a que los pacientes sometidos a hemodiálisis, han presentado síntomas como cefaleas, calambres musculares que constituyen una cotidianidad en una unidad de hemodiálisis. El tipo de dolor es localizado y se presenta en las fístulas arterio-venosas que provocan dolor manejable por el paciente.

TABLA N° 6

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN SOBRE SU SALUD GENERAL.  
SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD. AREQUIPA, 2016**

<b>Percepción del Paciente sobre su Salud General</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Excelente	0	0
Muy Buena	6	14
Buena	25	57
Regular	9	21
Deficiente	4	9
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En el Tabla N° 6, podemos observar que el 57% de los pacientes con insuficiencia renal crónica perciben que su salud en general es buena, el 21% que es regular, el 14% que es muy buena, el 9% que es deficiente.

Más de la mitad de los pacientes con insuficiencia renal crónica que está recibiendo tratamiento ambulatorio de hemodiálisis percibe que su salud general es buena. Lo cual nos indicaría que dichos pacientes asumen su enfermedad con optimismo, porque más de la mitad de los pacientes conciben su salud como buena.

TABLA N° 7

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN VITALIDAD QUE PRESENTA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA.  
HRHD. AREQUIPA, 2016**

<b>Presenta vitalidad el Paciente con IRC</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Siempre	5	11
Casi siempre	6	14
Muchas veces	9	20
Algunas veces	16	36
Sólo algunas veces	7	17
Nunca	1	2
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

Según los resultados en la tabla N° 7, se tiene que en un mayor porcentaje del 36% sólo algunas veces sienten vitalidad al realizar sus actividades de orden físico, el 20% se han sentido muchas veces con vitalidad, el 17% sólo algunas veces se ha sentido con vitalidad, el 14% casi siempre ha sentido estar con mucha vitalidad, el 11% siempre se han sentido con mucha vitalidad y el 2% nunca se ha sentido lleno de vitalidad, presentando cansancio y desánimo.

Los resultados obtenidos, nos han permitido encontrar que en un acumulado del 55% los pacientes con insuficiencia renal crónica no se han sentido vitales para realizar sus actividades, y el porcentaje restante del 45% afirman haberse sentido vitales para continuar sus labores en forma normal, considerando que ellos reciben tratamiento ambulatorio de hemodiálisis en forma interdiaria.

TABLA N° 8

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN EL ESTADO FÍSICO. SERVICIO DE  
NEFROLOGÍA. HRHD. AREQUIPA, 2016**

Calidad de Vida	N°	%
Excelente	0	0
Muy Buena	0	0
Buena	20	46
Regular	24	54
Deficiente	0	0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En la tabla N° 8, podemos observar que los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan una calidad de vida regular con un 54% y una calidad de vida buena en un 46%, siendo desiertas las categorías de excelente, muy buena y deficiente.

Lo que nos permitiría afirmar, que los pacientes a pesar de su padecimiento, se encuentran optimistas frente al tratamiento de hemodiálisis que se les administra, en razón a que mientras se estén tratando podrán seguir teniendo una vida normal en cuanto a sus actividades físicas.

## 2.2. ESTADO MENTAL

TABLA N° 9

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA FUNCIÓN SOCIAL. SERVICIO DE  
NEFROLOGÍA. HRHD. AREQUIPA, 2016**

<b>Función Social</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Siempre	7	16
Casi siempre	7	16
Algunas veces	21	48
Casi nunca	6	13
Nunca	3	7
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En el tabla N° 9, podemos observar que el 48% de los pacientes con insuficiencia renal crónica han afirmado que su función social se ha visto algunas veces afectada, el 16% que siempre y casi siempre se vio afectada, un 13% que casi nunca se vio afectada y el 7% que nunca se vio afectado su función social.

Por lo que podemos deducir, que los pacientes con insuficiencia renal crónica consideran que su salud física y los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas, en forma regular.

TABLA N° 10

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN PRESENCIA DE PROBLEMAS EMOCIONALES. SERVICIO DE  
NEFROLOGÍA. HRHD, AREQUIPA, 2016**

<b>Presencia de Problemas Emocionales</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si presentó problemas emocionales	21	48
No presentó problemas emocionales	23	52
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En el tabla N° 10, podemos encontrar que en cuanto al rol emocional, el 52% considera que no vio reducido el tiempo que dedico a sus actividades a causa de algún problema emocional y el 48% considera que si se vio afectado.

Lo que nos indica, que los pacientes con insuficiencia renal crónica, en un porcentaje superior no han presentado problemas emocionales cómo estar triste, deprimido o nervioso.

