FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DEENFERMERIA

TESIS

CONOCIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ADULTOS MADUROS DE 50 -59 AÑOS DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018

PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA DE ENFERMERÌA

Autora:

Bach. Espinoza Gálvez Yanelita

Asesora:

Dra. Rivera Castañeda Patricia Margarita

Líneas de investigación

Gestión, seguridad y calidad del cuidado

Chiclayo

Pimentel 2019

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres y hermanos por su apoyo y sacrificio en todos estos años gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí con mi educación.

A mis profesores pro brindarme los conocimientos y apoyo cada día para fortalecer mi sabiduría. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud y sabiduría y permitir llegar a culminar mis estudios.

A mis padres quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mis hermanos por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este tiempo de estudio.

A los (a) docentes de la Escuela de enfermería, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a la profesora Patricia Margarita Rivera Castañeda tutora del trabajo de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente.

RESUMEN

Con el objetivo de Determinar la relación entre conocimiento y la calidad de vida de los adultos maduros de 50 a 59 años con enfermedad renal crónica, atendidos en el Servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Lambayeque, 2018, se realizó el presente trabajo de investigación, de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte transversal en una muestra de 51 pacientes con Enfermedad Renal Crónica, obteniendo como resultado que:

La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 54,61 + 3,59 años, 66,7% son del sexo femenino y el 33,3% masculino, el 74,5% de los pacientes presentó Buen nivel de conocimiento sobre ERC.

Según la dimensión Salud Física, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida Alta (37,3%), seguido de calidad de vida muy baja y baja con 25,5% c/u respectivamente. Según la dimensión Relaciones interpersonales, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida media (37,3%). Según la dimensión Independencia para realizar actividades, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida baja (39,2%). Según la dimensión satisfacción por la vida, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida muy baja (74,5%). Según la Calidad de vida Global de los pacientes con ERC, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida baja (49%), seguido de calidad de vida muy baja (31,4%) y solo el 2% presentó Calidad de vida Alta.

No se encontró relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos sobre ERC y la calidad de vida por las dimensiones salud física, Relaciones Interpersonales e Independencia de actividades ($p > 0,05$), la dimensión Satisfacción por la vida si tuvo relación estadística significativa ($p < 0,05$); y sí se encontró relación estadística significativa entre la calidad de vida Global y el nivel de conocimientos sobre ERC ($p < 0,05$); la mayor Calidad de vida Global Alta lo presentaron los pacientes con nivel de conocimientos Muy bueno (33,3%).

Palabras Clave: Insuficiencia renal, calidad de vida, Salud física, relaciones interpersonales, independencia de actividades, satisfacción por la vida

ABSTRACT

With the aim of determining the relationship between the level of knowledge and the quality of life of mature adults aged 50 to 59 years with chronic kidney disease, attended at the Lambayeque Regional Hospital, 2018, the present research work was carried out. cuantitative, descriptive, prospective, cross section in a sample of 51 patients with Chronic Kidney Disease, obtaining as a result that:

The average age of the patients studied was 54.61 + 3.59 years, 66.7% were female and 33.3% were male, 74.5% of the patients had a good level of knowledge about CKD.

According to the Physical Health dimension, the highest percentage presented High Quality of Life (37.3%), followed by very low and low quality of life with 25.5% each, respectively. According to the Interpersonal relationships dimension, the highest percentage presented Average quality of life (37.3%). According to the Independence dimension to carry out activities, the highest percentage presented Low quality of life (39.2%). According to the satisfaction dimension for life, the highest percentage presented very low quality of life (74.5%). According to the Global Quality of Life of patients with CKD, the highest percentage presented low quality of life (49%), followed by very low quality of life (31.4%) and only 2% presented High quality of life.

No statistically significant relationship was found between the level of knowledge about CKD and the quality of life due to the dimensions of physical health, interpersonal relations and independence of activities ($p > 0.05$), the Satisfaction for life dimension if it had a significant statistical relationship ($p < 0.05$); and a statistically significant relationship was found between the Global quality of life and the level of knowledge about CKD ($p < 0.05$); The highest Global Quality of Life was presented by patients with a very good level of knowledge (33.3%).

Keyword: Renal insufficiency, quality of life, physical health, interpersonal relationships, independence of activities, satisfaction with life.

INDICE

DEDICATORIA 1
AGRADECIMIENTO 2
RESUMEN 3
ABSTRACT 4
I. INTRODUCCIÓN 1
1.1. Realidad Problemática 3
1.2. Trabajos previos 6
1.3. Teorías relacionadas al tema 11
1.3.1. Modelo de los procesos vitales de Martha Rogers 11
1.3.2. Modelo de Barrera et al[36] para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica: 12
1.3.3. Teoría del conocimiento 18
1.3.4. Enfermedad Renal Crónica (ERC). 19
1.3.5. CALIDAD DE VIDA 28
1.4. Formulación del problema 30
1.5. Justificación e importancia del estudio 30
1.6. Hipótesis 31
1.7. Objetivos 32
1.7.1. Objetivo general 32
1.7.2. Objetivos específicos 32
II. MÉTODO 32
2.1. Tipo y diseño de investigación. 32
2.2. Población y muestra 34
2.3. Variables, Operacionalización. 35
2.3.1. Operacionalización de Variables: 36
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad. 37
2.5. Métodos de análisis de datos. 41
2.6 Aspectos éticos. 41
2.7. Criterios de rigor científico 41
III. RESULTADOS 42
CONCLUSIONES 55
RECOMENDACIONES 55
Referencias Bibliográficas: 56
Anexos 65

I. INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), es un problema de salud pública que afecta la Calidad de Vida de las personas, por su condición clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que destruye de forma irreversible las nefronas y lleva a la insuficiencia de la función excretora y reguladora de los riñones, proceso que afecta en los aspectos biológicos, físicos y emocionales de los pacientes[1].

La Adultez, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad. El hombre alcanza la etapa plena de desarrollo humano, se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones, El envejecimiento poblacional es un éxito de todos los países a medida que se desarrollan. Este proceso implica un desafío médico y sociofamiliar nunca antes vivido por la humanidad y que los países van enfrentando a diferentes ritmos según sus capacidades[2].

El presente estudio de investigación pretende relacionar la información o conocimiento que tienen las personas adultas acerca de la enfermedad renal y su calidad de vida en estos pacientes, para ello se ha planteado un esquema de estudio que consiste en tres capítulos debidamente desarrollados de acuerdo al esquema de investigación cuantitativa, los cuales son:

Capítulo I: Introducción al tema, seguido de un análisis de la realidad problemática del tema de estudio basado en datos tanto internacionales como nacionales, para lo cual se ha hecho un análisis de trabajos previos tanto internacionales, como nacionales, así como un resumen de las diferentes teorías relacionadas al tema de estudio, empezando con el análisis de las teorías de investigación relacionadas con la enfermería como el Modelo de los procesos vitales de Martha Rogers y el Modelo de Barrera et al; el sustento teórico de las variables, nivel de conocimiento sobre enfermedad renal crónica y la calidad de vida con sus características respectivas así como una definición de los términos más usualmente utilizados, planteando para ello la Formulación del problema con su respectiva justificación e importancia del estudio, planteamiento de las respectivas hipótesis, asi como los objetivos general y específicos.

Capítulo II: Metodología de estudio, donde se plantea el Tipo y diseño de investigación, las Variables de estudio con su respectiva Operacionalización. Delimitación de la población y cálculo de la muestra de estudio a analizar con sus respectivas técnicas e instrumentos diseñados para la recolección de datos debidamente validados por juicio de expertos y confiables; detallando el método de Análisis de los datos a recoger, teniendo en cuenta los aspectos éticos y criterios de rigor científico necesarios.

Capítulo III. Administración del proyecto de investigación, el mismo que consta de la propuesta de presupuesto económico debidamente detallado con su fuente de financiamiento y el respectivo cronograma de actividades a realizar.

Terminando el proyecto con su respectiva bibliografía consultada y citada y detalle de los anexos a utilizar para recolectar los datos necesarios para el presente estudio

1.1. Realidad Problemática

El envejecimiento se caracteriza por un deterioro biológico y aumento de los problemas de salud, como resultado de la interacción de los factores genéticos, ambientales, hábitos alimenticios, actividad física y presencia de algunas enfermedades[3].

La salud se ha convertido en una de las crecientes preocupaciones asociadas a la población mayor. En la medida en que el proceso de envejecimiento se va desarrollando, se incrementan las probabilidades de padecer alguna enfermedad, especialmente de tipo crónico-degenerativa, lo que puede afectar la capacidad funcional, disminuyendo así el nivel de autonomía e independencia[2].

Actualmente las investigaciones se abocan en el estudio de los factores que pueden afectar la calidad de vida de las personas, en la medida en que esta se convierte en un indicador de envejecimiento satisfactorio[4].

antecedentes de estudio

En España, la Insuficiencia Renal Crónica, es un problema de salud pública muy importante por su creciente incidencia y prevalencia, últimamente afecta a 2 de cada 10.000 personas y se espera que en los próximos diez años el número de pacientes que necesiten de diálisis o trasplante renal se duplique[1].

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), es un problema de salud pública que, entre otras causas, afecta la Calidad de Vida de las personas, tiene una prevalencia a nivel mundial de entre el 10% y el 16% en la población adulta[6], con frecuencia similar en ambos sexos. La tasa de incidencia en América Latina, es de 188 casos por millón de personas, siendo la diabetes su principal causa[4, 5].

En Guatemala, es una enfermedad que se incrementa cada vez más en la población, siendo la quinta causa de mortalidad general, y consume el 40% del presupuesto del Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS) [7].

En el Salvador en el 67% de éstos pacientes su causa es desconocida y tiene una relación de 3,1 entre hombres y mujeres entre 36 y 60 años[8].

La Calidad de Vida combina elementos subjetivos (satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones: bienestar, felicidad y satisfacción con la vida), satisfacción que depende, en gran parte, de la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales de la persona[9], y elementos objetivos (condiciones de vida de una persona, que incluye aspectos del funcionamiento social, tales como, empleo e independencia[10], nivel de vida e indicadores sociales[11].

La insuficiencia renal crónica (IRC) "es el proceso de disminución progresiva e irreversible en el número de nefronas funcionales que lleva a una incapacidad renal para realizar las funciones depurativa, excretora, endocrina-metabólica y reguladora del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base[12]".

El daño estructural se evidencia por la presencia de proteinuria, y la medida de la función renal es la tasa de filtración glomerular (TFG) medida con la depuración de creatinina convencionalmente[12].

Actualmente no tiene cura, pero, las terapias desarrolladas para su tratamiento logran mantener y prolongar la vida de las personas afectadas. La terapia más utilizada a nivel mundial y en el Perú es la hemodiálisis, tratamiento muy complejo, exigente, que puede llegar a ser muy restrictivo e implica cambios profundos en el desarrollo de la vida[13], cuyo objetivo no es sólo prolongar la vida, sino mejorar sus condiciones, y para lograrlo es necesario que los adultos se adhieran a su tratamiento[13].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estima, que entre el 10% a 16% de la población mundial padece de Insuficiencia Renal Crónica (IRC), siendo 300 millones con Insuficiencia Renal Crónica lo que obliga a adoptar medidas urgentes para revertir o apalear el estado del adulto con insuficiencia renal crónica[14, 15]

A nivel nacional,

La Sociedad Peruana de Nefrología (SPN), refiere que aproximadamente el 13% de peruanos mayores de 20 años de edad presentan Insuficiencia Renal Crónica, y según la información de junio del 2014 a junio del 2015, 78,5% recibe hemodiálisis en ESSalud, 16,7% en el MINSA (SIS), 5,8% en las Fuerzas Armadas (FFAA) y solo 0,3% lo realizan de forma privada[16, 17].

En el año 2016 en el Departamento de La Libertad el 55,5% de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica reciben hemodiálisis en ESSALUD y 10,8% en el MINSA, en el periodo 2016 - 2017, solo en Trujillo hay un total de 421 pacientes que reciben tratamiento hemodialítico en las instituciones que prestan este servicio: Hospital Víctor Lazarte Echegaray (153), Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta (07), Clínica San Luis (20), Clínica nefrológica (40); y Clínica Sánchez Ferrer (24), Centro de Hemodiálisis Virgen de la Puerta - ESSALUD (120), Centro de Hemodiálisis Virgen de la Puerta - MINSA (57) que atienden a pacientes asegurados y público en general[17].

El conocer la calidad de vida y su evaluación a nivel individual y de grupos se ha convertido en un factor importante para identificar las necesidades de las personas, evaluar el impacto de las condiciones sociales y ambientales y proveer información para optimizar decisiones políticas[18]. Existen indicadores que evalúan la calidad de vida, siendo necesario contar con instrumentos válidos y confiables para estimar la calidad de vida a nivel local[18].

La mayor parte de las personas en el Mundo Mayoritario o en Desarrollo no satisface sus necesidades básicas. Por lo que, “el concepto de calidad de vida se debe considerar dentro de una perspectiva cultural, que cambia con la cultura, época y grupos sociales[19]”.

En ese sentido la Asociación de Diabetes del Perú (ADIPER) recomienda que es fundamental la prevención de la obesidad y la diabetes, a través de la promoción de estilos de vida saludable, una alimentación sana y el incentivo de actividad física, para evitar las complicaciones de esta enfermedad como la Insuficiencia Renal Crónica [20].

A nivel regional:

En Chiclayo, en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. en un estudio realizado se observó que pese a que la mayoría de los pacientes renales crónicos tiene un conocimiento alto de su enfermedad (61%), existen puntos claves que reforzar a la persona en tratamiento de Hemodiálisis y su familiar cuidador mediante la educación continua con el fin de ayudar a incrementar su conocimiento de autocuidado[21].

Una investigación en el Centro Médico Especializado Chiclayo SAC – 2015", observa que el 41% de pacientes con enfermedad renal crónica presentan un alto grado de afectación en su calidad de vida, el 32% un grado de afectación bajo[22].

Nivel local

Durante las practicas pre profesionales realizadas en el Hospital Regional Lambayeque, se observó un gran número de pacientes con Enfermedad Renal Crónica, que en su mayoría son adultos en el Servicio de hemodiálisis en los que se evidencia que los cuidadores de estos pacientes renales desconocen significativamente la enfermedad y sus complicaciones, así mismo éstos y los pacientes manifiestan que esta enfermedad afecta su calidad de vida, emocionalmente sienten temor, significa mayores gastos económicos, y no pueden trabajar debido a su condición y tiempo de hospitalización.

Por lo anteriormente mencionado y con base en lo que se conoce hasta ahora acerca de Enfermedad Renal Crónica, surge el interés de identificar la Calidad de Vida de estos pacientes a través de un estudio descriptivo realizado en el Hospital Regional Lambayeque - Chiclayo, a través de un instrumento ya validado como lo es la Escala M.G.H. de Calidad de Vida.

1.2. Trabajos previos

A nivel Internacional:

En Cuba en el año 2018 Candelaria JC, Gutiérrez C, Acosta Cruz C, et al[23], en su estudio denominado "Calidad de vida en adultos maduros con enfermedad renal crónica en el nivel primario de salud[21]", concluye que la mayoría de los pacientes tuvieron muy baja calidad de vida. Referente a "las dimensiones de calidad de vida

determinadas, los puntajes promedios más bajos se dieron en las sub-escalas carga de la enfermedad renal, (40.3); componente específico y salud física, (33,4) y salud mental, (43,5) del componente genérico". Si bien para todos los grupos de edades estudiadas hubo un predominio de la categoría baja, existen diferencias en las distribuciones, con tendencia a que la percepción de la calidad de vida sea peor en la medida en que se incrementa la edad y viceversa[23].

Guatemala en el año 2015 Miranda Méndez I.[20], en su estudio denominado "Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula., mediante el uso del Cuestionario de Salud SF-36" concluye que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad progresiva y que requiere de los medios económicos de quien la sufre así como de su familia afectando su calidad de vida; asimismo, se evidencia que lo que más se afecta en la percepción de calidad de vida es el Rol Físico, Rol Emocional, Función Física, Dolor Corporal, Rol Social, Energía y Vitalidad, Salud Mental y Salud General que genera incapacidad para el trabajo u otras actividades al afectar su salud física y su estado emocional. Asimismo, su calidad de vida afecta sus actividades diarias como bañarse o vestirse. Concluyendo que cuando el profesional de salud conoce la percepción de la calidad de vida del paciente, puede centrarse su atención, en la real necesidad de la persona viéndolo no sólo como paciente, sino como "ser humano biopsicoespiritual", abordándolo integralmente, incluyendo sus valores, creencias y percepciones, permitiendo intervenir según las características y situación de vida por la que atraviesa cada persona[20].

Antioquia-Colombia en el año 2017 Díaz-Soto, Présiga-Ríos, y Zapata-Rueda.[24] en un estudio denominado "Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica ", concluyen que, los factores de la calidad de vida relacionada con la salud tales como efectos de la insuficiencia renal, carga de la enfermedad renal, calidad de la interacción social, bienestar emocional, rol emocional y el componente físico se asocian al cumplimiento del tratamiento en pacientes con ERC; por lo que es necesario hacer una valoración oportuna en la evaluación e intervención de estos pacientes para generar estrategias

de intervención dirigidas a estos factores a fin de incrementar la adherencia al tratamiento y minimizar los riesgos de la no adherencia[24].

En México en el año 2012 Martínez Regalado, I.[25], en un estudio titulado "Calidad de Vida de pacientes en programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria", concluye que la calidad de vida de los pacientes de ambos programas, es regular y lo que más se afecta en calidad de vida es el físico, pues en hemodiálisis más de una tercera parte se encuentra en mal nivel y en DPCA más de dos quintas partes se encuentra en regular.

En Veracruz, México 2010 Rodríguez Ángel E., Campillo R. y Avilés Esquivel M[26], en su estudio denominado "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia", concluyen que: la Insuficiencia Renal Crónica, afecta la calidad de vida del paciente y su familia, alterando el ciclo familiar y la respuesta de afrontamiento para situaciones como ésta. Así mismo la diálisis, genera cambios fisiológicos, emocionales, sociales y económicos en el paciente y su familia, que si no se atienden de manera oportuna tienen consecuencias desagradables ellos. La intervención con atención psicológica mediante técnicas para pacientes en crisis, angustiados, ansiosos, en estados depresivos, etc., mejoran el afrontamiento de la enfermedad, mediante el conocimiento de la enfermedad, su tratamiento haciendo lo necesario paralograr una calidad de vida estable.

A nivel nacional:

En Trujillo 2016 Cárdenas Chávez, G.[27], , en su estudio titulado "Programa educativo y conocimiento en medidas de prevención sobre la enfermedad renal crónica en adulto mayor "concluye que en el 93% de los adultos mayores, el nivel de conocimientos antes de aplicar el programa fue bajo; después de aplicar el programa educativo en el 95% el nivel de conocimiento fue alto y un 5% tuvo nivel de conocimientos medio; Asimismo, el programa educativo "Cuidando mi riñón", fue efectivo mejorando los conocimientos significativamente (Prueba T Student $p < 0.05$), demostrando que la educación a pacientes produce beneficios al aumentar sus conocimientos y destrezas en el manejo y cuidado de la enfermedad, disminuyendo la ansiedad.

En 2017 Lima Morán C.M. y Zapata V.R.[28], en su estudio denominado "Autocuidado y calidad de vida en pacientes del Consultorio de Salud Renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren,", concluyen que actualmente la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública por su carácter epidémico, elevada morbimortalidad y alto costo. Con el tiempo los pacientes sufren deterioro de su capacidad funcional lo que los lleva a convertirse en los mejores guardianes de su salud para lograr una mejor calidad de vida. Por lo que es fundamental la intervención de enfermería especializada para una mejor atención nefrológica; actuando como administrador de casos, evaluando sistemáticamente los problemas de salud, estado físico, psicológico y social de los pacientes[28].

En Huánuco 2016 Vergara y Tarazona, B.E.[29], en su estudio denominado "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano", concluyen que; la calidad de vida de los pacientes renales con hemodiálisis tiene un nivel bajo (73%); frente a un 27% con nivel alto, no encontrándose significancia estadística entre la calidad de vida; y la edad, género, y el grado de escolaridad de los pacientes.

En Lima 2015 Peña Lurita[30], en su estudio denominado "Autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis Nuestra Señora del Carmen, Cañete – 2015", concluye que "el autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica es poco adecuado en alimentación y control de líquidos, higiene personal y cuidados de la piel, descanso y sueño, relaciones interpersonales; siendo adecuado en el tratamiento y acceso vascular[30]".

En Huánuco 2014 Aurazo Mercado C., Rivera Aguado, M.P[31], en su estudio denominado "Correlación entre nivel de conocimiento sobre alimentación y estado nutricional en pacientes sometidos a hemodiálisis del Centro Nefrológico Integral Renal Care" concluyen que la mayor de pacientes son del sexo masculino (67%), con edad promedio de 52, años y solo 35% con estudios superiores, la enfermedad asociada más frecuente fue la HTA (72%); el 42% tuvieron Desnutrición Moderada; 51% tuvo conocimiento medio sobre alimentación; no encontrándose asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación y el estado nutricional del paciente.

A nivel Regional:

Pp. La enfermedad renal crónica se presenta más en mujeres que hombres, con una prevalencia promedio del 14% y 12%[32].

En Lambayeque 2012 Akintui Villalobos Y.D., López Araujo C. A[33]., en su estudio denominado "Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica Estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis en la Región Lambayeque", concluye que: A mayor sobrecarga del cuidador disminuye el componente de salud mental de su calidad de vida; Cuanto más dependiente es el paciente, el componente de salud mental de la calidad de vida del cuidador es menor; encontrándose asociación estadística significativa entre el Componente Salud Mental y el nivel socio económico y vínculo paciente – cuidador. Hay un predominio de sobrecarga intensa (47%), seguido del nivel de sobrecarga leve (31%); la mayoría son del sexo femenino (87%), proveniente de Chiclayo (66%), casados (64%). La edad promedio del cuidador fue 43,9 años. El mayor nivel de dependencia del paciente fue, asistido leve (45%), seguido de asistido moderado (36%). Asimismo, encontraron asociación estadística significativa entre el nivel de sobrecarga del cuidador y la calidad de vida del cuidador primario del paciente en hemodiálisis.

A nivel local:

En Chiclayo 2017 Guzmán Chávez, P.J., Moreno Lozano R.J., Muro Bautista J.R. [21], en su estudio denominado "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del centro médico especializado Chiclayo SAC", obtuvo que la calidad de vida de los pacientes con IRC en el 41% de pacientes presentan un alto grado de afectación en su calidad de vida, el 32% un grado de afectación bajo, y concluye que el 41% de pacientes con afectación de su calidad de vida, es en actividades que demanda energía y movilidad, ansiedad y preocupación, carga social, funcionamiento sexual.

En Chiclayo 2010 Muro Cobeñas L.J., Bravo Chereque M.C., Constantino Facundo F[22]. en su investigación denominada "Nivel de conocimientos de Autocuidado de las personas en tratamiento de Hemodiálisis. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo",

obtuvo como resultados que 61% de los pacientes tiene un conocimiento alto, 24% un conocimiento medio y 15% un conocimiento bajo, concluyendo además que existen punto claves que reforzar a la persona en tratamiento de Hemodiálisis y su familiar cuidador mediante la educación continua lo que ayudará a que se incremente su conocimiento de autocuidado.

Existen pocos trabajos de investigación relacionadas al tema, a nivel local, por lo que se pretende determinar Conocimiento y calidad de vida sobre enfermedad renal crónica en adultos del "Hospital regional de Lambayeque", y así poder obtener cual es el problema que ellos desconocen, y afecta de manera diaria en su vida.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Modelo de los procesos vitales de Martha Rogers

El objetivo del modelo es procurar y promover una interacción agradable entre la persona y su entorno. "Con este modelo las enfermeras deben mejorar la conciencia e integridad de las personas, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud[32]". Para Rogers, el ser humano es un todo en relación permanente con un medio con el que constantemente intercambia materia y energía, cambiando este entorno para desarrollar su potencial[34]. Para M. Rogers, la atención de enfermería debe presentarse allá donde existan individuos que presenten problemas reales o potenciales de falta de armonía o irregularidad en su relación con el entorno.

Los cuidados de enfermería son un proceso planificado que incluye obtener datos, un diagnóstico de enfermería, planteamiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más apropiados para obtenerlos. Las acciones buscan ayudar al individuo a mejorar su relación consigo mismo y su ambiente, y mejorar su salud[34].

Rogers utiliza el método deductivo y lógico, y se basa en la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. De ideas progresistas, mantiene que la enfermería necesita una nueva perspectiva del mundo y sistema del pensamiento nuevo, enfocado a la que de verdad le preocupa[35]

"Abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica (EC) es un fenómeno complejo, pero sin duda necesario para buscar disminuir dicha carga[34]". Esto implica generar una nueva ruta complementaria a las actuales mediciones de la carga de la EC bajo un paradigma integral de cuidado[36].

1.3.2. Modelo de Barrera et al[36] para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica:

Estos autores plantearon un modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica, debidamente validado por juicio de expertos con los criterios de: "comprensibilidad, claridad, coherencia, suficiencia, relevancia y pertinencia y sometido a prueba en campo con 144 profesionales de diferentes áreas de la salud[34]".

Conceptos del Modelo de Barrera et al[36].

Para disminuir la carga del cuidado en la enfermedad crónica, este modelo plantea conceptos esenciales (El cuidado, la experiencia de la EC, la carga y, la calidad de vida) y complementarios (la habilidad de cuidado, el soporte social y las Tecnologías de información y comunicación[36]. (Figura 1).

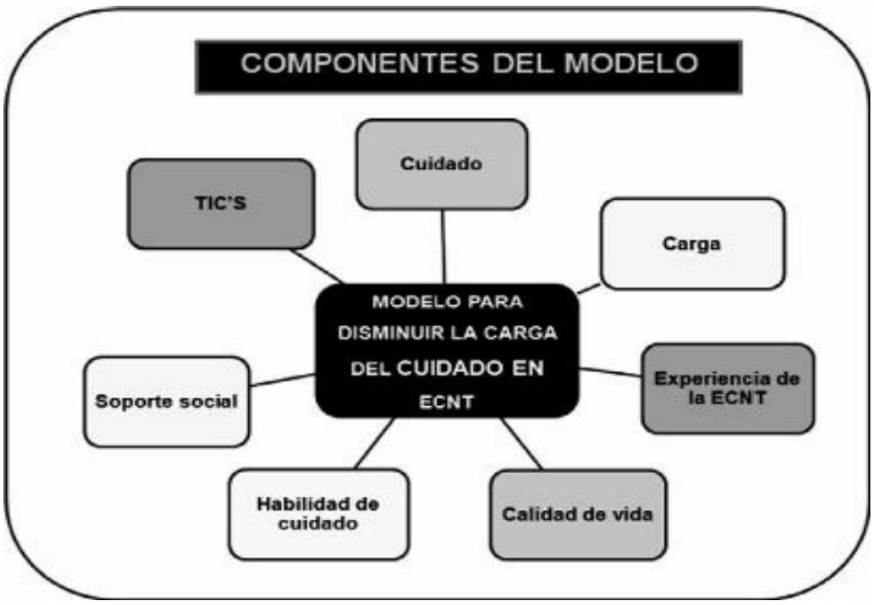


Figura 1. Conceptos esenciales del modelo para abordar la carga del cuidado de la EC[34].

El cuidado.

Sánchez B[37], considera que el cuidado implica una interacción de sujetos en un contexto con el objetivo de lograr el desarrollo como personas y crecer en su capacidad como cuidadores de una manera segura, es decir, confiable subjetiva y objetivamente, teóricamente avanzado, técnicamente sólido, demostrable y susceptible de mejoramiento.

Según Barrera L, Pinto N, Sánchez B, Carrillo G, y Chaparro L [36], el cuidado del paciente con Enfermedad Crónica incluye: 1) modificar el estilo de vida para mejorar el pronóstico; 2) manejo del dolor, 3) afrontar las dificultades para socializar; y 4) afrontar la muerte o una gran pérdida[38].

La experiencia de la Enfermedad Crónica.

Una persona con enfermedad crónica se identifica como alguien con expresiones de enfermedad permanente que lo incapacitan, aceptando un trastorno que le va a generar discapacidad permanente y modifica su estilo de vida, asociado con una alteración irreversible que necesita cuidados especiales o paliativos[38]. Estas personas son seres activos y trascendentes, con capacidad de crecer en el cuidado, cuya vivencia la percibe como una disfunción para cumplir con su rol, según parámetros esperados y que le ha acompañado por más de seis meses[38].

La carga.

Según Sánchez B, Carrillo G, Barrera L, Chaparro L [39], "la carga significa trabajo, dificultad, peso, desgaste, energía necesaria para algo".

La carga del cuidado de la EC es el esfuerzo adicional para una persona con Enfermedad Crónica, sus cuidadores familiares o profesionales para atender las necesidades de cuidado[39].

Definición de términos básicos

Calidad de vida: Según Carreño S.[38] "Conjunto de condiciones subjetivas y objetivas de una persona, positivas o negativas, agrupadas en cuatro dimensiones o nivel de bienestar: física, psicológica, social, y la espiritual que determinan el significado y propósito de la vida, sentido de esperanza y trascendencia[40]".

Habilidad de cuidado: Según Carrillo et al (2014) [41], es la capacidad de cuidado de una persona con enfermedad crónica, su cuidador familiar o profesional, cuya dimensión cognoscitiva y la actitudinal pueden ser identificadas y medidas a través del conocimiento del tema, forma de relacionarse, apoyarse y tomar decisiones y paciencia o significado que se dé a la situación[41].

Soporte social: Según carillo et al (2011)[42], es el recurso externo para abordar las necesidades de cuidado. Favorece la adaptación a las situaciones con repercusión directa en la calidad de vida del enfermo crónico[42].

Tecnologías de la información y la comunicación (TIC): Para Cárdenas et al (2010)[43], son elementos, herramientas y técnicas utilizadas para comunicar o informar útiles para difundir el conocimiento y la sistematización de procesos, en particular del conocimiento y servicios de salud[43].

Los supuestos básicos del modelo[36]:

1. El cuidado es entre personas concretas, en un determinado contexto con integralidad y unicidad[36].
2. La salud en la EC se asocia con la calidad de vida del paciente y su cuidador familiar[36].
3. El contexto y las transiciones inciden en la calidad de vida de la persona con EC y sus cuidadores[36].
4. El Sistema de Salud debe garantizar seguridad en el cuidado de las personas con EC[36].
5. La experiencia de EC implica al sistema de salud a través del paciente, sus cuidadores familiares, profesionales de la salud y las instituciones de salud[36].
6. La percepción de carga está asociada con la calidad de vida de quienes viven la experiencia de la EC y la satisfacción de los proveedores del servicio[36].
7. El soporte social facilita el cuidado de las personas con EC, mejora la calidad de vida y disminuye la percepción de carga del cuidado[36].
8. Las TIC son un medio útil de soporte social para aquellos que viven la experiencia del cuidado de la EC[36].

9. Cuidar familiar o profesionalmente a las personas con EC implica habilidad[36].

10. La habilidad de cuidado fortalece y aprovecha las opciones de soporte social[36].

11. Las instituciones capacitan a sus profesionales, son más atractivas porque disminuyen la carga del cuidado de la EC fortaleciendo la habilidad de cuidado de los pacientes y sus cuidadores familiares[36].

12. El Sistema de salud está obligado a responder a las necesidades del cuidado de los pacientes con EC y sus cuidadores familiares[36].

La estructura interna del modelo.

Este modelo refleja que "los sujetos del cuidado que incluyen a los pacientes, los cuidadores familiares, cuidador receptor como sujeto y los profesionales de la salud pueden mejorar su nivel de soporte social o su nivel de información y capacitación si las instituciones apoyan el cuidado[36]". Las TIC disponibles son útiles para éste apoyo. Este soporte, fortalecido, genera más habilidad de cuidado y mejor calidad de vida, en un círculo virtuoso entre la mayor habilidad y el soporte social. Cuanto más hábil el sujeto de cuidado, más aprovecha del soporte disponible.[36]

Con más habilidad se disminuyen los riesgos innecesarios, los costos del cuidado y aumenta el nivel de seguridad con menos carga del cuidado. Si las instituciones fomentan este tipo de apoyo a las personas que experimentan del cuidado de la EC serán más atractivas, generando interés a posibles usuarios[36]. (Figura 2)

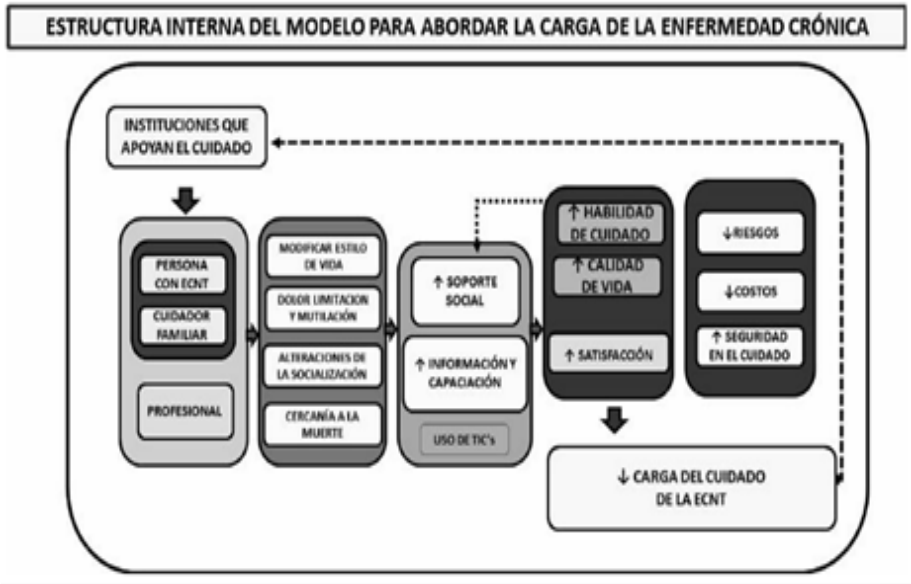


Figura 2. Estructura interna del modelo para abordar la carga del cuidado de personas con EC[36].