TABLA N° 11

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN COMO PERCIBE SU SALUD MENTAL ACTUAL. SERVICIO DE  
NEFROLOGÍA. HRHD. AREQUIPA, 2016**

<b>Como percibe su Salud Mental</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Buena	9	21
Regular	25	57
Deficiente	10	22
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En el tabla N° 11, podemos observar que los pacientes con insuficiencia renal crónica en un 57% percibe que su salud mental es regular, un 22% que es deficiente y el 21% que es buena.

Lo que nos permite deducir, que el paciente con tratamiento ambulatorio de hemodiálisis, percibe que su salud mental es positiva, si consideramos que 34 de ellos están entre regular y buena, ya que no se han sentido nerviosos, ni tampoco su ánimo ha decaído, han estado tranquilos y sosegados.

Otro punto importante que se debe tomar en cuenta es el hecho de que 10 pacientes, si han visto afectado su estado mental, porque han estado nerviosos, decaídos y se han sentido desanimados y tristes.

Consideramos importante recalcar que el impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/>

TABLA N° 12

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN EL ESTADO EMOCIONAL.  
SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD  
AREQUIPA, 2016**

Calidad de Vida	N°	%
Excelente	0	0
Muy Buena	4	9
Buena	37	84
Regular	3	7
Deficiente	0	0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

En la tabla N° 12, podemos encontrar que los pacientes con insuficiencia renal crónica en cuanto a su estado emocional, presentan una calidad de vida buena con un 84% y una calidad de vida muy buena en un 9%, y regular en un 7%.

Resultados que nos permiten comprender que los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, emocionalmente presentan mayor adaptación a su enfermedad y que el mismo no los limita y les permite seguir su vida en familia, con sus amigos y en general con la comunidad de una forma normal.

### 2.3. VISION DE LA CALIDAD DE VIDA

TABLA N° 13

**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INVESTIGADOS  
SEGÚN NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LO FÍSICO Y EMOCIONAL.  
SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HRHD. AREQUIPA, 2016**

Calidad de Vida	N°	%
Excelente	0	0
Muy Buena	2	4
Buena	28	64
Regular	14	32
Deficiente	0	0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Arequipa, 2016

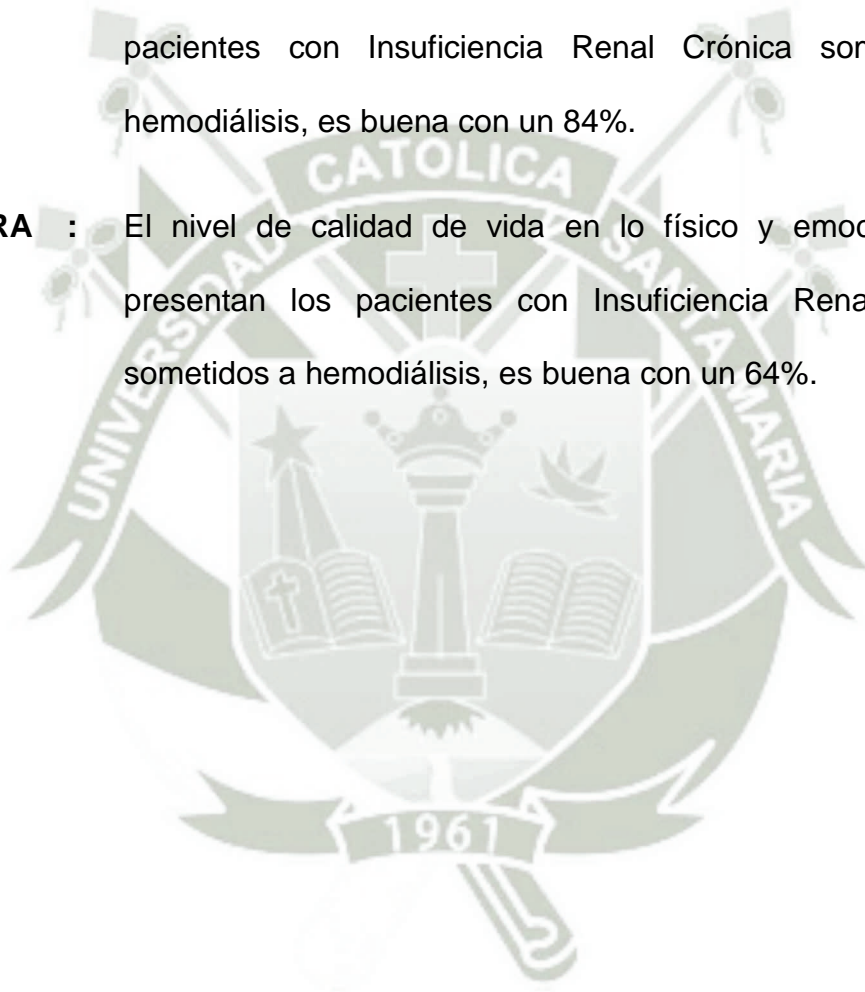
En el tabla N° 13, podemos observar que un 64% de pacientes con insuficiencia renal crónica consideran que tienen una calidad de vida buena; un 32% que es regular y un 4% que tienen una muy buena calidad de vida.

Los resultados obtenidos nos permiten afirmar, que los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento ambulatorio de hemodiálisis tienen una buena percepción de la calidad de vida.

Lo que es muy positivo, considerando que son pacientes que tienen que llevar el tratamiento para seguir teniendo un vida normal y están a la espera de un trasplante de riñón.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** : El nivel de calidad de vida en el estado físico en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis es regular con un 54%.
- SEGUNDA** : El nivel de calidad de vida en el estado emocional en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis, es buena con un 84%.
- TERCERA** : El nivel de calidad de vida en lo físico y emocional que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis, es buena con un 64%.



## RECOMENDACIONES

1. Al Director del Hospital Regional Honorio Delgado y al Jefe del Servicio de Nefrología, se programe la realización de Charlas Educativas dirigidas a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familiares, donde se les pueda brindar la oportunidad de poder conocer más sobre su enfermedad y sobre los cuidados que debe tener en cuanto a Nutrición e Higiene.
2. A los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento ambulatorio de Hemodiálisis, que se atiende en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, se les recomienda que fortalezcan su actual calidad de vida, tomando en consideración las sugerencias que le hace el equipo multidisciplinario de salud, en cuanto a su nutrición, al cuidado que deben tener con su acceso vascular, a su medicación y a la realización de actividad física.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arce Bustabad S. Trasplante Renal y Enfermedad Renal Crónica. Cuba: Ciencias Médicas; 2009.
2. Ayala Milla, V. Insuficiencia Renal Aguda y Crónica. España: Lulu.com; 2012.
3. Cueto – Cortéz – Martínez – Rojas. Enfermedad Renal Crónica Temprana. Prevención, diagnóstico y tratamiento. México: Editorial Medica Panamericana; 2013.
4. López Morales, Ramón. Insuficiencia Renal Crónica: El Asesino Invisible. España: Libro para todos; 2007.
5. Mercado Martínez F., Hernández-Ibarra E. Crónica de la Enfermedad Renal, voces que viven y escuchan el padecimiento. México: Universidad de Guadalajara; 2016.
6. Treviño Becerra A, y colaboradores. Nutrición Clínica en Insuficiencia Renal Crónica y Trasplante Renal. 3era Edición: España: Visión Internacional; 2014.