El contexto del modelo

"Para las personas con EC y sus familias el Sistema de salud actualmente es adverso[36]". El usuario con una EC considera que la atención es parcial, incompleta, burocrática para los problemas relacionados con la EC, no toma en cuenta, ni apoya a los cuidadores familiares, y no está preparado para afrontar la EC, aumenta trámites innecesarios y con ello el costo, el riesgo y la inseguridad de los pacientes y no hay soluciones acorde a la realidad del país ante el incremento de estas enfermedades. Para disminuir la carga del cuidado de la EC, cada uno de los actores del cuidado debe tener logros individuales y la suma de ellos generar un impacto positivo en el Sistema de salud[36].

Se consideran indicadores de logro en este proceso[36]:

1) Que los pacientes con EC tengan más información, apoyo, mayor nivel de seguridad en su cuidado y una mejor calidad de vida[36].

2) Que los cuidadores familiares de los pacientes con EC sean más hábiles, tengan mejor soporte social, menores costos del cuidado y una mejor calidad de vida[36].

3) Que los profesionales tengan mayor preparación frente a esto, mayor información, mayor satisfacción con su trabajo y que brinden cuidado más seguro[36].

4) Que las instituciones usen mejor las TIC, den un cuidado con calidad y mayor seguridad y que se conviertan en instituciones atractivas para sus usuarios[36].

5) Que, al aplicar el modelo para abordar la carga, esta se reconozca, se disminuya o atenúe y genere cualificación en el sistema[36]. (Figura 3)

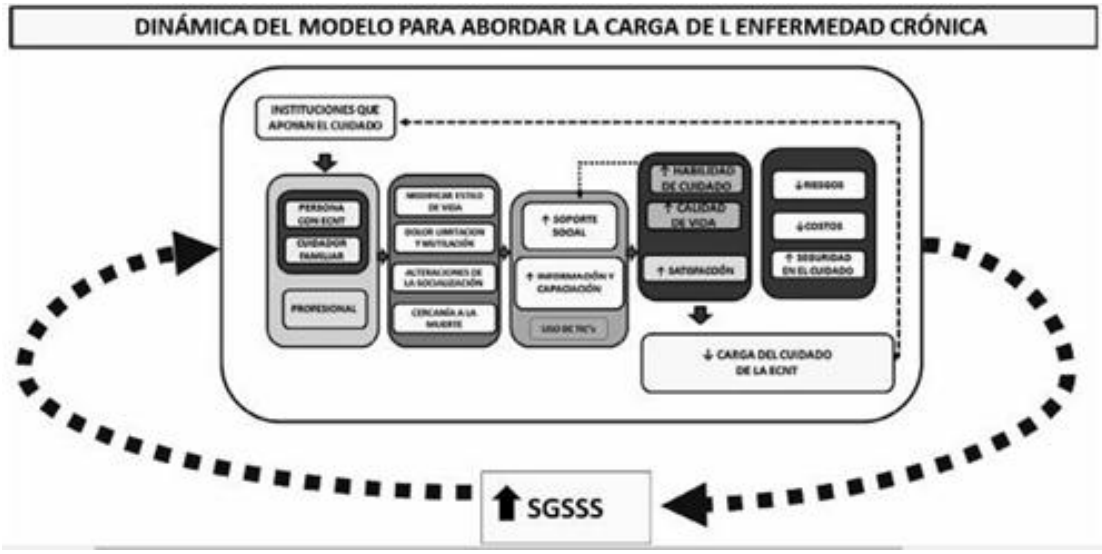


Figura 3. Dinámica del modelo de abordaje de la carga del cuidado de personas con EC[36].

Indicadores de medición del modelo[36].

El modelo considera indicadores de logro frente a cada uno de los integrantes de la experiencia del cuidado de la EC: el paciente, el cuidador familiar, el profesional de la salud, las instituciones y el Sistema de salud. Ver figura 4.

LA CONSTRUCCIÓN DE LOS INDICADORES DEL MODELO: RESULTADOS ESPERADOS				
PACIENTE	CUIDADOR	PROFESIONAL	INSTITUCIÓN	SISTEMA
Mejor informado	Más hábil	Más y mejor preparado	Mejor uso de TIC's	Mayor claridad en situación de los usuarios
Más apoyado	Mejor soporte social	Más satisfecho	Mayor nivel de calidad	Fortalecimiento de comunidades de cuidado
Mejor calidad de vida	Mejor calidad de vida	Más seguro	Mayor nivel de seguridad	Revisión de las políticas de cuidado crónico y paliativo
Más seguro	Menor costo	Más competente	Más atractiva	Calidad en el cuidado de la salud en situaciones de Enfermedad Crónica
MENOR CARGA				

Figura 4. Indicadores del modelo de abordaje de la carga del cuidado de personas con EC[36].

1.3.3. Teoría del conocimiento

La ciencia y el conocimiento nacen de la intensa necesidad del ser humano desde su origen para explicar su propia naturaleza y el mundo que lo rodea.

La definición más sencilla nos dice que conocer consiste en obtener una información acerca de un objeto. Conocer es conseguir un dato o una noticia sobre algo[44].

En todo conocimiento podemos distinguir cuatro elementos:

- El sujeto que conoce.
- El objeto conocido.
- La operación misma de conocer.
- El resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto[44].

El sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, decimos que estamos en posesión de una verdad[44]

Tipos de Conocimiento

El conocimiento puede ser: cotidiano, científico, empírico y teórico.

El conocimiento científico y el empírico difieren de varias maneras y las desigualdades giran en torno al control y sistematización de su obtención. El primero utiliza esquemas conceptuales y de estructuras teóricas, verifica su coherencia externa y somete a prueba empírica algunos de sus aspectos teóricos o hipótesis[44].

Los conocimientos cotidianos o empíricos se limitan a la constancia de los hechos y a su descripción. Los conocimientos científicos presuponen no sólo la constancia de los hechos, sin su explicación e interpretación dentro del conjunto del sistema general de conceptos de determinada ciencia[44].

El conocimiento ordinario generalmente es vago e inexacto, la ciencia convierte en preciso lo que el sentido común conoce de manera nebulosa; la ciencia es más que sentido común organizado, la ciencia procura la precisión; nunca está libre por completo de vaguedad, pero siempre intenta mejorar la exactitud, no está libre de error, pero posee técnicas para identificarlo y sacar provecho de él[44].

El conocimiento científico descarta conocimientos o hechos, produce nuevos y los explica. No se limita a los hechos observados; analiza la realidad para ir más allá, rechazando algunos hechos, selecciona los que considera relevantes, los contrasta y los reproduce. Los científicos no aceptan nuevos hechos a menos que puedan validar su autenticidad mostrando que son compatibles con lo que se sabe en el momento. Los científicos no consideran de valor solo su propia experiencia, se apoyan en la experiencia colectiva y en la teoría. Esta experiencia no solo describe la realidad, sino la racionaliza por medio de hipótesis y sistemas de hipótesis, que dan lugar a teorías[44].

El conocimiento para ser científico debe aprobar el examen de la experiencia. Con la finalidad de explicar un fenómeno, hace conjeturas o suposiciones fundadas en el saber adquirido. Estas pueden ser todo lo audaces o complejas posibles pero en todos los casos deben ser puestas a prueba. La forma de hacerlo es por medio de la observación y experimentación[44]

1.3.4. Enfermedad Renal Crónica (ERC).

La enfermedad renal crónica (ERC) es un término genérico que define un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. La variabilidad de su expresión clínica, la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulos o intersticio renal), su severidad y el grado de progresión[44].

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad de pronóstico reservado, con desenlace mortal a corto o mediano plazo; sin embargo, los tratamientos actuales como la hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal han mejorado la sobrevida de estos pacientes [46,47].

La definición de ERC (independientemente del diagnóstico clínico), se define como la presencia durante al menos tres meses de al menos una de las siguientes situaciones:

• FG inferior a 60 ml/min/1,73 m2.

• Lesión renal, definida por la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG. Las guías explicitan "con implicaciones para la salud"[46,47].

La lesión renal se manifiesta directamente a partir de alteraciones histológicas (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen[45].

Para distinguir la ERC de la aguda es importante la duración[45].

La insuficiencia renal crónica es la forma más grave y devastadora de enfermedad renal; puede llevar a la muerte del paciente si no se inicia un tratamiento oportuno y adecuado, es abordada por tres tratamientos que indiscutiblemente intervienen en la calidad de vida del paciente [50, 51].

La importancia de la detección precoz de la ERC radica en que es un problema importante de Salud Pública, en la necesidad de reducir los elevados costes del tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad y en el aumento progresivo del riesgo de eventos cardiovasculares (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca crónica, accidente vascular cerebral, arteriopatía periférica, etc.) genéricamente integrados en el llamado Síndrome Cardiorenal tipo IV[52], con los costes económicos consiguientes, en gran parte derivados de ingresos hospitalarios complejos, una mortalidad prematura y disminución de la calidad de vida[51].

Según Lovibond K et al[53]. "existe evidencia de los efectos perjudiciales de la medicación hipotensora en personas mayores ya que reduce el flujo sanguíneo en

otros órganos. El control de la TA en el ámbito doméstico-ambulatorio reduce la probabilidad de recibir tratamiento hipotensor que puede dañar la función renal[53]".

La supervivencia global para los pacientes en diálisis es de 12,9% a los diez años, a pesar de los avances técnicos del tratamiento. Ello, debido presumiblemente al hecho de que el 50% tiene una media de tres factores de riesgo cardiovascular y una gran comorbilidad asociada. Por todos estos motivos se acepta hoy que la ERC constituye una de las principales causas de muerte en el mundo occidental[45].

1.3.4.1. Factores de riesgo de Enfermedad Renal

Factores de riesgo de la enfermedad renal crónica
Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de daño renal[52]
Edad avanzada Historia familiar de ERC Masa renal disminuida Bajo peso al nacer Raza negra y otras minorías étnicas Hipertensión arterial Diabetes Obesidad Bajo Nivel socioeconómico
Factores iniciadores: inician directamente el daño renal
Enfermedades autoinmunes Infecciones sistémicas Infecciones urinarias Litiasis renal Obstrucción de las vías urinarias bajas Fármacos nefrotóxicos, principalmente AINE Hipertensión arterial Diabetes
Factores de progresión: empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal[52]
Proteinuria persistente Hipertensión arterial mal controlada Diabetes mal controlada Tabaquismo Dislipemia Anemia Enfermedad cardiovascular asociada Obesidad
Factores de estadio final: incrementan la morbimortalidad en situación de fallo renal[52]
Dosis baja de diálisis (Kt/V)a Acceso vascular temporal para diálisis Anemia Hipoalbuminemia Interconsulta o derivación tardía a Nefrología
AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ERC: enfermedad renal crónica aKt/V: K = depuración de urea en el dializador; t = tiempo; V = volumen de distribución de

la urea. La cifra resultante se utiliza para cuantificar la suficiencia de la dosis de diálisis[52]

Fuente: Martínez-Castelao et al[54].

La prevalencia de la enfermedad renal crónica, aumenta conforme envejece la población y por lo consiguiente por el aumento en la prevalencia de factores de riesgo como la enfermedad cardiovascular, la Diabetes Mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad, asimismo, por el diagnóstico temprano de la enfermedad[45].

Líneas principales del proceso asistencial integrado de la enfermedad renal crónica, prevención y detección precoz

Basadas en el documento de Consenso sobre ERC de la S.E.N. y otras nueve Sociedades Científicas (versiones de 2012 y 2014)[54,55], en la evidencia científica, aportes de representantes de las CCAA y guías clínicas sobre ERC[47].

La ERC es una patología que de ser una enfermedad grave que afectaba a pocos individuos y debía ser atendida por nefrólogos, es ahora una patología común de gravedad variable, y requiere de atención por otras especialidades y por las autoridades sanitarias[47].

La ERC es un importante problema de Salud Pública asociado a una mortalidad prematura (especialmente de origen cardiovascular) con muchas implicaciones sociales y económicas. Por ello se aconseja su diagnóstico y detección precoz, posible por pruebas habituales de laboratorio, y también aumentar su grado de conocimiento y coordinación transversal inter-especialidades y entre distintos niveles asistenciales[47].

Hay que considerar que es una enfermedad generalmente de fácil reconocimiento, y existen tratamientos para prevenir su desarrollo y enlentecer su progresión a estadios terminales. Asimismo, se puede detectar y reducir las complicaciones sistémicas secundarias (anemia, hiperparatiroidismo secundario, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal aguda, infecciones, deterioro físico y cognitivo, etc.)[47].

Según Levey AS[56], el modelo conceptual de la ERC, se define como un proceso continuo en su desarrollo, progresión y complicaciones, incluyendo las estrategias posibles para mejorar su evolución y pronóstico.

Recomendaciones de intervención del modelo conceptual:

1ª Detección precoz y clasificación del daño renal: sobre los pacientes con aumento del riesgo, mediante la estimación del FG y la albuminuria[45].

2ª Diagnóstico, tratamiento, criterios de interconsulta, derivación y seguimiento de la ERC por el nivel/especialista adecuado[45].

3ª Control de la progresión y de las complicaciones: eventos cardiovasculares, anemia, acidosis, hiperparatiroidismo y desnutrición[45].

1.3.4.2. Detección precoz de la ERC[45]

Los pacientes con ERC, sobre todo en los primeros estadios, están frecuentemente sin diagnosticar (ERC oculta), porque la ERC suele ser asintomática y muchas veces se detecta solamente durante la valoración de otra condición comórbida[45].

La detección precoz de estos pacientes optimizaría, no sólo las posibilidades de tratamiento, sino que permitiría retrasar la progresión y potencialmente disminuir la morbimortalidad, la iatrogenia y la reducción de los costes sanitarios[45].

La recomendación es hacer esta detección precoz mediante la evaluación del FG y de la albuminuria al menos una vez al año, en pacientes que presenten factores de riesgo para la ERC[45].

Algunos factores de riesgo pueden ser a la vez factores de susceptibilidad (aumentan la posibilidad de desarrollar ERC), factores iniciadores (pueden iniciar directamente el daño renal) y factores de progresión (empeoran y aceleran el deterioro de la función renal). A su vez, algunos son modificables y otros no[45].

Factores de riesgo que recomiendan la realización de detección precoz[45]
Personas mayores de 60 años Historia familiar de ERC Masa renal disminuida Bajo peso al nacer Antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) Hipertensión arterial Diabetes tipo 2 o tipo 1 evolucionada Sujetos con otros factores de riesgo de ECV (hiperlipidemia, obesidad, fumadores). Enfermedades obstructivas del tracto urinario Pacientes en tratamiento prolongado con fármacos nefrotóxicos Antecedentes de insuficiencia renal aguda Pacientes con infecciones crónicas, enfermedades autoinmunes y neoplasias
El diagnóstico no debe basarse en una única determinación de FG y/o albuminuria, y siempre debe confirmarse su persistencia durante un periodo superior a 3 meses.

1.3.4.3. Nueva clasificación de la ERC[45]

Las Guías KDIGO del 2013, han propuesto una nueva clasificación pronostica de la ERC basada en una entrada doble por estadios de FG (subdividiendo el estadio 3, a su vez, en 3a y 3b, debido al mayor riesgo CV y mortalidad del 3b respecto al 3a), y por albuminuria (con 3 categorías según su intensidad A1-A2-A3) [49]. La definición de ERC comprende pues: causa, FG y categoría de albuminuria. Esta nueva recomendación sirve para destacar el aspecto multidimensional de la ERC y nos deja un marco para las recomendaciones sobre la gestión clínica de la ERC[57].

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

Fuente: KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes, y Gorostidi et al. Documento de la SEN sobre las guías KDIGO. Nefrología 2014; 34(3):302-316.

1. Pronóstico de la enfermedad renal crónica según las categorías de filtrado glomerular y de albuminuria[45].

   Riesgo de complicaciones específicas de la enfermedad renal, riesgo de progresión y riesgo cardiovascular: La albuminuria se expresa como cociente albúmina/creatinina[45].

   Los colores mostrarían el riesgo relativo ajustado para cinco eventos (mortalidad global, mortalidad cardiovascular, fracaso renal tratado con diálisis o trasplante, fracaso renal agudo y progresión de la enfermedad renal) a partir de un meta-análisis de cohortes de población general. El riesgo menor corresponde al color verde (categoría "bajo riesgo"; si no hay datos de lesión renal, no se puede catalogar siquiera como ERC), seguido del color amarillo (riesgo "moderadamente aumentado"), naranja ("alto riesgo") y rojo ("muy alto riesgo"), que expresan riesgos crecientes para los eventos mencionados. Cociente albúmina/creatinina: 1 mg/g = 0,113 mg/mmol. 30 mg/g (3,4 mg/mmol) [45].

Los estadios según el FG se denominan ahora G1 a G5 y se confirma la división del estadio 3 en dos subgrupos: G3a y G3b, división también útil para determinar la prioridad de la derivación y las diferencias de riesgo[45].

A partir de esta clasificación se orientan las medidas diagnósticas y terapéuticas[45].

2. Diagnóstico, tratamiento, criterios de interconsulta y seguimiento del paciente con ERC[45]

A los pacientes con riesgo de ERC se les debe realizar:

• Determinación del FG (por fórmula, se recomienda CKD-EPI por su mayor exactitud y porque proporciona ventajas adicionales).