## HEMEROGRAFÍA

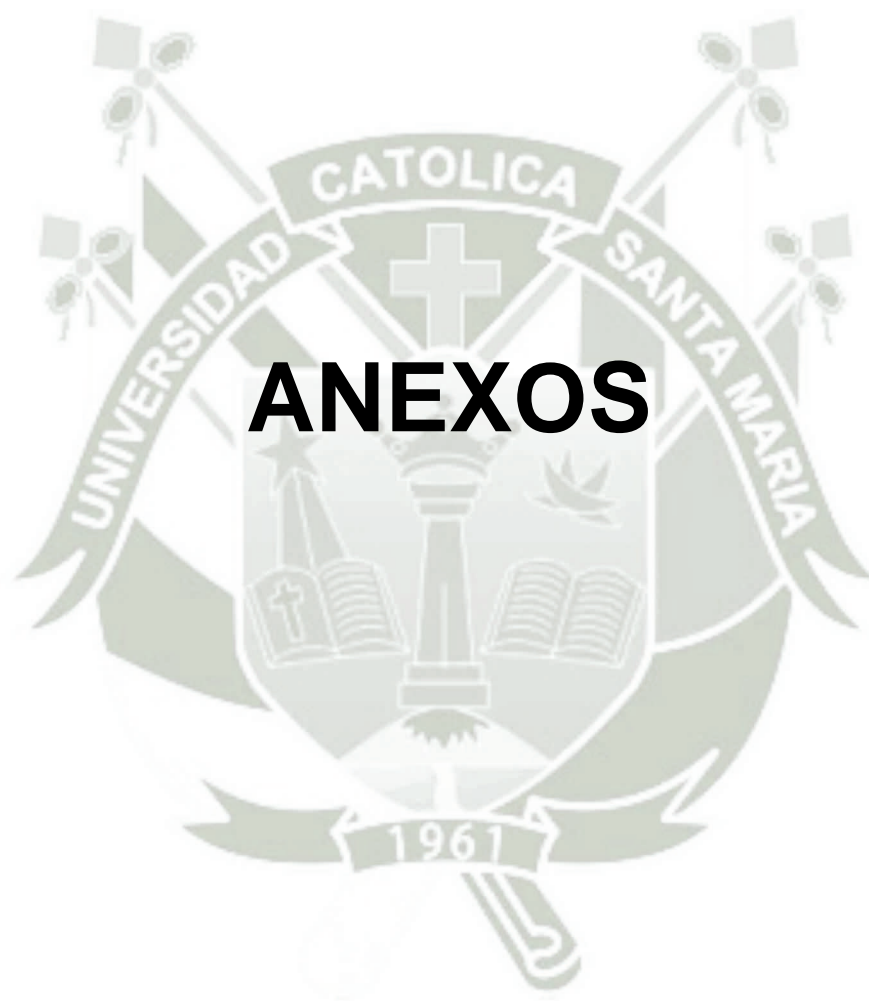
7. Alvarez, U. de F.; Vicente, E. y Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. Revista de Nefrología, Vol. 15, N° 6. 572-580 pp. 2001.
8. Gómez, M. y Sabeh, E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid, Rialp. 2000.
9. Iborra, M. Carmelo y Corbí, R. Daniel. Calidad de vida de los pacientes dializados: Revisión bibliográfica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Cuarto trimestre, N° 4, 58 pp. 1998
10. Lugones, M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Revista Cubana Medicina General Integral, 4. 2010

11. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería. 2. www.udec.cl/publicaciones/cye. 2003.
12. Velarde, E. Ávila, C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México, 44 (4), 349-361. 2002

### **INFORMATOGRAFÍA**

13. Alonso J. y L. Prieto. 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>.





# ANEXOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO

CALIDAD DE VIDA SF-36

Dr. Alonso J. Presto - España

<b>Edad</b>	25 – 35 años	( )
	36 – 45 años	( )
	46 – 55 años	( )
	56 a 65 años	( )
	66 a más	( )
<b>Género</b>	Masculino	( )
	Femenino	( )

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está segura de cómo responde a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

- En general ¿diría que su salud es:  
**(marque solamente una respuesta)**  
Excelente ( )  
Muy buena ( )  
Buena ( )  
Regular ( )  
Mala ( )
- Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?  
**(marque solamente una respuesta)**  
Mucho mejor ahora que hace un año ( )  
Algo mejor ahora que hace un año ( )  
Más o menos igual ahora que hace un año ( )  
Algo peor ahora que hace un año ( )  
Mucho peor ahora que hace un año ( )

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico.  
¿Lo limita su estado de salud actual para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?  
**(marque una respuesta en cada línea)**

	Sí, me limita mucho	Si me limita un poco	No, no me limita en absoluto
3. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.	( )	( )	( )
4. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling (boliche) o al golf, o trabajar en el jardín.	( )	( )	( )
5. Asistir a reuniones sociales	( )	( )	( )
6. Pasear con amigos	( )	( )	( )
7. Ir a fiestas	( )	( )	( )
8. Doblarse, arrodillarse o agacharse	( )	( )	( )
9. Caminar más de una milla	( )	( )	( )
10. Caminar varias cuadras	( )	( )	( )
11. Caminar una cuadra	( )	( )	( )
12. Bañarse o vestirse	( )	( )	( )

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

**(marque una respuesta en cada línea)**

	Si	No
13. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades, a causa de su salud física	( )	( )
14. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado, a causa de su salud física	( )	( )
15. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades que puede hacer, a causa de su salud física.	( )	( )
16. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividad (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)	( )	( )

Durante las últimas 4 semanas. ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

**(marque una respuesta en cada línea)**

	Si	No
17. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades por algún problema emocional		
18. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado por algún problema emocional		
19. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)		

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

**(marque solamente una respuesta)**

- ( ) Nada en absoluto
- ( ) Ligeramente
- ( ) De vez en cuando
- ( ) Bastante
- ( ) Extremadamente

21. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?