• Determinación del cociente albúmina/creatinina en muestra simple de orina.

• Un sedimento de orina[45].

Si en una persona, se detecta por primera vez un descenso del FG y/o alteración de cociente albúmina/creatinina, primero se debe plantear, si es una ERC o un fracaso renal agudo (FRA). El diagnóstico diferencial en ambos es muy importante pues los criterios de interconsulta y derivación varían: mientras que en un FRA el paciente debe ser remitido con urgencia al hospital, por su gran morbilidad y mortalidad a corto plazo, en el caso de la ERC prevalecerán los descritos a continuación[45].

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

Posteriormente hay que desarrollar las siguientes acciones:

• Tratamiento específico de las enfermedades renales subsidiarias.

• Control de los factores de riesgo asociados y comorbilidades.

• Por último, detectar la progresión de la ERC y controlar tanto los factores de progresión de la misma, como las complicaciones de la ERC[45].

1.3.4.4. Educación del paciente en hemodiálisis

Educar a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica facilita su participación activa en las decisiones sobre su propio cuidado para lograr los resultados deseados[58].

Sus objetivos deben estar orientados a la necesidad del paciente, considerando los posibles obstáculos para su aprendizaje, con educación continua en temas de importancia, con el apoyo de la enfermera para lograr resultados con actitud positiva a su tratamiento que le permita ser independiente[58].

1.3.4.5. Autocuidado del paciente en hemodiálisis

El paciente con insuficiencia renal sufre cambios en su vida, y el conocimiento de la hemodiálisis es necesario pues estos conocimientos interfieren con el auto-cuidado, dado que él es el principal responsable de su calidad de vida. Los cuidados de enfermería, promueven un cambio positivo significativo en el autocuidado, en comportamiento, tales como la dieta, presión arterial, control del peso, ejercicio y descanso, que a ellos es difícil controlar[59]. "Por lo tanto, el cuidado en salud de enfermería se debe utilizar activamente en la práctica clínica para que los pacientes de diálisis realicen autocuidado a través de la retroalimentación continua[59]".

Importancia de la familia en el cuidado del paciente

La familia del paciente con insuficiencia renal es esencial en la atención del cuidado y para generar prácticas de buenos hábitos que le ayuden en su estilo de vida, alienta y disminuye las tensiones que se presentan en el proceso de la enfermedad, por ello el personal de enfermería debe apoyarse en la familia para planificar los cuidados en beneficio del paciente [58, 59].

1.3.4.6. Satisfacción del paciente como objetivo de calidad

La evaluación de la satisfacción del paciente permite identificar deficiencias desde el punto de vista del paciente y evaluar los resultados de los cuidados, ya que las necesidades del paciente son el eje sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales[60].

Influyen en la satisfacción del paciente: “la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis”, “la rapidez con que consigue lo que necesita”, “el interés del personal de enfermería por los pacientes” y el “tiempo de espera para ser atendido por el médico”[60].

También se debe tener en cuenta la necesidad de respetar sus deseos, en la elección del tratamiento, posibilidad de modificar o retirarse de éste[59].

1.3.5.CALIDAD DE VIDA

1.3.5.1. Definición

“Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona[61]”.

OMS define la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”[62].
La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), determina los efectos de la enfermedad en el paciente y como afecta en su vida, mediante el proceso salud-enfermedad incluyendo su terapeutica[63].

Calidad de vida, incluye como aspectos subjetivos los siguientes:
1. Intimidad
2. Expresión emocional
3. Seguridad percibida
4. Productividad personal
5. Salud percibida[19, 61]

Para lograr la calidad de vida es necesario sentirse sanos, productivos, seguros, y capaces de expresar emociones y compartir la intimidad. Como aspectos objetivos la calidad de vida incluye:

1. Bienestar material
2. Relaciones armónicas con el ambiente
3. Relaciones armónicas con la comunidad

4. Salud objetivamente considerada[19, 61]

La calidad de vida es el objetivo al que debería aspirar el estilo de desarrollo de un país que le interese el ser humano integral. Esto alude al total bienestar hombre, creando las condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas[19].

Este concepto se utiliza cada vez más en el campo de la salud o como medida de bienestar. Sin embargo, no hay una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, por lo que frecuentemente es mal utilizado[61].

La calidad de vida de las personas con insuficiencia renal crónica se afectada por los cambios en su estilo de vida a los que están sujetos y que van de la mano con el tratamiento sustitutivo renal[64] y sus complicaciones; paralelo a ello sufren un deterioro de la función física, mental, emocional, laboral y espiritual[65].

1.3.5.2. Utilidad del concepto "calidad de vida"

Líneas de investigación sobre calidad de vida en distintos ámbitos de los servicios humanos

Las investigaciones sobre Calidad de Vida han aumentado progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico[65].

Los avances en medicina han logrado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de pacientes crónicos, generando un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud[63]. Muchas investigaciones utilizan hoy el concepto, como una forma de referirse a la percepción que el paciente tiene de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de un tratamiento en su vida, sobre todo de las consecuencias en su bienestar físico, emocional y social[65].

La CVRS establece el bienestar físico que es determinado por la actividad funcional del individuo; el bienestar social con las funciones y sus relaciones con el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar[64], el bienestar psicológico y

espiritual relacionado con el temor, ansiedad y angustia por la enfermedad y el tratamiento, e incluye la religiosidad, la esperanza y la fortaleza interior[67, 68].

"En tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores[65]".

La población adulta sufre enfermedades crónicas como la insuficiencia renal crónica, que en su fase terminal afecta significativamente la calidad de vida del paciente[4], pues es una enfermedad de pronóstico reservado, mortal a corto o mediano plazo; pero que con los tratamientos actuales como la hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal han mejorado su sobrevida [65,66].

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y calidad de vida en adultos maduros de 50 a 59 años con enfermedad renal crónica en el Hospital Regional Lambayeque, 2018?

1.5. Justificación e importancia del estudio

el presente trabajo de investigación se justifica por se pretende conocer al paciente con Insuficiencia Renal Crónica, sufre cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y su vida espiritual, que no sólo le afectan, a ellos sino a toda su familia. Estudiar la Calidad de Vida en estos pacientes, permite conocer al ser humano desde una perspectiva social y de salud más integral, donde están inmersos sus valores, creencias y percepciones que peritan realizar intervenciones sanitarias de acuerdo a sus características y situación de vida[20].

Hoy es frecuente observar en los establecimientos de salud, muchos pacientes que padecen de enfermedades crónicas, muchas de ellas incapacitantes que generan a las familias una situación delicada en el aspecto emocional, psicológica, emocional, social e incluso económico y laboral[4], pues al tener que batallar con una enfermedad cuyo desenlace es mortal les hace vivir un clima familiar de angustia y preocupación

constante por tener que brindar calidad de vida al paciente a costa de mucho esfuerzo tanto del paciente como de la familia en sí.

La enfermedad renal crónica generalmente se asociada a otras patologías como la diabetes mellitus que es una de las causas esenciales, ocupa el primer lugar en el Ministerio de Salud y el segundo lugar en la seguridad social. Los costos que implican el tratamiento y atención son altos y afectan seriamente el presupuesto familiar[24].

La Insuficiencia Renal Crónica afecta la capacidad de producción laboral y económica de los individuos y produce un alto consumo de servicios sociales y de salud, que por su naturaleza generalmente son de alto costo[25].

Las investigaciones sobre calidad de vida en el campo de la salud, asociadas con el aumento de enfermedades crónicas, ha generado un nuevo concepto denominado calidad de vida relacionado con la salud, el mismo que se refiere a la percepción que el paciente tiene acerca de los efectos de una determinada enfermedad, o tratamiento, sobre todo acerca de las consecuencias en su bienestar físico, psicológico, emocional y social; en este nuevo concepto, los objetivos de la atención están orientados a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia y no solo a eliminar la enfermedad o reducir los índices de morbilidad y mortalidad[19].

Al demostrar que el conocimiento está relacionado con la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica, podemos establecer una base apropiada para poder planificar, desarrollar y aplicar programas educativos, con el fin de ayudar al paciente con el control de su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

1.6. Hipótesis

H: alterna

“Existe relación significativa entre conocimiento y la calidad de vida del adulto maduro de 50 a 59 años con enfermedad renal crónica atendido en el Hospital Regional Lambayeque, 2018”

H: nula

"No existe relación significativa entre conocimiento y la calidad de vida del adulto maduro de 50 a 59 años de edad con enfermedad renal crónica atendido en el Hospital Regional Lambayeque, 2018"

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento y la calidad de vida de los adultos maduros de 50 a 59 años con enfermedad renal crónica, atendidos en el Hospital Regional Lambayeque, 2018

1.7.2. Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos sobre enfermedad renal crónica en los adultos maduros de 50 a 59 años con enfermedad renal crónica atendidos en el Hospital regional Lambayeque, 2018.
- Identificar la calidad de vida del adulto maduro de 50 a 59 años con enfermedad renal crónica atendidos en el Hospital Regional Lambayeque, 2018.
- Identificar si los conocimientos sobre enfermedad renal se asocian a la calidad de vida del adulto maduro de 50 a 59 años con enfermedad renal.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación.

El tipo de investigación del presente estudio es cuantitativa, descriptiva, prospectiva.

La investigación realizada es de tipo cuantitativa, tiene relación directa con cantidad, por lo tanto, sus variables son siempre medibles.

Descriptiva: porque llega a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limitó a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

- Busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades u otro fenómeno sometido a análisis.
- Miden las variables, pero no busca indicar como se relacionan.
- Buscan medir con la mayor precisión posible [69]

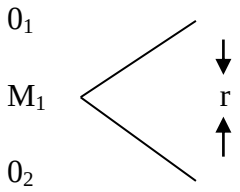
Prospectiva: posee una característica fundamental, es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa, y luego seguir a través del tiempo a una población determinada hasta determinar o no la aparición del efecto

El diseño es transversal, No experimental.

Transversal /Correlacional debido a que se estudiaran las variables simultáneamente en un mismo tiempo[67] (Conocimiento enfermedad renal crónica – Calidad de vida).

- Miden el grado de relación que existe entre 2 o más variables
- Se pretende saber cómo se comporta una variable conociendo el comportamiento de otra que se sabe está relacionada.
- Correlación puede ser + ó –(r)
- Grado de relación (r^2)[70]

El diseño de ejecución para el estudio fue el siguiente



Dónde:

M_1: Muestra de pacientes adultos con enfermedad renal crónica.

0_1: Nivel de conocimiento sobre la enfermedad renal crónica.

0_2: Calidad de vida.

r: Relación.

2.2. Población y muestra

Población: Según Wigodsky J., población es el conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado. Cuando se vaya a llevar a cabo alguna investigación debe de tenerse en cuenta algunas características esenciales al seleccionarse la población bajo estudio[73.]

La población está constituida por todos los pacientes adultos maduros de 50 a 59 años atendidos en el Hospital Regional Lambayeque con diagnóstico de enfermedad renal crónica atendidos en el servicio hemodiálisis.

Según la base de datos solicitados el área de estadísticas Proporcionó los estudios correspondientes en pacientes adultos maduros, con enfermedad renal crónica atendidos por consulta externa en el mes de diciembre 2017 hasta marzo del 2018, equivalente a 72.

Muestra:

La muestra es un subconjunto fielmente representativo de la población.

Hay diferentes tipos de muestreo. El tipo de muestra que se seleccione dependerá de la calidad y cuán representativo se quiera sea el estudio de la población.

1. Aleatoria- cuando se selecciona al azar y cada miembro tiene igual oportunidad de ser incluido.
2. Estratificada- cuando se subdivide en estratos o subgrupos según las variables o características que se pretenden investigar. Cada estrato debe corresponder proporcionalmente a la población.
3. Sistemática- cuando se establece un patrón o criterio al seleccionar la muestra. Ejemplo: se entrevistará una familia por cada diez que se detecten [71].

En el presente estudio la muestra fue determinada teniendo en cuenta la incidencia de pacientes con ERC según la Sociedad Peruana de Nefrología equivalente al 13%.

Para obtener la muestra de las referencias se partió de un nivel de confianza del 95 % y un error máximo de 5%, reemplazando los datos en la siguiente formula obteniendo lo siguiente.

Para determinar la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1)(r^2) + (z^2 \cdot p \cdot q)}$$

N= tamaño de la población.

n = el tamaño de la muestra.

z= Nivel de confianza 95%= 1.96 según tabla

p= 13% = 0.13= Proporción de pacientes con ERC.

q = proporción complemento de p. q= 1-p = 1-0.13= 0.87

r= 5%= 0.05= margen de error

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{1{,}96^2 \times 0{,}13 \times 0{,}87 \times 72}{(71)\times(0{,}05^2) + (1{,}96^2 \cdot 0{,}13 \times 0{,}87)} = \frac{31{,}28291712}{0{,}61198496} = 51{,}117$$

n = 51

La muestra fue equivalente a 51 pacientes

2.3. Variables, Operacionalización.

V1: Variable independiente: Nivel de conocimiento sobre la enfermedad renal

V2: Variable dependiente: Calidad de vida del adulto maduro con enfermedad renal crónica

2.3.1. Operacionalización de Variables:

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Tipo	Indicador	Índice	Escala de medición	Instrumento de medición
V^1. Variable Independiente: Nivel de conocimiento sobre enfermedad renal	Es el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, tratamiento y cuidados que tiene el paciente con enfermedad renal crónica.	Cultural	Cualitativa	Nivel bajo Nivel Medio Nivel Alto	0-3pts 4-7pts 8-11 pts.	Ordinal	Kidney Disease Knowledge Survey [69]
V^2. Variable dependiente: Calidad de vida	Es "la percepción individual que tiene el paciente con enfermedad renal crónica en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones"	Clínica	Cualitativa	Calidad de vida muy baja: Calidad de vida baja: Calidad de vida media: Calidad de vida alta:	34 a 94 puntos. 95 a 110 puntos. 111 a 118 puntos. 119 a 136 puntos.	Ordinal	Ficha Encuesta Escala M.G.H. de Calidad de Vida[70]

Criterios de inclusión:

Pacientes adultos maduros entre 50 a 59 años de edad con diagnóstico de enfermedad renal crónica, atendidos por consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.

Criterios de exclusión:

Pacientes con ERC con quienes no se puede establecer una comunicación (Ejm. ACV).

Pacientes con ERC con trastornos mentales.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

La encuesta es una técnica de adquisición de información de interés sociológico, mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración del sujeto seleccionado en una muestra sobre un asunto dado[74].

Según el fin que persigue la entrevista, esta puede estar o no estructurada mediante un cuestionario previamente elaborado. Cuando ésta es aplicada en las etapas previas de la investigación donde se quiere conocer el problema desde un punto de vista extensivo, sin que se requiera aún la profundización en la esencia del fenómeno, las preguntas a fórmulas por el entrevistador, se deja a su criterio y experiencia[720].

La encuesta es una técnica de adquisición de información de interés sociológico, mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración del sujeto seleccionado en una muestra sobre un asunto dado. A diferencia de la entrevista la encuesta cuenta con un cuestionario con una estructura lógica y rígida que permanece inalterado a lo largo de todo el proceso investigativo. En la encuesta a diferencia de la entrevista, el encuestado lee previamente el cuestionario y lo responde por escrito, sin la intervención directa de persona alguna de los que colaboran en la investigación[73].

La encuesta una vez confeccionado el cuestionario no requiere de personal calificado a la hora de hacerla llegar al encuestado.

A diferencia de la entrevista, la encuesta cuenta con una estructura lógica, rígida, que permanece inalterada a lo largo de todo proceso investigativo. Las respuestas se

escogen de modo especial y se determinan las posibles variantes de respuestas estándares, que facilita la evaluación de los resultados por métodos estadísticos[73].

Como técnica de estudio se utilizó la encuesta y como instrumento una ficha o cuestionario de estudio debidamente elaborada para el presente estudio, para determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedad renal se utilizó la versión en español del Kidney Disease Knowledge Survey (KiKS) que es aceptable y equivalente a la versión original. Tiene buen grado de fiabilidad, validez y reproducibilidad y puede ser empleada en una población de pacientes con enfermedad renal crónica[74].

El Kidney Disease Knowledge Survey (KiKS) fue elaborado en inglés, con una población de pacientes con enfermedad renal crónica (estadios 1 a 5 pre-dialíticos), para medir el nivel de conocimiento respecto de su enfermedad. Las preguntas están orientadas a indagar sobre el conocimiento en las áreas de: función del riñón, opciones de tratamiento en caso de falla renal, signos y síntomas de la progresión de la enfermedad, medicamentos potencialmente dañinos para el riñón, objetivos de presión arterial y otros temas importantes para preservar la función de este órgano. El cuestionario consta de 28 preguntas, entre ellas cinco de opción múltiple y el resto de "Sí" o "No". No se incluye la opción "No sé" [74].

Para el puntaje, se considera un punto por respuesta correcta y cero para la incorrecta. El cuestionario no tiene dominios, el puntaje se calcula sumando todos los puntos correctos y se divide entre 28, que es el total de preguntas, dando valores de *0 al 1*, donde *1 implica un mayor nivel de conocimiento*. El Kuder Richardson (consistencia interna) fue de 0,72 y una media de puntaje de 0,66 en el estudio original[74].

Para determinar la calidad de vida de los pacientes se utilizó la escala M.G.H de Calidad de Vida confiable y validado para tal fin[75].

INSTRUCTIVO DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD (MGH)[75].

Forma de aplicación: Individual. Tiempo de aplicación: 15 a 20 minutos

Finalidad: Evaluar la calidad de vida de los adultos mayores

Validez y confiabilidad: Consistencia demostrada con un Alpha de Cronbach 0.91, considerado como aceptable. La validez de contenido, dada por expertos fue adecuada, así como la validez de constructo evaluada a través del análisis factorial por componentes principales.

Opciones de respuesta: El formato de respuesta tiene un escalamiento tipo Likert de 4 puntos con las siguientes opciones de respuesta:

Opciones de respuesta	Puntaje
Casi siempre	4
A menudo	3
Algunas veces	2
Casi nunca	1

Excepto en 6 ítems que corresponden al 6, 10, 11, 12, 20 y 28; estos son considerados negativos en donde la puntuación se invierte.

Estructura: Se compone de 34 ítems, que abarcan las siguientes dimensiones:

Salud física (6 ítems): 1; 4; 7; 20; 28 y 32

- Muy baja calidad de vida: 6 – 16 puntos

- Baja calidad de vida: 17 – 18 puntos

- Media calidad de vida: 19 – 20 puntos

- Alta calidad de vida: 21 – 24 puntos

Relaciones interpersonales (7 ítems): 3; 9; 16; 22; 24; 25 y 29

- Muy baja calidad de vida: 7 – 19 puntos

- Baja calidad de vida: 20 – 22 puntos

- Media calidad de vida: 23 – 24 puntos

- Alta calidad de vida: 25 – 28 puntos

Independencia para realizar actividades (7 ítems):2; 8; 12; 14; 19; 21 y 26

- Muy baja calidad de vida: 7 – 19 puntos

- Baja calidad de vida: 20 – 22 puntos

- Media calidad de vida: 23 – 24 puntos

- Alta calidad de vida: 25 – 28 puntos

Satisfacción por la vida (14 ítems): 5; 6; 10; 11; 13; 15; 17; 18; 23; 27; 30; 31; 33 y 34

- Muy baja calidad de vida: 14 – 39 puntos

- Baja calidad de vida: 40 – 45 puntos

- Media calidad de vida: 46 – 49 puntos

- Alta calidad de vida: 50 – 56 puntos

Criterios de calificación global:

Al realizar la suma algebraica del valor obtenido de los 34 ítems obtenemos los siguientes parámetros de calificación global de esta escala:

- Calidad de vida muy baja: 34 a 94 puntos.
- Calidad de vida baja: 95 a 110 puntos.
- Calidad de vida media: 111 a 118 puntos.
- Calidad de vida alta: 119 a 136 puntos.

Procedimiento para la recolección de datos.

Una vez identificados los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se aplicó la encuesta en la cual se obtuvieron los datos personales tales como: nombre de paciente, edad, género, grado de instrucción, lugar de residencia, número de personas que viven en la casa, diagnóstico médico, estado de salud, y otros.

Seguidamente se aplicó la ficha concerniente a determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedad renal crónica de EsSalud y la escala M.G.H de Calidad de Vida, para determinar la calidad de vida del adulto[75].

2.5. Métodos de análisis de datos.

Se describe cómo se organizó estadísticamente la información obtenida, las técnicas de análisis estadístico utilizadas para procesar los datos que permitieron obtener los resultados, y cómo se analizaron para llegar a las conclusiones.

Los datos numéricos fueron introducidos en una base plana de Excel, para luego ser transferida al programa estadístico SPSS versión 21, el cual seguidamente permitió efectuar el análisis de variables y para determinar la relación, una prueba de Chi cuadrado para dependencia de criterios, el cual nos dio un resultado confiable.

2.6 Aspectos éticos.

Se solicitó permiso a la dirección del Hospital Regional Lambayeque de Chiclayo, teniendo en cuenta los principios de investigación en seres humanos, según Helsinski II, en cuanto aguardar el anonimato y la confidencialidad.

El estudio cumplió con los principios básicos de la ética en investigación como el principio de beneficencia, de respeto a la dignidad humana; principio de justicia y el de derecho a la intimidad porque la información privada no será compartida con otras personas sino manejada únicamente por la investigadora tal como consta en el consentimiento informado.

2.7. Criterios de rigor científico

Los criterios de rigor que tuvo que cumplir el instrumento utilizado en el presente estudio debieron reunir tres condiciones esenciales íntimamente relacionadas entre sí:

Ser objetivo: Valores permanecerán entre investigadores

Ser confiable: Valores permanecerán en el tiempo. La fiabilidad se refiere a la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados similares. Este criterio asegura resultados algo verdaderos e inequívocos, y que las respuestas de los participantes son independientes de las circunstancias de la investigación.

Ser válido: mide todo lo que tiene que medir o lo que se propone medir. La validez da cuenta del grado de fidelidad con que se muestra el fenómeno investigado y puede obtenerse a través de diferentes métodos, entre los más usuales se encuentran: la triangulación, la saturación y el contraste con otros investigadores

Neutralidad: Garantía de que los resultados de una investigación no están sesgados por motivaciones, intereses, y perspectivas del investigador[72].

III. RESULTADOS

TABLA Nª 1

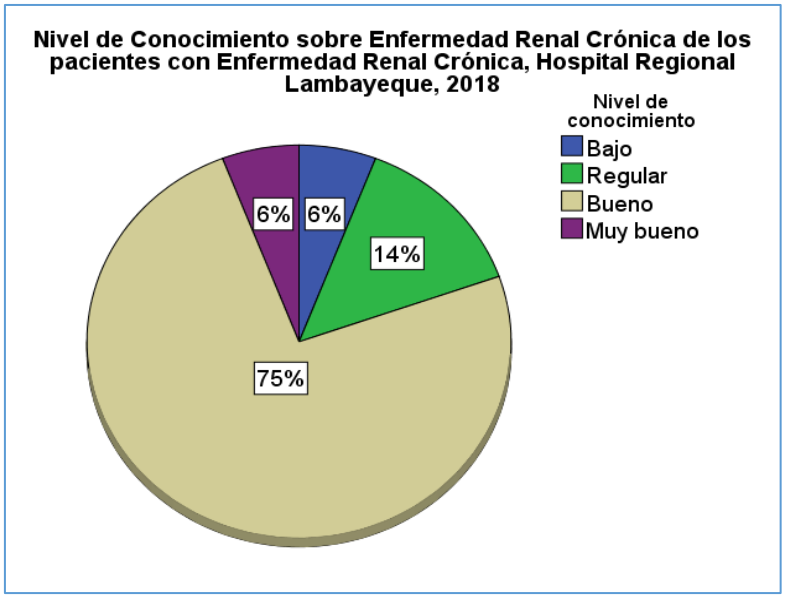
CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	porcentaje acumulado
Bajo	3	5,9	5,9	5,9
Regular	7	13,7	13,7	19,6
Bueno	38	74,5	74,5	94,1
Muy bueno	3	5,9	5,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

X= 0,673 ± 0,115 puntos

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a los pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en el Hospital regional Lambayeque, 2018 en el servicio de hemodiálisis

Gráfico Nº 1
CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a los pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en el Hospital regional Lambayeque, 2018 en el servicio de hemodiálisis

Interpretación: Según el nivel de conocimiento de los pacientes con ERC estudiados, el 74,5% presentó Buen nivel de conocimiento sobre Enfermedad Renal Crónica, 13,7% tuvieron nivel de conocimiento regular y 5,9% tuvieron nivel de conocimiento bajo y muy bueno (5,9% c/u respectivamente).

El puntaje promedio alcanzado por los pacientes fue de 0,673 ± 0,115 puntos

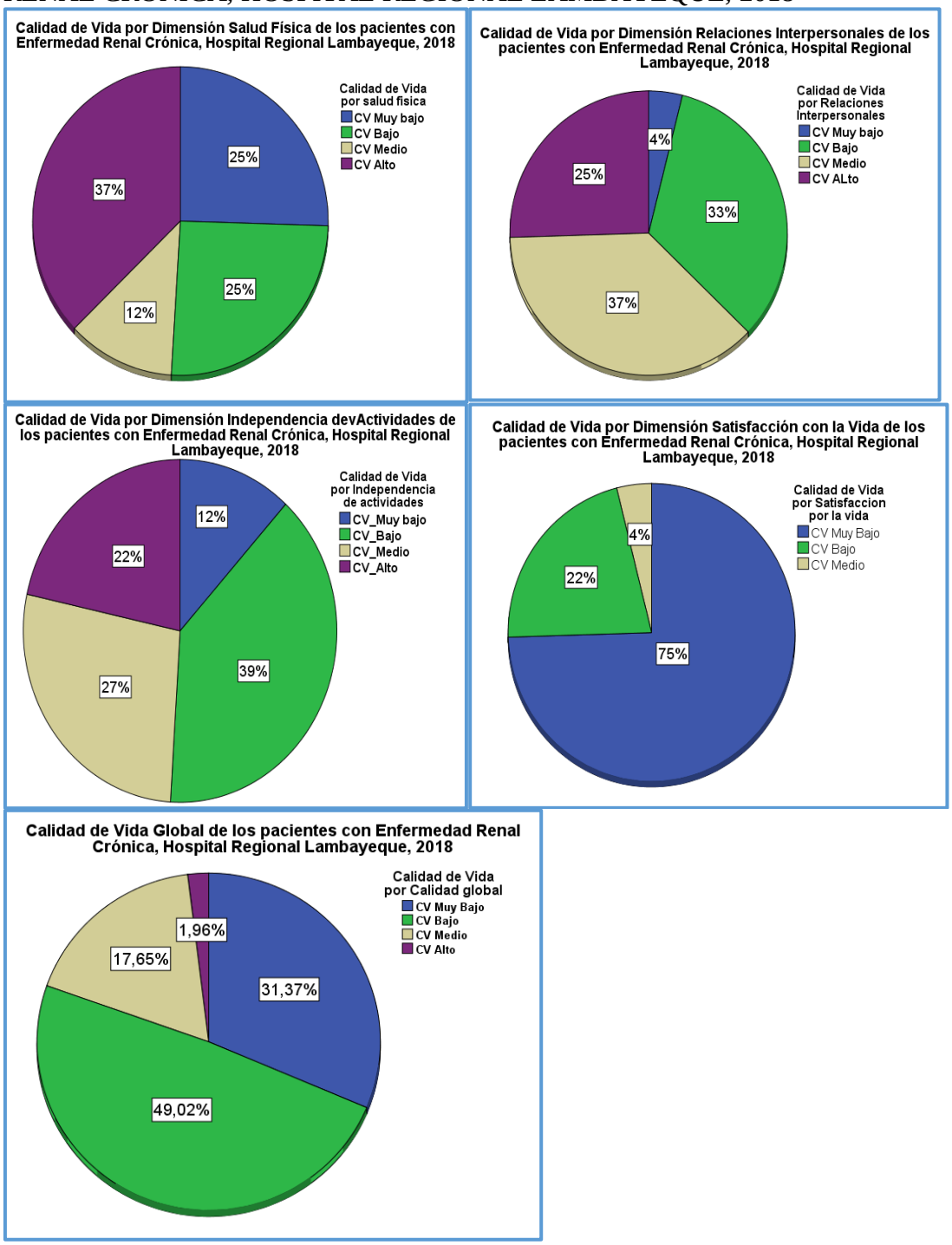
TABLA Nª 2
DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018

CALIDAD DE VIDA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Salud física				
CV Muy baja	13	25,5	25,5	25,5
CV Baja	13	25,5	25,5	51,0
CV Media	6	11,8	11,8	62,8
CV Alta	19	37,3	37,3	100,0
X= 18,82 ± 4,13 puntos				
Relaciones Interpersonales				
CV Muy baja	2	3,9	3,9	3,9
CV Baja	17	33,3	33,3	37,2
CV Media	19	37,3	37,3	74,5
CV Alta	13	25,5	25,5	100,0
X= 23,08 ± 2,43 puntos				
Independencia para realizar actividades				
CV Muy baja	6	11,8	11,8	11,8
CV Baja	20	39,2	39,2	51,0
CV Media	14	27,5	27,5	78,5
CV Alta	11	21,6	21,6	100,0
X= 22,45 ± 2,48 puntos				
Satisfacción por la vida				
CV Muy Baja	38	74,5	74,5	74,5
CV Baja	11	21,6	21,6	96,1
CV Media	2	3,9	3,9	100,0
X= 36,71 ± 4,49 puntos				
CALIDAD GLOBAL				
CV Muy Baja	16	31,4	31,4	31,4
CV Baja	25	49,0	49,0	49,0
CV Media	9	17,6	17,6	17,6
CV Alta	1	2,0	2,0	2,0
X= 101,06 ± 9,725 puntos				
Total	51	100,0	100,0	100,0

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a los pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en el Hospital regional Lambayeque, 2018 en el servicio de hemodiálisis

Gráfico Nº 2

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a los pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en el Hospital regional Lambayeque, 2018 en el servicio de hemodiálisis

Interpretación:

En las dimensiones de calidad de vida de los pacientes con ERC estudiados:

Según la dimensión Salud Física, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida Alta (37,3%), seguido de calidad de vida muy baja y baja con 25,5% c/u respectivamente.

El puntaje promedio de Calidad de vida según salud física fue de 18,82 + 4,13 puntos.

Según la dimensión Relaciones interpersonales, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida media (37,3%), seguido de calidad de vida baja con 33,3% y calidad de vida alta con 25,5%.

El puntaje promedio de Calidad de vida según relaciones Interpersonales fue de 23,08 + 2,43 puntos

Según la dimensión Independencia para realizar actividades, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida baja (39,2%), seguido de calidad de vida media (27,5%) y calidad de vida alta con 21,6%.

El puntaje promedio de Calidad de vida según relaciones Interpersonales fue de 22,45 $\pm$ 2,48 puntos

Según la dimensión satisfacción por la vida, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida muy baja (74,5%), seguido de calidad de vida baja (21,6%) y solo el 3,9% presentó calidad de vida media.

El puntaje promedio de Calidad de vida según relaciones Interpersonales fue de 36,71 $\pm$ 4,49 puntos.

Según la Calidad de vida Global de los pacientes con ERC, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida baja (49%), seguido de calidad de vida muy baja (31,4%) y solo el 2% presentó Calidad de vida Alta.

El puntaje promedio de Calidad de vida Global fue de 101,06 $\pm$ 9,725 puntos

TABLA N° 3

CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ERC DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018

Calidad de vida	Nivel Conocimiento ERC								Total	
	Bajo		Regular		Bueno		Muy Bueno			
Salud Física	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy Baja	0		1	14,3	11	28,9	1	33.3	13	25,5
Baja	1	33,3	1	14,3	11	28,9	0		13	25,5
Media	0		0		6	15,8	0		6	11,8
Alta	2	66,7	5	71,4	10	26,3	2	66.7	19	37,3
Relaciones interpersonales										
Muy Baja	0	0	1	14,3	1	2,6	0	0	2	3,9
Baja	1	33,3	1	14,3	15	39,5	0	0	17	33,3
Media	2	66,7	3	42,9	13	34,2	1	33,3	19	37,3
Alta	0	0	2	28,6	9	0	2	66,7	13	25,5
Independencia de actividades										
Muy Baja	0		0		6	15,8	0		6	11,8
Baja	0		1	14,3	17	44,7	2	66,7	20	39,2
Media	1	33,3	3	42,9	9	23,7	1	33,3	14	27,5
Alta	2	66,7	3	42,9	6	15,8	0		11	21,6
Satisfacción por la vida										
Muy Baja	2	66,7	3	42,9	31	81,6	2	66,7	38	74,5
Baja	1	33,3	3	42,9	7	18,4	0		11	21,6
Media	0	0	1	14,3	0	0	1	33,3	2	3,9
Calidad Global										
Muy Baja	0		2	28,6	13	34,2	1	33,3	16	31,4
Baja	2		2	28,6	20	52,6	1	33,3	25	49,0
Media	1		3	42,9	5	13,2	0		9	17,6
Alta	0		0		0		1	33,3	1	20
Total	3	100,0	7	100,0	38	100,0	3	100,0	51	100,0