**(marque solamente una respuesta)**

- ( ) Ningún dolor
- ( ) Muy poco
- ( ) Poco
- ( ) Moderado
- ( ) Severo
- ( ) Muy severo

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

**(marque solamente una respuesta)**

- ( ) Nada en absoluto
- ( ) Un poco
- ( ) De vez en cuando
- ( ) Bastante
- ( ) Extremadamente

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas?  
**(marque una respuesta en cada línea)**

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
23. se ha sentido lleno de vitalidad?						
24. se ha sentido muy nervioso?						
25. se ha sentido tan decaído de ánimo que nada						
26. se ha sentido tranquilo y sosegado?						
27. ha tenido mucha energía?						
28. se ha sentido desanimado y triste?						
29. se ha sentido agotado?						
30. se ha sentido feliz?						
31. se ha sentido cansando?						

32. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?  
**(marque solamente una respuesta)**

- ( ) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Algunas veces
- ( ) Casi nunca
- ( ) Nunca

¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?  
**(marque una respuesta en cada línea)**

	Definitivamente cierta	Mayormente cierta	No sé	Mayormente falsa	Definitivamente falsa
33. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente					
34. Tengo tan buena salud como cualquier otra persona					
35. Creo que mi salud va a empeorar					
36. Mi salud es excelente					

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación, titulado: **"NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA. 2016"** el cual tiene como objetivo informar de la actual calidad de vida que Ud. posee y en base a los datos obtenidos poder proponer una mejora en cuanto a la atención que recibe y lograr que su calidad de vida sea más satisfactoria.

Se hace de su conocimiento que, durante la aplicación del instrumento, Ud. es libre de suspender su aplicación, si lo cree por conveniente, por lo que puede retirarse del estudio y esto no le generará problema alguno en cuanto a su atención en el Hospital.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee (un amigo, un familiar de confianza, etc.) Si usted tiene preguntas puede hacerlas directamente al investigado del estudio, quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta forma para poder participar en el estudio. Su decisión de que es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar o no en el estudio.

Este estudio es anónimo, por lo cual no se le pedirán sus datos personales, por lo cual una vez recogido el consentimiento informado recién se procederá a hacerle entrega de la encuesta.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del participante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Participante**

**Investigadores responsables:**

MIHAIL MELCHOR VILLAGRA GAMARRA

ZADITH LENKA ARENAS LOZA

**Firma de los investigadores:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CONSTANCIA

LA QUE SUSCRIBE ENFERMERA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA.

### HACE CONSTAR:

Que los Bachilleres de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María Arequipa; Sr. MIHAIL MELCHOR VILLAGRA GAMARRA y la Srta. ZADITH LENKA ARENAS LOZA, con autorización realizo el Proyecto de Tesis titulado "NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SOMETIDOS A HEMODIALISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA – 2016, han realizado la recolección de datos de la investigación a través de la encuesta como técnica a utilizar, aplicando el cuestionario sobre escala de vida SF36 como instrumento a los pacientes que asisten a la Terapia de sustitución Renal en la Unidad de Hemodialisis, durante el periodo del 14 al 19 de julio del año 2016 en los horarios de atención de 06:00 a 21:00 horas de lunes a sábado.

Demostrando respeto, amabilidad y responsabilidad durante la recolección de datos.

Se expide la presente a solicitud de la interesada, no teniendo valor oficial para acción judicial contra el Estado.

Arequipa, 16 de setiembre de 2016

MRV/ngc.  
cc.archivo.

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
Hospital Regional Honorio Delgado  
  
LIC. MANUELA RONDON VERA  
Esf. Jefe Departamento de Enfermería  
C.E.P. 14325

Hospital Regional "Honorio Delgado" Arequipa  
Dirección General

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

Arequipa 8 de Julio del 2016

Oficio N° 2016 GRA/GRS/GR-HRHD/DG/ODCI

Señores  
MIHAIL MELCHOR VILLAGRA GAMARRA  
ZADITH LENKA ARENAS LOZA



Presente -

Asunto: Autorización Proyecto de Tesis  
Of.ref.N°: 526 - 2016 GRA/GRS/GR-HRHD/DG/ODE

Es grato dirigirme a usted para saludarla muy cordialmente y visto el documento de la referencia, hago de su conocimiento que el Departamento de Enfermería y el Presidente del Comité de Ética y la Dirección de nuestro Hospital, accede a su solicitud para la realización del Proyecto de Tesis "NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SOMETIDOS A HEMODIALISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA-2016