Salud Física X^2_w= 9,581 X^2_t= 16,919 G.L.= 9 p > 0,05

Relaciones interpersonales X^2_w= 8,203 X^2_t= 16,919 G.L.= 9 p > 0,05

Independencia actividades X^2_w= 11,623 X^2_t= 16,919 G.L.= 9 p > 0,05

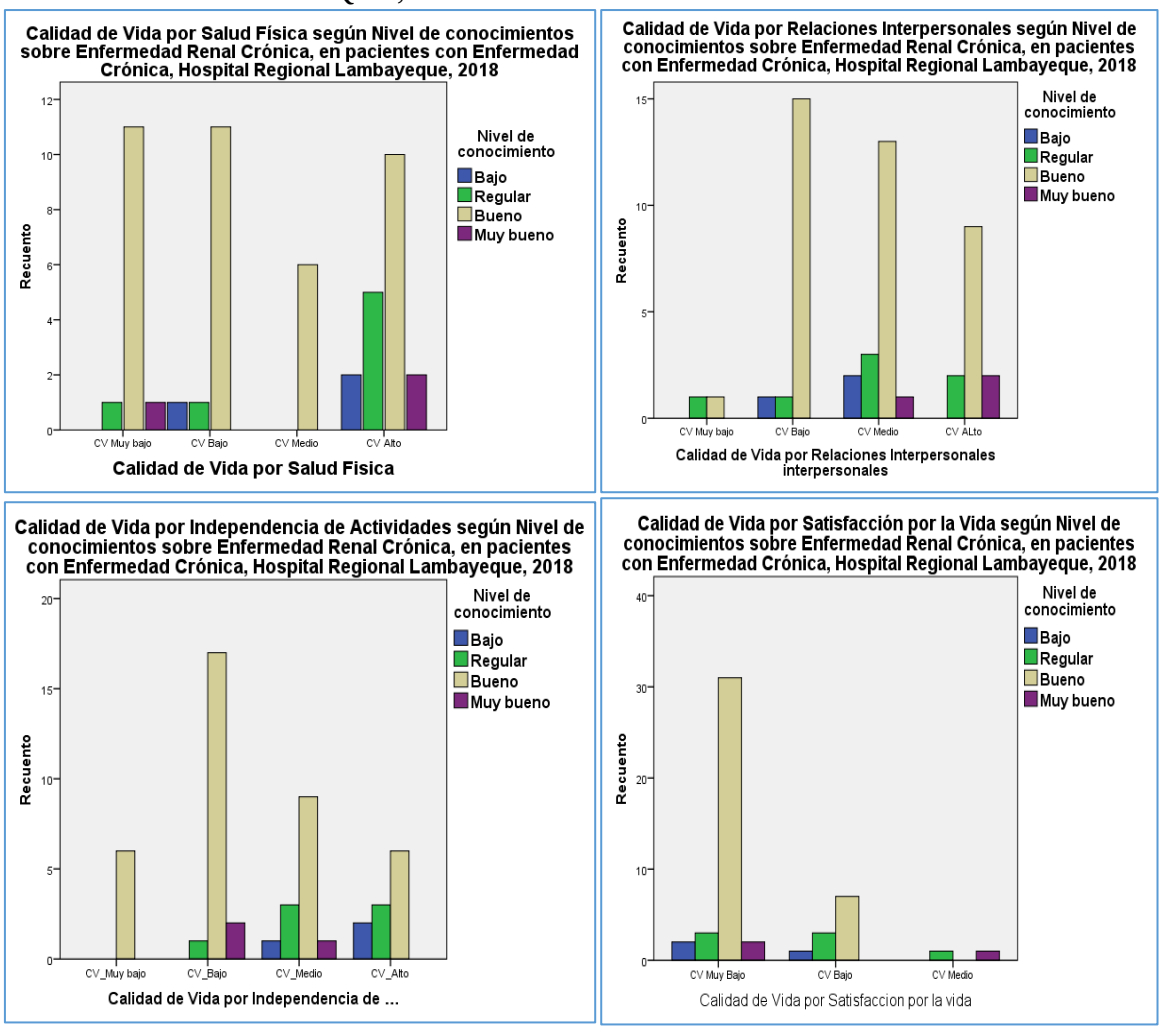
Satisfacción por la vida X^2_w= 13,783 X^2_t= 12,592 G.L.= 6 p < 0,05

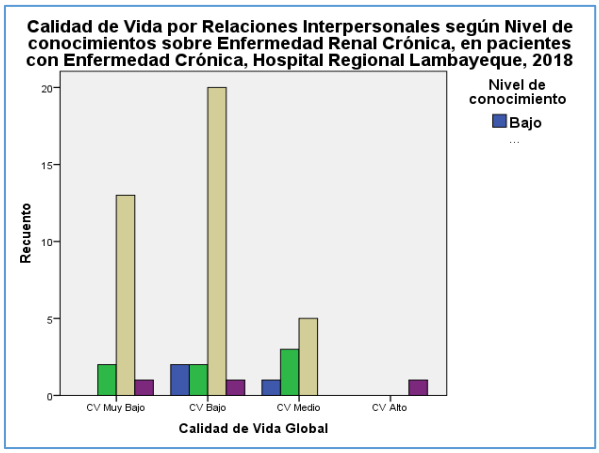
Calidad Global X^2_w= 22,002 X^2_t= 16,919 G.L.= 9 p < 0,05

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a los pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en el Hospital regional Lambayeque, 2018 en el servicio de hemodiálisis

Gráfico Nº 3

CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ERC DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018





Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a los pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en el Hospital regional Lambayeque, 2018 en el servicio de hemodiálisis

Interpretación:

Según la Calidad de Vida por Salud física, el mayor porcentaje de pacientes con ERC con Calidad de vida por Salud Física Alta lo presentaron los pacientes con nivel de conocimientos muy bueno y nivel bajo con 66,7% c/u respectivamente, los pacientes con calidad de vida muy baja lo tuvieron aquellos con nivel de conocimientos Muy bueno (33,3%). No se encontró relación estadística significativa entre la calidad de vida por salud física y el nivel de conocimientos sobre ERC ($p > 0,05$).

Según la Calidad de Vida por Relaciones interpersonales, el mayor porcentaje de pacientes con ERC con Calidad de vida Alta lo presentaron los pacientes con nivel de conocimientos muy bueno (66,7%), los pacientes con calidad de vida muy baja lo tuvieron aquellos con nivel de conocimientos Regular (14,3%). No se encontró relación estadística significativa entre la calidad de vida por Relaciones Interpersonales y el nivel de conocimientos sobre ERC ($p > 0,05$).

Según la Calidad de Vida por Independencia de actividades, el mayor porcentaje de pacientes con ERC con Calidad de vida Alta lo presentaron los pacientes con nivel de conocimientos bajo (66,7%), los pacientes con calidad de vida muy baja lo tuvieron aquellos con nivel de conocimientos Bueno (15,8%). No se encontró relación estadística significativa entre la calidad de vida por Independencia de actividades y el nivel de conocimientos sobre ERC ($p > 0,05$).

Según la Calidad de Vida por Satisfacción por la vida, el mayor porcentaje de pacientes con ERC con Calidad de vida Media lo presentaron los pacientes con nivel de conocimientos Muy bueno (33,3%), los pacientes con calidad de vida muy baja lo tuvieron aquellos con nivel de conocimientos Bueno (81,6%). Se encontró relación estadística significativa entre la calidad de vida por Satisfacción por la vida y el nivel de conocimientos sobre ERC ($p < 0,05$).

Según la Calidad de Vida Global, el mayor porcentaje de pacientes con ERC con Calidad de vida Alta lo presentaron los pacientes con nivel de conocimientos Muy bueno (33,3%), los pacientes con calidad de vida muy baja y baja lo tuvieron aquellos con nivel de conocimientos Bueno (34,2% y 52,6% respectivamente). Se encontró relación estadística significativa entre la calidad de vida Global y el nivel de conocimientos sobre ERC ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica, es una entidad, que a raíz de una serie de procesos patológicos produce la destrucción irreversible de las nefronas y llevando a la insuficiencia excretora y reguladora renal. Afecta a los pacientes tanto en el aspecto biológico, físico psicológico y emocional al tener que someterse a terapias no curativas, muy invasivas, demandantes y que económicamente significan costos muy altos tanto para para el paciente como para su familia[1].

Según Alles A et al[76] (2010), la IRC no necesariamente significa un cambio en la estructura de la personalidad, pero si una serie de cambios y transformaciones personales que se inician con un vuelco abismal en las actividades diarias en la vida de la persona afectada, que le lleva a perder el ritmo normal de la vida sobre todo cuando compara el antes y el después de la enfermedad tanto en el aspecto físico, como psicológico[80].

Por tal razón, se realizó en el Hospital Regional Lambayeque, con el objetivo principal de determinar la relación entre el conocimiento sobre la enfermedad renal crónica y la calidad de vida de los pacientes adultos maduros entre 50 a 59 años de edad con enfermedad renal crónica.

En el presente estudio se encontró que el 57% de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), tienen edad entre 50 a 55 años, y el 43% tuvo edad entre 56 a 59 años, con una edad promedio de 55 ± 3,6 años, 67% de los pacientes son del sexo femenino y el 33% del sexo masculino.

Estos resultados son parecidos a los observados por Aurazo Mercado C., y Rivera Aguado, M. P[31], en Huánuco (2015), quienes en su estudio concluyen que la edad media de los pacientes es de 53 años y contrariamente el sexo masculino fue el más frecuente con un 67%, coincidiendo con Valverde[77] (2016), cuyos datos indican que la edad promedio es de 59%, siendo el sexo masculino el predominante con 52%.

Alles et al (2010), encuentra que la IRC predomina en la edad de 30 a 59 años, en el sexo femenino (44,7%), sin diferencias no significativas[74]. Anexo 1

Tabla Nº 1

De acuerdo al objetivo específico Nº 1 *"Determinar el nivel de conocimientos sobre enfermedad renal crónica en los adultos maduros con enfermedad renal crónica atendidos en el Hospital regional Lambayeque, 2018",*en la tabla Nº 1 se ha podido observar que según el nivel de conocimiento de los pacientes con ERC estudiados, el 74,5% presentó Buen nivel de conocimiento sobre Enfermedad Renal Crónica, 13,7% tuvieron nivel de conocimiento regular y 5,9% tuvieron nivel de conocimiento bajo y muy bueno (5,9% c/u respectivamente). El puntaje promedio alcanzado por los pacientes fue de 0,673 + 0,115 puntos

Estos resultados son parecidos a los reportados por Valverde[77] (2016), cuyo estudio, determina que los conocimientos relacionados con su enfermedad y tratamiento del paciente son: 39,39% de los pacientes encuestados tiene un conocimiento alto, un 37,88% conocimiento medio y con un 22,73% conocimientos bajos.

Estos Datos son similares en el estudio realizado por Sánchez Gonzales, et al[78] en Madrid-España (2015) en el Servicio de Diálisis de la Fundación Jiménez Díaz, en el cual un 56,3% de los pacientes tienen un grado de conocimiento alto, mientras que un 43,8% se ubica en un grado de conocimiento medio.

Ulloa Haro en Lima[79] (2016), en referencia al conocimiento sobre la prevención de la enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial del 100%, 71% desconoce y 29% conoce. En la dimensión alimentación 56% desconoce y

44% conoce. En la dimensión actividad física 71% desconoce y 29% conoce. En la dimensión descanso y sueño 80% desconoce y 20% conoce, y en la dimensión control del tratamiento 73% desconoce y 27% conoce.

Según los resultados del estudio se muestra que algunos pacientes desconocen el tema de prevención sobre enfermedad renal crónica, por lo tanto, es de mucha importancia realizar sesiones educativas para mejorar los conocimientos y ayudar a reducir dicha enfermedad, la mayoría de los pacientes que se someten a diálisis sobre todo reciben información obligatoria acerca de los cuidados que deben tener para mantener un nivel de salud y por ende una mejor calidad de vida.

Cano J; en Huacho[80] (2012), al evaluar los conocimientos sobre las medidas preventivas observó que el mayor porcentaje conoce el control de peso y la alimentación, y la actividad física. En el control de peso conoce los posibles riesgos a que se expone una persona con exceso de peso como es el aumento de la hipertensión, diabetes, colesterol, en la alimentación conoce que deben consumir 6 gramos de sal y tomar 7 a 8 vasos de agua diariamente. En las actividades físicas conoce que los ejercicios ayudan a prevenirlas". Coincidiendo con Montesinos O[81]; en Lima (2013), en su estudio sobre conocimientos sobre la enfermedad renal crónica y hábitos alimenticios de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Arzobispo Loayza concluye que la mayoría de pacientes no conoce sobre la enfermedad que la complicación más frecuente es el paro cardiaco, las molestias más frecuentes son edema e hipertensión, y el objetivo de la hemodiálisis es eliminar desechos de la sangre; y en cuanto a los hábitos alimenticios no conoce la alimentación saludable, cantidad de agua que debe consumir por día; seguido de un menor porcentaje que conoce que alimentos debe consumir con frecuencia son las menestras y verduras, frutas que debe evitar por su elevada concentración de potasio el plátano y melón".

Según Vargas[82], un buen nivel de conocimiento en la mayoría de los encuestados y un mínimo porcentaje de bajo nivel de conocimientos, son datos muy gratificantes puesto que la mayoría de los usuarios tienen bases aceptables de conocimientos relacionados con la enfermedad, alimentación, tratamiento, cuidados y complicaciones, lo que ayudará al individuo a realizar de mejor manera su autocuidado. Esta similitud se da debido al auge de programas educativos que implementa la OMS para conservar la salud y prevenir enfermedades; haciendo que la población en la actualidad sea consciente ante sus

deficiencias de salud y se empodere de conocimientos en pro de una situación de vida cálida. El cual se refleja de alguna manera positiva.

Según Goicochea et al[83] (2012), el diagnóstico de enfermedad renal crónica afecta intensamente al enfermo y a su familia. Al malestar físico se suman el desconocimiento inicial respecto a la enfermedad y la incertidumbre por su evolución, así como las exigencias de cuidados rigurosos, los cambios en los hábitos cotidianos (desde la dieta hasta la actividad laboral), la disfunción sexual y, frecuentemente, los trastornos cognitivos y el miedo a la diálisis.

Tabla Nº 2

De acuerdo al Objetivo específico Nº 2 *"*Identificar la calidad de vida del adulto maduro con enfermedad renal crónica atendidos en el Hospital Regional Lambayeque, 2018." En grafico 2 de acuerdo a cada una de las dimensiones de calidad de vida analizadas se ha obtenido que:

Según la dimensión Salud Física, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida Alta (37,3%), con puntaje promedio de 18,82 + 4,13 puntos, según la dimensión Relaciones interpersonales, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida media (37,3%), con un puntaje promedio 23,08 + 2,43 puntos, según la dimensión Independencia para realizar actividades, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida baja (39,2%), con un puntaje promedio de 22,45 + 2,48 puntos, según la dimensión satisfacción por la vida, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida muy baja (74,5%), con un puntaje promedio de 36,71 + 4,49 puntos, según la Calidad de vida Global de los pacientes con ERC, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida baja (49%), seguido de calidad de vida muy baja (31,4%) y solo el 2% presentó Calidad de vida Alta, con puntaje promedio 101,06 + 9,725 puntos.

De acuerdo al objetivo específico Nº 3," Identificar si la calidad de vida se asocia al conocimiento del adulto maduro sobre la enfermedad renal." En la tabla Nº 3 se puede observar que: Según la Calidad de Vida por salud física, relaciones interpersonales e independencia de actividades, no se encontró relación estadística significativa entre la calidad de vida por estas tres dimensiones y el nivel de conocimientos sobre ERC ($p > 0,05$), mientras que según la Calidad de Vida por Satisfacción por la vida, el mayor porcentaje de pacientes con ERC con Calidad de vida Media lo presentaron los pacientes

con nivel de conocimientos Muy bueno (33,3%), encontrándose relación estadística significativa entre esta dimensión y el nivel de conocimientos sobre ERC ($p < 0,05$).

Según la Calidad de Vida Global, el mayor porcentaje de pacientes con ERC con Calidad de vida Alta lo presentaron los pacientes con nivel de conocimientos Muy bueno (33,3%), los pacientes con calidad de vida muy baja y baja lo tuvieron aquellos con nivel de conocimientos Bueno (34,2% y 52,6% respectivamente), asimismo se encontró relación estadística significativa entre la calidad de vida Global y el nivel de conocimientos sobre ERC ($p < 0,05$).

Estos estudios son parecidos a los de Candelaria et al[23] (2018), con relación a las dimensiones de calidad de vida determinadas se mostró que los puntajes promedios más bajos los obtuvieron las sub-escalas carga de la enfermedad renal, (40.3); del componente específico y salud física, (33,4) y salud mental, (43,5) del componente genérico. Al analizar la categoría baja y muy baja según sexo, el comportamiento fue similar. Si bien para todos los grupos de edades estudiadas hubo un predominio de la categoría baja, existen diferencias en las distribuciones, con tendencia a que la percepción de la calidad de vida sea peor en la medida en que se incrementa la edad y viceversa.

Guzmán, Moreno y Muro en Chiclayo (2017), con respecto a la calidad de vida del paciente refieren que existe un alto índice de afectación en este tipo de pacientes, observando que la salud en general que se encuentra representada en las cinco dimensiones aplicadas a los pacientes está disminuida por la propia patología en sí y así como también por la repercusión de la enfermedad en la vida de los pacientes y sus familiares y sus limitaciones que ésta representa[21]

Según Guzmán, la hemodiálisis como tratamiento sustitutivo renal a pesar que ha avanzado de tal manera que puede prolongar la vida de estos pacientes, no garantiza una adecuada calidad de vida, debido a que muchas veces los pacientes no tienen un adecuado control de la enfermedad, llevándolos a hacer desarreglos en su vida cotidiana sobre todo en lo que concierne a la alimentación; esto sumado a los cambios y limitaciones que afrontan frente a una de las enfermedades crónicas más difíciles de sobrellevar que demandan de un nivel alto de dependencia que influye y altera su vida tanto en el área física, psicológica, familiar, social, sexual, laboral y económica[21].