Así mismo, debo comunicarles que deberán presentarse en la oficina de Capacitación, Docencia e Investigación para la continuidad de los tramites y pago correspondiente; además que deberán entregar un ejemplar del informe final del Trabajo de Investigación a la Oficina de Capacitación en forma impresa y magnética, así como al Departamento respectivo.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
Hospital Regional Honorio Delgado

Dr. CESAR O. MOLINA NUÑEZ  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 11622

Av. General Andrés Bello N° 578 - Arequipa  
Teléfonos: 054-233517 Dirección General  
054-231618 - 054-219702



*Universidad Católica de Santa María*

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

## INFORME N° 0613 -CB- 2016

**A** : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ  
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

**De** : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

**Asunto** : Evaluación de la Producción Intelectual

**Expediente** : 2016-0613

**Fecha** : 6 de septiembre de 2016

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SOMETIDOS A HEMODIALISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2016

Autor(es):

**VILLAGRA GAMARRA MIHAIL MELCHOR/ARENAS LOZA ZADITH LENKA**

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **20 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

FECHA  
**06 SEP 2016**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

  
PROF. AMÉRICO HERRERA VERA  
Coordinación del Centro de Información y Bibliotecas



# MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES

	Sexo		Edad						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
	M	F	25-35	36-45	46-55	56-65	66a+																											
1	1					1		3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	4	2	2	5	5	2	
2		1					1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1	1	1	2	1	4	4	2	1	1	4	3	
3	1				1			4	3	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	3	2	2	6	6	2	
4	1				1			3	4	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	5	6	2	3	
5	1					1		3	2	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	2	2	6	4	2		
6	1						1	3	2	1	1	3	1	1	2	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	3	3	2	4	6	2	4		
7		1					1	5	5	1	1	2	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	5	4	5	5	1	1	5		
8	1					1		3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	4	3	2	5	3	3	4		
9	1						1	3	2	2	2	3	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2	5	4	3		
10		1					1	3	2	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	2	2	2	1	1	4	4	4	4	2	4	4		
11	1				1			4	2	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	6	5	1		
12	1					1		4	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	4	5	3	2	4		
13		1					1	3	1	1	1	2	3	3	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	4	5	3		
14	1						1	5	4	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	4	4	4	5	6	3	4			
15	1					1		4	2	1	1	2	2	2	3	3	3	3	1	1	2	1	2	2	3	3	2	4	4	4	4	3		
16	1						1	3	1	1	1	1	2	1	1	3	3	3	3	1	1	1	1	1	4	4	4	4	5	3	5			
17		1			1			4	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	2	2	3	3	3	4	6	6	4			
18		1				1		5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	3	3	2	1	5	3	4			
19		1					1	3	3	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	1	1	1	1	1	4	3	4	6	6	1	4			
20	1						1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	4	3	5	3	4			
21	1			1				3	2	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1	1	2	2	2	3	2	3	4	4	4	2		
22		1			1			4	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	2	2	3	2	3	4	4	4	3		
23	1			1				3	2	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1	1	2	2	3	4	4	3	5	6	4			
24	1					1		5	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	6	4	3		
25	1					1		3	4	3	2	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	2	2	4	2	3	3	1	5	2		
26	1						1	3	3	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	1	6	4	1			
27	1						1	3	3	1	1	2	3	3	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	2	4			
28		1					1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	2	3	2	3	3	4	4	3		
29		1					1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	2	2	4	4	4	3	4	5	4		
30	1						1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3	3	4	5	4	3			
31	1						1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	4	3	4				
32	1						1	3	3	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	3	4	3	4	4			
33		1					1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	4	5	4	4			
34		1					1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	3	3	4	2	5			
35	1					1		3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	4	4	4			
36	1						1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	5	3	4			
37	1						1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	4	5	2	4			
38		1					1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	4	3	2	3	5	3	4			
39	1						1	3	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	2	3	2	1	6	4	3			
40	1				1			4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	2	2	3	2	3	4	5	4	2		
41	1					1		4	5	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	2	2	3	3	1	3	3	3			
42		1					1	4	4	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	4	3	2	2	4			
43	1				1			3	1	1	1	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	5	5	2	
44	1					1		3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	5	2	3	4			