Al finalizar el análisis de este último Objetivo general, se pudo determinar que efectivamente existe una relación entre el nivel de conocimiento de la enfermedad y la

calidad de vida, lo que probablemente se traduce que cuando una persona tiene mejor conocimiento del padecimiento con el cual va a tener que lidiar todos los días hasta, y una vez aceptada su realidad, se espera que la persona consciente del riesgo que implica no guardar un buen cuidado de su cuerpo, definitivamente la va a llevar al deterioro de su salud que dada la naturaleza de la enfermedad si no es tratada adecuadamente lamentablemente va a perjudicar su calidad de vida en todos los aspectos.

En general, en salud se percibe a la calidad de vida como una estructura multidimensional, que incluye el aspecto físico, psicológico y social. Hablar de calidad de vida, es referirse a un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal. Calidad de vida tiene diferentes definiciones desde el aspecto filosófico y político hasta el relacionado a la salud[21].

En relación a la dimensión carga social, se ha demostrado que el mayor porcentaje de pacientes presenta un grado de afectación alto, por el gran impacto de la enfermedad y su tratamiento sobre la vida social de las personas, pues restringe e interfiere en su vida familiar, amical y laboral[21].

Es importante el papel que juega la familia en estos casos, pues es el soporte principal del paciente contribuyendo a su bienestar y mejora de su calidad de vida.

CONCLUSIONES

- La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 54, y 59 años, la mayoría (66,7%) son del sexo femenino , el 74,5% de los pacientes presentó Buen nivel de conocimiento sobre ERC según la dimensión Salud Física, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida Alta (37,3%), seguido de calidad de vida muy baja y baja con 25,5% c/u respectivamente, según la dimensión Relaciones interpersonales, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida media (37,3%), según la dimensión Independencia para realizar actividades, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida baja (39,2%), según la dimensión satisfacción por la vida, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida muy baja (74,5%).
- Según la Calidad de vida Global de los pacientes con ERC, el mayor porcentaje presentó Calidad de vida baja (49%), seguido de calidad de vida muy baja (31,4%) y solo el 2% presentó Calidad de vida Alta.
- Se encontró relación estadística significativa entre la calidad de vida Global y el nivel de conocimientos sobre ERC ($p < 0,05$); la mayor Calidad de vida Global Alta lo presentaron los pacientes con nivel de conocimientos Muy bueno (33,3%).

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer los resultados obtenidos de los pacientes con ERC, área de investigación del Hospital Regional Lambayeque, a fin de contribuir a mejorar su calidad de vida y conocimientos de los pacientes y para tomar medidas preventivas de dicha enfermedad.
- . Sugiero que, en el Hospital Regional Lambayeque a través de actividades conjuntas de enfermería, psicología con programas de ayuda se realice implementación de estrategias de capacitación e información al paciente de las medidas preventivas acerca de ERC, enfatizando en mejorar la autoestima de los pacientes, conocimiento de la enfermedad y como convivir con ella, para mejorar con ello su calidad de vida.
- Se recomienda a la escuela de enfermería de la USS que el curso de paciente crónico se dicte de forma general ya que ayuda a los estudiantes a tener mayor conocimiento sobre las enfermedades crónicas porque hoy en día las personas padecen dichas enfermedades con mayor frecuencia

Referencias Bibliográficas:

1. Fernández B, Herrera M.S., Valenzuela E. Chile y sus mayores. Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez (2013). Pontificia Universidad Católica de Chile. Primera ed. Marzo de 2014. ISBN Nº 978-956-14-1411-2
2. Barrón MV, Mardones M, Vera S, Ojeda G, et al. Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile. Rev Theoria, Ciencia, Arte y Humanidades 2006; 15(1): 33-44.
3. Maldonado G, Mendiola S. Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. Disponible en: http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm.
4. Alonso J. Prieto L. Anto J. M. La versión española del SF-36 un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin 1995.
5. Cusumano AM, González Bedat MC, García-García G, Maury Fernández S, et al. Latin American dialysis and renal transplant registry: 2008 Report (data 2006). Clin Nephrol. 2010 Nov; 74 Suppl 1:S3-8
6. Cusumano AM & González Bedat MC: Chronic Kidney Disease in Latin América: Time to Improve Screening and Detectron. Clin JAM Soc Nephrol 3:594-600, 2008.
7. MSPAS Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de vigilancia epidemiológica 2007. Guatemala, 2008.
8. Organización Panamericana para la Salud de el Salvador. OPS.
9. Bradburn NM. The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine; 1969).
10. Rapp CA, Gowdy E, Sullivan WP. Client outcome reporting: the estatus meted. Community Ment Health J 1998; 24:118-133.
11. Blanco-Abarca A. La calidad de vida: supuestos psicosociales. En: Morales JF, Blanco-Abarca A, Huici Casal C, Fernández JM, editores. Psicología social aplicada. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1985.
12. Ministerio de Salud. Dirección Regional de Epidemiologia. La enfermedad Renal Crónica en el Perú, Epidemiologia e impacto de la Salud Pública. 2014; N°3 [Del 12 - 18 enero 2014] Pág. 36-30 disponible en: http://www.dge.gob.pe/boletin.php
13. Praga, M. Nefrología Clínica. Madrid: Editorial Panamericana. 1998; Pp 528-545.

14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Incidencia mundial de la insuficiencia renal crónica y terminal. Ginebra: HINARI; 2014.) y (Organización Panamericana de la Salud (OPS). Tratamiento sustitutivo de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) e Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Ginebra: HINARI; 2013).
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Tratamiento sustitutivo de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) e Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Ginebra: HINARI; 2013).
16. Sociedad Peruana de Nefrología. Prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica en el Perú. Lima. SPN; 2014. Disponible en www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/.../2061)
17. Datos estadísticos EsSalud a nivel nacional, 2016 Fuente www.essalud.gob.pe.
18. Ministerio de Salud. Índice de calidad de vida: validación de una muestra peruana. Informe final de investigación. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Lima Perú, 2013. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2658.PDF
19. Ardila, R. Calidad de vida: una definición integradora. Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Revista Latinoamericana de Psicología, 2003; 35(2): 161-164. http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf
20. Miranda Méndez Irza. Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula. Guatemala 2014. Universidad Rafael Landívar. octubre 2015, Sede Regional de la Antigua. Guatemala, 2014.
21. Muro Cobeñas L.J., Bravo Chereque M.C., Constantino Facundo F. Nivel de conocimientos de Autocuidado de las personas en tratamiento de Hemodiálisis. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo - 2010. Universidad Católica "Santo Toribio de Mogrovejo". Chiclayo, Perú, 2010. Paraninfo Digital Monográficos de Investigación en Salud, ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n19/292d.php
22. Guzmán Chávez, P.J., Moreno Lozano R.J., Muro Bautista J.R. "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis del centro médico especializado Chiclayo SAC – 2015". Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo", Facultad de Enfermería. Lambayeque - Perú, 2017

23. Candelaria Brito JC, Gutiérrez Gutiérrez C, Acosta Cruz C, Ruiz Pérez FR, et al. Calidad de vida en adultos mayores con enfermedad renal crónica en el nivel primario de salud. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Ene-Feb [citado: 12 abril 2018]; 40(1). Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2341/3689
24. Díaz-Soto, Présiga-Ríos, Zapata-Rueda. Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. Revista de Educación y Desarrollo, Abril-junio de 2017, 41: 17 – 25.
25. Martínez Regalado I. Calidad de Vida de pacientes en programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Universidad Veracruzana, Minatitlán, Veracruz, 2012.
26. Rodríguez Ángel E., Campillo R. y Avilés Esquivel M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. Universidad Veracruzana. Hacer Psicología. ISSN 1870 5618. https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf
27. Cárdenas Chávez, G.L. Programa educativo y conocimiento en medidas de prevención sobre la enfermedad renal crónica en adulto mayor. Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo – Perú 2016
28. Morán Valerio C.M., Zapata Cancho V.R. Autocuidado y calidad de vida en pacientes del Consultorio de Salud Renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, 2017. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú, 2017.
29. Vergaray Tarazona, B.E. "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco, 2014". Universidad de Huánuco. Huánuco, Perú, 2016
30. Peña Lurita, J.C. Autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis "Nuestra Señora del Carmen". Cañete – 2015. Universidad de San Martín de Porres, Lima – Perú, 2015.
31. Aurazo Mercado C., Rivera Aguado, M.P. Correlación entre nivel de conocimiento sobre alimentación y estado nutricional en pacientes sometidos a hemodiálisis del Centro Nefrológico Integral Renal Care de Huánuco. Nio - octubre 2014. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Noviembre de 2014

32. Diario La verdad: EsSalud Lambayeque atiende a casi 5 mil asegurados por problemas con el riñón. Chiclayo, 9 de marzo 2018, http://laverdad.pe/index.php/essalud-lambayeque-atiende-a-casi-5-mil-asegurados-por-problemas-con-el-rinon/
33. Akintui Villalobos Y.D., López Araujo C.A. Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica Estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis en la Región Lambayeque durante el año 2012, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, 2014
34. El fenómeno enfermería. http://enfermeria2011-ruormacaos.blogspot.pe/2012/02/algunos-modelos-y-teorias-de-enfermeria.html.
35. Barrera-Ortiz L.; Carrillo-González G.M.; Chaparro-Díaz L.; Sánchez-Herrera B. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. Rev. ORINOQUIA - Universidad de los Llanos - Villavicencio, Meta. Colombia, Año 2015; Vol 19(1): 89 - 99. http://www.scielo.org.co/pdf/rori/v19n1/v19n1a08.pdf
36. Sánchez B. Cuidado seguro: la nueva tendencia en el cuidado de la salud. Actualizaciones en Enfermería. 2010; 14(2): 27 - 32.
37. Barrera L, Pinto N, Sánchez B, Carrillo G, Chaparro L. Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2010
38. Sánchez B, Carrillo G, Barrera L, Chaparro L. Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. Aquichan. 2013; 13(2): 247 - 260.
39. Carreño S. Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2012
40. Carrillo GM, Sánchez B, Barrera L. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad crónica. Index Enferm. 2014; 23(3): 129 - 133.
41. Carrillo GM, Chaparro L, Barrera L, Pinto N, Sánchez B. El blog como herramienta de soporte social para personas con enfermedad crónica. Ciencia y Enfermería. 2011; 17(3):137-149.
42. Cárdenas D, Melenge B, Pinilla J, Carrillo GM, Chaparro L. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. Aquichan. 2010; 10 (3): 204 - 213.

43. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad España, Febrero 2015.
44. Arellano, S. Elementos de investigación, la investigación a través de su informe. Universidad Estatal a distancia. Costa Rica, 1980.
45. Guerra V, Sanhueza O, Cáceres M. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Revista. Latino-Am. Enfermagem. 2012 Oct; 20 (5): 838-846.
46. Yepes M, Montoya B, Orrego M, Cuéllar J, et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud. Medellín, Colombia, 2008; 29(6): 548- 556.
47. KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes) publicadas en 2013 (ref Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl 2013; 3: S6-308
48. Gorostidi M et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica Nefrologia 2014; 34(3):1-15
49. Tonelli M., Riella M. Enfermedad renal crónica y el envejecimiento de la población adulta mayor. Chronic kidney disease and ageing of older adult population. Rev Nefrología, Diálisis y Trasplante 2014; 34 (1) Pág. 1- 7, www.renal.org.ar
50. Rivera A, Montero L, Sandoval R. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. Salud Ment. 2012 Ago; 35(4): 329-337.
51. Cunha L, Teles L, Vasconcelos P, Alves M., et al. Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. Enferm. glob. 2011 Jul; 10(23): 158-164
52. House AA, Ronco C. The burden of cardiovascular risk in chronic kidney disease and dialysis patients (cardiorenal syndrome type 4). Contrib Nephrol 2011; 171:50-56.

53. Lovibond K et al. Cost-eff ectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: a modelling study. www.thelancet.com Published online August 24, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)61184-7
54. Martínez A, Górriz JL, Bover J, et al: "Documento de Consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrologia 2014; 34(2): 243 - 262. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
55. Documento de consenso sobre la ERC.27 de noviembre de 2012. SEN, SEH-LELHA, SEEN, SEMI, SED,SEC,SEMG,SEQC,SEMERGEN y SEMFyC.
56. Levey AS, Stevens LA, Coresh J. Conceptual model of CKD: applica¬tions and implications. Am J Kidney Dis 2009; 53(3 Suppl 3):S4-16.
57. KDIGO Guía Práctica Clínica para la Evaluación y Manejo de la Enfermedad renal crónica. Kidney International Supplements (2013)3-150,1;doi:1038/kisup.2012.73.
58. Zahira Esperanza Á.Á., Germán Alberto D.C., Tovar Cortes D.L. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Fucs. Colombia. Rev. Enferm Nefrol 2016: julio-septiembre; 19 (3): 202/213
59. Sánchez J, Rodríguez A, Baldan S, Cigarrán S, et al. Evaluación de la opinión de los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis respecto al fin de la vida y la planificación anticipada de cuidados. Revista Nefrología. 2011; 31(4): 449-56.
60. Hernández Meca Mª E., Mora Canales J., Lorenzo Martínez S., López Revuelta K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2005; 8 (2).
61. Urzúa M A., Caqueo-Urízar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica; 2012, 30(1): 61-71. https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf
62. Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(S2):74-105.
63. Vinaccia S, Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. Psychol. av. discip. 2012; 6(1): 123-136.

64. Pulido F, Arribas P, Fernández A. Satisfacción de los pacientes en la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 2008 Sep; 11(3): 167-172.
65. Aguilera A, Prieto M, González L, Abad B, Martínez E, Robles I et al. Una estrategia poco utilizada en el cuidado de pacientes con enfermedad renal crónica: la educación en grupo y multidisciplinar de pacientes y sus familiares. Enferm Nefrol. 2012 Mar; 15(1): 14-21
66. Aparicio C, Fernández A, Garrido G. et al. Influencia de la situación clínica en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica. Nefrología (Madrid). 2013; 33 (1): 61-69
67. Julián J, Molinuevo J, Sánchez J. La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. Nefrología, Madrid, 2012; 32(4): 439-445
68. Medellín J. Carrillo G. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. Revista Avances en Enfermeria. 2014; 32 (2): 206 – 216.
69. Guerra V, Sanhueza O, Cáceres M. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Revista. Latino-Am. Enfermagem. 2012 Oct; 20 (5): 838-846.
70. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación. 5ª ed. McGraw-Hill. Interamericana Ed., México, DF, 2010
71. Wigodski Jacqueline. Metodología de la investigación. 14 de julio de 2010. http://jacqueline-wigodski.blogspot.com/ Fuente: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/10descriptiva/10descriptiva.asp
72. Álvarez de Zayas, Ca. Metodología de la investigación científica. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, 1995
73. Césped Pardo V.A. Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa, Posted in Metodología de la investigación. Universidad Central, Nov 2011
74. Mota-Anaya E., Yumpo-Cárdenas D., Alva-Bravo E., Wright-Nunes J., Mayta-Tristán P. Versión en español, del “Kidney Disease Knowledge Survey” (KiKS) en Perú: adaptación cultural y validación. Spanish version of the Kidney Disease Knowledge Survey (KiKS) in Peru: cross-cultural adaptation and validation.

Estudio Primario. Medwave 2016, Ago; 16(7): e6510. Doi: 10.5867/medwave.2016.07.6510

75. Álvarez M. S., Bayarre H. y Quintero G. Construcción de un instrumento para medir calidad de vida en la tercera edad (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Salud Pública La Habana 1996.

76. Alles A, Fraga A, García R, Gómez A, Greloni G, Inserra F et al. Detección precoz de enfermedad renal crónica. Acta bioquím. clín. latinoam. La Plata jul. /set. [revista en la Internet] 2010 [Citado 31 de mayo de 2013]; 44 (3)

77. Valverde Chocho L.E., Zari Álvarez M.A. Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre el autocuidaado de pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo de la función renal del Centro DIALI LIFE - Cuenca 2016. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas, Cuenca, 2016.

78. Sánchez González J.C., Martínez Martínez C., Bethencourt Fernández D. y Pablos López M. Valoración de los conocimientos que tienen los pacientes en hemodiálisis acerca de su tratamiento. The assessment of knowledge about treatment in hemodialysis patients. Rev. Enferm Nefrol vol.18 no.1 Madrid ene./mar. 2015. versión On-line ISSN 2255-3517versión impresa ISSN 2254-2884 http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000100004

79. Ulloa Haro M.E. Conocimiento sobre la prevención de la enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en la Clínica Vista Alegre - 2015. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA. UNIDAD DE POSGRADO. Lima - Perú, 2016

80. Cano J. Conocimientos sobre medidas de prevención de la hipertensión arterial en docentes del 4to y 5to año de secundaria del CETIC Don José de San Martín N° 20334. Huacho: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

81. Montesinos O. Conocimientos sobre la enfermedad renal crónica y hábitos alimenticios en los pacientes con hemodiálisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Arzobispo Loayza. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.

82. Vargas MF. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. [Internet].; 2015 [citado el 25de julio de 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf.Goicoechea M, García-de Vinuesa S, Arroyo D, Luño J. Hiperuricemia, gota y enfermedad renal crónica. Nefrología Suplemento

Extraordinario. [revista en la Internet] 2012 [Citado 31 de mayo de 2013]; 3 (2):8-15.

83. Goicoechea M, García-de Vinuesa S, Arroyo D, Luño J. Hiperuricemia, gota y enfermedad renal crónica. Nefrología Suplemento Extraordinario. [revista en la Internet] 2012 [Citado 31 de mayo de 2013]; 3 (2):8-15.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"CONOCIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ADULTOS MADUROS DE 50 -59 AÑOS DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018."

Estimado(a) usuario(a), debo agradecer por su interés en participar en la presente investigación, la cual detallamos a continuación.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: En el presente estudio queremos determinar sus conocimientos sobre la enfermedad renal crónica y cómo influye esto en su calidad de vida.

CONFIDENCIALIDAD: Los datos del instrumento de estudio, serán mantenidos en absoluta reserva. Su nombre no será utilizado para ningún propósito que sea ajeno a la presente investigación.

CONSENTIMIENTO:

Para protección de los derechos éticos de los participantes que proporcionaran la información para la investigación titulada "CONOCIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ADULTOS MADUROS DE 50 -59 AÑOS DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018".se formaliza el siguiente consentimiento informado:

Yo_____ con N de DNI_____edad ___sexo_____ como información de la investigación, en pleno uso de mis facultades, libres y voluntariamente doy constancia de lo siguiente.

He sido informado(a) de manera verbal escrita el día ___del mes ____ del año___2018, sobre los aspectos de la investigación.

Para que así conste, firmo, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna el presente documento y recibo un duplicado del mismo.

_____ _____

Investigadora: Espinoza Gálvez Paciente:

DNI DNI

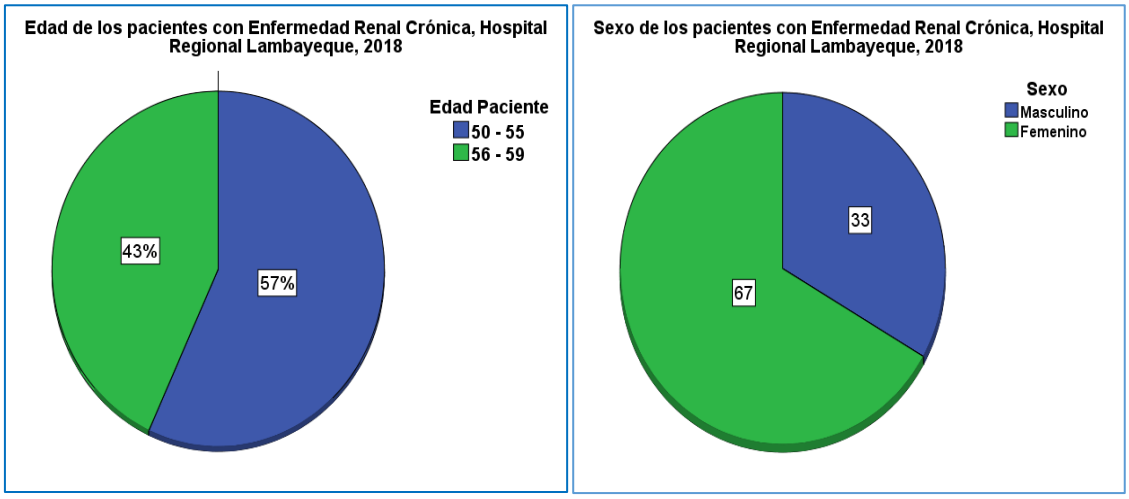
ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
50 - 55	29	56,9	56,9	56,9
56 - 59	22	43,1	43,1	100,0
X= 54,61 ± 3,59 años				
Sexo				
Masculino	17	33,3	33,3	33,3
Femenino	34	66,7	66,7	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a los pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en el Hospital regional Lambayeque, 2018 en el servicio de hemodiálisis

Gráfico Nº 1

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE, 2018



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a los pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en el Hospital regional Lambayeque, 2018

Interpretación: El 56,9% de los pacientes con ERC tienen edad entre 50 a 55 años, y el 43,1% tuvo edad entre 56 a 59 años.

La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 54,61 ± 3,59 años.

El 66,7% de los pacientes son del sexo femenino y el 33,3% del sexo masculino

Cuestionario validado sobre conocimientos de enfermedad renal crónica:

1. En promedio, su presión arterial debería ser:

a)160/90 b)150/100 c)170/80 d) Menor a 140/90 (correcta)

2. ¿Existen algunos medicamentos que su doctor puede recetarle para mantener su(s) riñón (es) saludable(s)?

a) Sí (correcto) b) No

3. ¿Por qué una alta presencia de proteínas en la orina no es buena para los riñones?

a) Puede afectar a los riñones. b) Es un signo de daño renal.

c) Es signo de daño renal y puede afectar a los riñones. (correcto)

d) Puede causar una infección urinaria e) Todas las anteriores

4. Seleccione EL MEDICAMENTO de la siguiente lista que una persona con enfermedad renal CRÓNICA debe EVITAR:

a) Enalapril b) Paracetamol c) Ibuprofeno (correcta)

d) Vitamina E e) Suplementos de hierro

5. Si falla(n) su(s) riñón(es), el tratamiento podría incluir (PARA ESTA PREGUNTA puede ELEGIR DOS RESPUESTAS):

a) Biopsia pulmonar b) Hemodiálisis (correcta) c) Broncoscopía

d) Colonoscopía e)Trasplante renal (correcta)

Nota: Se deben marcar TANTO hemodiálisis COMO trasplante renal para que el ítem del cuestionario sea calificado como correcto (b+e).

6. ¿Qué significa TFG?

a) Tasa de Filtración Glomerular –indica el nivel de la función renal (correcta)

b) Tiempo de Flujo Glomerular –indica el tiempo que le toma al riñón filtrar la sangre

c) Total Flujo Glomerular- indica la cantidad de sangre que llega al riñón

d) Tasa de Función de Glucosa- indica el nivel de glucosa en sangre

7. ¿Hay estadios/etapas en la enfermedad renal CRÓNICA?

a) Sí (correcta) b) No

8. ¿La enfermedad renal CRÓNICA incrementa las posibilidades de muerte por ataque cardíaco/ infarto? a) Sí (correcto) b) No

9. ¿La enfermedad renal CRÓNICA incrementa las posibilidades de muerte por cualquier causa?

a) Sí (correcto) b) No

La siguiente sección se refiere a LO QUE LOS RIÑONES HACEN. Por favor seleccione una respuesta

para cada una de las siguientes preguntas.

10. ¿Los riñones producen la orina? a) Sí (correcto) b) No

11. ¿Los riñones limpian la sangre? a) Sí (correcto) b) No

12. ¿Los riñones ayudan a mantener los huesos saludables? a) Sí (correcto) b) No

13. ¿Los riñones impiden la caída del cabello? a) Sí b) No (correcto)

14. ¿Los riñones ayudan a mantener el número de glóbulos rojos normales?

a) Sí (correcto) b) No

15. ¿Los riñones ayudan a mantener la presión arterial en valores normales?

a) Sí (correcto) b) No

16. ¿Los riñones ayudan a mantener la glucosa en sangre normal?

a) Sí b) No (correcto)

17. ¿Los riñones ayudan a mantener el nivel de potasio en sangre normal?

a) Sí (correcto) b) No

18. ¿Los riñones ayudan a mantener el nivel de fósforo en la sangre normal?

a) Sí (correcto) b) No

La siguiente sección se refiere a los SÍNTOMAS. Por favor seleccione de la siguiente lista todos los síntomas que una persona puede tener en caso de padecer de enfermedad renal crónica o falla renal.

19. ¿Incremento de fatiga?	a) Sí (correcto)	b) No
20. ¿Falta de aire?	a) Sí (correcto)	b) No
21. ¿Sabor metálico / mal sabor en la boca?	a) Sí (correcto)	b) No
22. ¿Picazón inusual?	a) Sí (correcto)	b) No
23. ¿Náuseas y/o vómitos?	a) Sí (correcto)	b) No
24. ¿Caída del cabello?	a) Sí	b) No (correcto)
25. ¿Mayor dificultad para dormir?	a) Sí (correcto)	b) No
26. ¿Pérdida de peso?	a) Sí (correcto)	b) No
27. ¿Confusión?	a) Sí (correcto)	b) No
28. ¿Ningún síntoma?	a) Sí (correcto)	b) No

Validación

Se evaluó la validez y fiabilidad del instrumento. Para evaluar la fiabilidad se trabajaron dos indicadores, la consistencia interna y la estabilidad. La consistencia interna se midió con el coeficiente de Kuder – Richardson considerando un valor >0,70 como aceptable, se hizo con toda la población evaluada para la validez de constructo. La estabilidad del cuestionario se calculó realizando un test- retest con un lapso de siete días en 30 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen[72].

Para evaluar la estabilidad global del instrumento se calculó coeficiente de correlación intraclase, considerando un valor mayor de 0,40 como concordancia moderada. Adicionalmente, se midió la estabilidad de cada ítem a través del coeficiente Kappa y con el test de McNemar. Un coeficiente Kappa debería ser mayor de 0,4 para tener al menos una fuerza de concordancia moderada, y la prueba de McNemar, tener una p mayor de 0,05 para determinar que no hubo variación entre las respuestas[72].

ESCALA M. G. H. DE CALIDAD DE VIDA.

	Casi Siempre (4)	A Menudo (3)	A Veces (2)	Casi Nunca (1)
1.- Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físico, subir y bajar escaleras, agacharse, levantarse).				
2.- Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.				
3.- Mi familia me quiere y respeta.				
4.- Mi estado de ánimo es favorable.				
5.- Me siento confiado y seguro frente al futuro.				
6- Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas de la vida (cocinar, lavar, limpiar, bañarme, comer)				
7.- Puedo leer libros, revistas o periódicos.				
8- Soy importante para mi familia.				
9.-Me siento solo y desamparado en la vida.				
10.-Mi vida es aburrida y monótona.				
11.- Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.				
12.-Puedo aprender cosas nuevas.				
13.-Puedo usar el transporte público.				
14.-Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades, de cualquier índole.				
15.-Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me puedan presentar.				
16.-He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.				
17.-Estoy satisfecho con las condiciones económicas que tengo.				
18.-Soy capaz de atenderme a mi mismo y cuidar de mi persona.				
19.-Estoy nervioso o inquieto.				
20.-Puedo ayudar en el cuidado y atención de mis nietos (u otros niños que vivan en el hogar).				
21.-Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.				
22.-Mis creencias me dan seguridad en el futuro.				
23.-Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.				
24.-Soy feliz con la familia que he constituido.				
25.-Salgo a distraerme (solo, con mi familia o mis amigos)				
26-Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir yo en ella.				
27.-He pensado quitarme la vida.				
28.-Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.				
29.-Considero que todavía puedo ser una persona útil.				
30.-Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.				
31.-Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.				
32.-Tengo aspiraciones y planes para el futuro.				
33.-Soy feliz con la vida que llevo.				

Interpretación Global:

Buena calidad de vida : 103 – 136 puntos

Regular calidad de vida : 69 – 102 puntos

Mala calidad de vida : 34 – 68 puntos

Fuente: Lic. Miriam Álvarez Pérez, Prof. Gema Quintero Danauy, Héctor Bayarre Vea. (Registrada en Cuba en la Oficina Nacional de Patentes)[73].

INSTRUCTIVO DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD (MGH)

Autores: Mirian Alvares, Hernán Bayarre y Gema Quintero

Versión en español: Bayarre, H. – Cuba, 2009

Forma de aplicación: Individual

Tiempo de aplicación: 15 a 20 minutos

Finalidad: Evaluar la calidad de vida de los adultos mayores

Validez y confiabilidad: Consistencia demostrada con un Alpha de Cronbach 0.91, considerado como aceptable. La validez de contenido, dada por expertos fue adecuada, así como la validez de constructo evaluada a través del análisis factorial por componentes principales.

Opciones de respuesta: El formato de respuesta tiene un escalamiento tipo Likert de 4 puntos con las siguientes opciones de respuesta:

Opciones de respuesta	Puntaje
Casi siempre	4
A menudo	3
Algunas veces	2
Casi nunca	1

Excepto en 6 ítems que corresponden al 6, 10, 11, 12, 20 y 28; estos son considerados negativos en donde la puntuación se invierte.

Estructura: Se compone de 34 ítems, que abarcan las siguientes dimensiones:

Salud física (6 ítems): 1; 4; 7; 20; 28 y 32

- Muy baja calidad de vida: 6 – 16 puntos

- Baja calidad de vida: 17 – 18 puntos

- Media calidad de vida: 19 – 20 puntos

- Alta calidad de vida: 21 – 24 puntos

Relaciones interpersonales (7 ítems): 3; 9; 16; 22; 24; 25 y 29

- Muy baja calidad de vida: 7 – 19 puntos

- Baja calidad de vida: 20 – 22 puntos

- Media calidad de vida: 23 – 24 puntos

- Alta calidad de vida: 25 – 28 puntos

Independencia para realizar actividades (7 ítems):2; 8; 12; 14; 19; 21 y 26

- Muy baja calidad de vida: 7 – 19 puntos

- Baja calidad de vida: 20 – 22 puntos

- Media calidad de vida: 23 – 24 puntos

- Alta calidad de vida: 25 – 28 puntos

Satisfacción por la vida (14 ítems): 5; 6; 10; 11; 13; 15; 17; 18; 23; 27; 30; 31; 33 y 34

- Muy baja calidad de vida: 14 – 39 puntos

- Baja calidad de vida: 40 – 45 puntos

- Media calidad de vida: 46 – 49 puntos

- Alta calidad de vida: 50 – 56 puntos

Criterios de calificación global:

Al realizar la suma algebraica del valor obtenido de los 34 ítems obtenemos los siguientes parámetros de calificación global de esta escala:

- Calidad de vida muy baja: 34 a 94 puntos.

- Calidad de vida baja: 95 a 110 puntos.

- Calidad de vida media: 111 a 118 puntos.

- Calidad de vida alta: 119 a 136 puntos.

CARTILLA DE VALIDACIÓN NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA ENCUESTA, ESCALA M. G. H. DE CALIDAD DE VIDA

A. NOMBRE DEL JUEZ		
B. PROFESIÓN		
	TITULO Y GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	
	ESPECIALIDAD	
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	
	CARGO	
"CONOCIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ADULTOS MADUROS DE 50 -59 AÑOS DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE,2018"		
C. NOMBRE DEL TESISTA		Espinoza Gálvez Yanelita
D. INSTRUMENTO EVALUADO		Entrevista semiestructurada
E. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la calidad de vida de los adultos maduros de 50 a 59 años con enfermedad renal crónica, atendidos en el Hospital Regional Lambayeque, 2018
EVALUE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA C.S.= Casi Siempre, A.M.= A Menudo, A.V.= A Veces,C.N.= Casi Nunca,T.A.= Totalmente de Acuerdo, T.D.= Totalmente en Desacuerdo. ,SI ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS		

	C. S. (4)	A. M. (3)	A. V. (2)	C. .N. (1)	T. A	T. D.	Observaciones y/o Sugerencias
1. Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físico, subir y bajar escaleras, agacharse, levantarse).							
2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.							

F. PREGUNTAS

3. Mi familia me quiere y respeta.							
4. Mi estado de ánimo es favorable.							
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro.							
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido.							
7. Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas de la vida (cocinar, lavar, limpiar, bañarme, comer)							
8. Puedo leer libros, revistas o periódicos.							
9. Soy importante para mi familia.							
10. Me siento solo y desamparado en la vida.							
11. Mi vida es aburrida .							
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.							
13. Puedo aprender cosas nuevas.							
14. Puedo usar el transporte público.							
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades, de cualquier índole.							
16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me puedan presentar.							
17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.							
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas que tengo.							
19. Soy capaz de atenderme a mi mismo y cuidar de mi persona.							
20. Estoy nervioso o inquieto.							
21. Puedo ayudar en el cuidado y atención de mis nietos (u otros niños que vivan en el hogar).							
22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.							
23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro.							
24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.							
25. Soy feliz con la familia que he constituido.							
26.Salgo a distraerme (solo, con mi familia o mis amigos)							
27. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir yo en ella.							
28. He pensado quitarme la vida.							
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del							

hogar.							
30. Considero que todavía puedo ser una persona útil.							
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.							
32.Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.							
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.							
34. Soy feliz con la vida que llevo.							

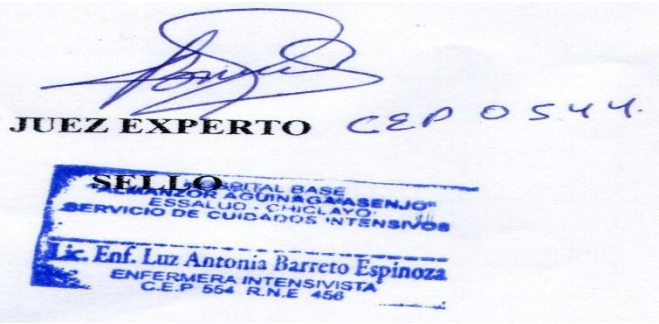
Leyenda:

C.S.= Casi Siempre

A.M.= A Menudo

A.V.= A Veces

C.N.= Casi Nunca

T.A.= Totalmente de Acuerdo

T.D.= Totalmente en Desacuerdo.