27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
2	5	5	1	5	3	4	2	4	2	84
5	4	4	2	4	3	4	2	4	4	84
4	6	4	2	4	3	2	2	4	2	92
5	2	4	1	4	3	1	4	4	2	84
2	5	2	2	2	3	2	4	4	2	79
4	2	4	5	4	3	1	4	4	4	90
5	1	1	5	1	1	1	5	1	5	84
5	3	3	6	3	1	2	3	3	4	84
3	4	4	2	4	3	5	2	5	2	90
4	2	4	5	4	2	2	4	5	1	94
3	5	5	3	5	4	4	1	5	2	99
5	2	2	5	2	1	2	4	2	4	79
4	4	4	3	4	3	2	4	3	4	92
5	3	4	3	1	1	5	5	1	5	92
4	5	4	4	4	3	5	1	2	4	99
4	4	3	4	3	2	5	2	5	3	92
2	6	5	4	3	3	4	5	2	1	106
4	5	3	4	3	2	4	2	4	4	88
6	1	1	6	1	1	5	4	5	2	91
4	3	3	4	3	4	2	3	3	2	81
4	4	5	3	5	2	4	2	5	1	99
4	4	5	4	5	4	4	3	2	2	105
4	6	6	1	4	4	4	1	5	1	106
4	6	2	1	2	4	2	2	3	1	90
2	4	3	3	3	3	2	2	2	2	81
1	4	4	1	5	5	3	1	3	1	84
4	1	1	4	1	2	4	2	5	1	86
4	5	4	3	4	3	3	2	3	1	85
3	4	4	3	4	4	3	2	4	2	92
4	4	3	4	3	3	3	3	4	2	82
3	5	4	3	4	3	3	2	4	2	80
3	4	4	3	4	3	3	2	4	2	83
3	4	3	2	4	3	3	2	3	3	79
4	4	5	4	4	3	3	3	2	3	86
4	3	2	4	3	2	3	4	3	2	76
3	4	4	2	5	3	3	4	3	2	81
3	4	2	4	2	3	4	3	4	3	80
4	3	3	4	3	3	1	5	4	4	85
3	4	4	2	4	3	4	1	4	2	80
2	4	4	2	4	5	4	1	5	2	103
2	3	4	2	4	2	2	2	5	1	80
5	2	2	4	2	1	4	1	1	4	77
2	5	4	1	4	5	4	1	5	2	93
5	2	3	4	4	1	4	5	4	5	86



ESTADO FÍSICO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	21	22	33	34	35	36	43	
3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	4	2	4	2	4	4	2	45
2	3	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1	1	4	2	4	2	4	4	4	46
4	3	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1	1	1	1	3	2	2	2	4	2	4	45
3	4	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	3	2	1	4	4	4	2	40
3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	3	2	2	4	4	4	2	46
3	2	1	1	3	1	1	2	2	2	3	3	1	1	1	1	3	2	1	4	4	4	4	50
5	5	1	1	2	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	5	1	5	1	5	5	38
3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	3	2	2	3	3	4	4	48
3	2	2	2	3	3	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	2	5	2	5	2	5	51
3	2	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1	1	2	2	4	4	2	4	5	1	5	41
4	2	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	1	2	1	1	2	2	4	1	5	2	2	48
4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	4	2	4	2	4	2	41
3	1	1	1	2	3	3	1	1	2	3	2	1	1	1	1	4	4	2	4	3	4	4	50
5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	4	4	5	5	1	5	5	51
4	2	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	1	1	2	1	3	2	5	1	2	4	4	48
3	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	1	1	1	1	4	4	5	2	5	3	3	54
4	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	3	3	4	5	2	1	1	54
5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	2	4	2	4	4	4	45
3	3	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	1	1	1	1	3	4	5	4	5	2	2	51
2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	2	3	3	2	2	36
3	2	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1	1	2	2	3	4	2	5	1	1	53
4	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	2	3	4	3	2	2	2	55
3	2	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1	1	1	4	4	4	1	5	1	1	54
5	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	50
3	4	3	2	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	42
3	3	2	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	3	1	1	43
3	3	1	1	2	3	3	3	2	2	2	3	1	1	1	1	4	4	4	2	5	1	1	52
3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	3	3	2	3	1	1	39
3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	4	4	3	2	4	2	44
3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	3	3	3	4	2	2	40
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3	2	4	2	2	36
3	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	3	3	2	4	2	2	39
2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	3	2	3	2	3	3	3	38
3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	4	3	3	3	2	3	3	41
3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	3	4	3	2	2	38
2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	3	4	3	2	2	37
3	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	3	2	4	3	4	3	3	42
2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	3	2	1	5	4	4	4	43
3	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	3	1	1	1	1	3	2	4	1	4	2	2	41
4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	2	3	4	1	5	2	2	50
4	5	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	3	3	2	2	5	1	1	44
4	4	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	1	1	4	4	42
3	1	1	1	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	4	1	5	2	2	51
3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	5	4	5	5	46

CALIDAD DE VIDA  
ESTADO FÍSICO

Excelente	73 - 85
Muy buena	60 - 72
Buena	46 - 59
Regular	33 - 45
Mala	24 - 32

Máximo	85 pts
Mínimo	74 pts

	Max	Min
Preg 1	5	1
Preg 2	5	1
Preg 3-12	36	12
Preg 13-16	8	4
Preg 21	6	1
Preg 22	5	1
Preg 33-36	20	4
	<hr/>	<hr/>
	85	24

ESTADO MENTAL

17	18	19	20	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
1	1	1	3	2	5	5	2	2	5	5	1	5	3	41
1	2	1	4	1	1	4	3	5	4	4	2	4	3	39
1	1	1	4	2	6	6	2	4	6	4	2	4	3	46
1	1	1	3	5	6	2	3	5	2	4	1	4	3	41
2	2	2	3	2	6	4	2	2	5	2	2	2	3	39
1	1	1	3	4	6	2	4	4	2	4	5	4	3	44
1	1	1	5	5	1	1	5	5	1	1	5	1	1	34
2	2	2	4	5	3	3	4	5	3	3	6	3	1	46
2	2	2	2	2	5	4	3	3	4	4	2	4	3	42
2	1	1	4	4	2	4	4	4	2	4	5	4	2	43
2	2	2	2	1	6	5	1	3	5	5	3	5	4	46
1	1	1	4	5	3	2	4	5	2	2	5	2	1	38
1	1	1	4	3	4	5	3	4	4	4	3	4	3	44
1	1	1	4	5	6	3	4	5	3	4	3	1	1	42
2	2	2	3	4	4	4	3	4	5	4	4	4	3	48
1	1	1	4	4	5	3	5	4	4	3	4	3	2	44
2	2	2	3	4	6	6	4	2	6	5	4	3	3	52
2	2	2	3	1	5	3	4	4	5	3	4	3	2	43
1	1	1	4	6	6	1	4	6	1	1	6	1	1	40
2	2	2	3	3	5	3	4	4	3	3	4	3	4	45
2	2	2	3	4	4	4	2	4	4	5	3	5	2	46
2	2	2	3	4	4	4	3	4	4	5	4	5	4	50
2	2	2	3	3	5	6	4	4	6	6	1	4	4	52
2	2	2	1	1	6	4	3	4	6	2	1	2	4	40
2	2	2	4	3	1	5	2	2	4	3	3	3	3	39
2	2	2	3	1	6	4	1	1	4	4	1	5	5	41
1	1	1	4	4	4	2	4	4	1	1	4	1	2	34
2	2	2	3	3	4	4	3	4	5	4	3	4	3	46
2	2	2	4	3	4	5	4	3	4	4	3	4	4	48
1	1	1	2	4	5	4	3	4	4	3	4	3	3	42
2	2	2	2	3	4	3	4	3	5	4	3	4	3	44
2	2	2	2	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	44
1	1	1	2	4	5	4	4	3	4	3	2	4	3	41
1	1	1	4	3	4	2	5	4	4	5	4	4	3	45
1	1	1	2	3	4	4	4	4	3	2	4	3	2	38
2	2	2	2	3	5	3	4	3	4	4	2	5	3	44
1	1	1	2	4	5	2	4	3	4	2	4	2	3	38
1	1	1	4	3	5	3	4	4	3	3	4	3	3	42
1	1	1	2	1	6	4	3	3	4	4	2	4	3	39
2	2	2	3	4	5	4	2	2	4	4	2	4	5	45
2	2	2	3	1	3	3	3	2	3	4	2	4	2	36
1	1	1	5	3	2	2	4	5	2	2	4	2	1	35
2	2	2	1	2	5	5	2	2	5	4	1	4	5	42
1	1	1	4	5	2	3	4	5	2	3	4	4	1	40

CALIDAD DE VIDA  
ESTADO EMOCIONAL

Excelente	59 - 70
Muy buena	48 - 58
Buena	37 - 47
Regular	25 - 36
Mala	12 - 24

Máximo	70 pts
Mínimo	12 pts

	Max	Min
Preg 17-19	6	1
Preg 20	5	1
Preg 23-31	54	9
Preg 30	5	1
	<hr/>	<hr/>
	70	12