

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS
EN TERAPIA DE HEMODIÁLISIS. LAURENT CENTRO DE HEMODIÁLISIS
- CAJAMARCA, 2017**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: FANY MARISOL CARRANZA VÁSQUEZ

Asesora:

M.Cs. YENY OLGA IGLESIAS FLORES

Cajamarca – Perú

2019

COPYRIGHT © 2019 by
FANY MARISOL CARRANZA VÁSQUEZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS APROBADA:

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN TERAPIA DE HEMODIÁLISIS. LAURENT CENTRO DE HEMODIÁLISIS - CAJAMARCA, 2017

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: FANY MARISOL CARRANZA VÁSQUEZ

JURADO EVALUADOR:

M.Cs. Yeny Olga Iglesias Flores
Asesora

Dra. Rosa Esther Carranza Paz
Jurado Evaluador

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva
Jurado Evaluador

M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares
Jurado Evaluador

Cajamarca – Perú

2019



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD

Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 9:00 horas del día 15 de octubre de Dos Mil Diecinueve, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ROSA ESTHER CARRANZA PAZ**, **Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA**, **M.Cs. DELIA ROSA YTURBE PAJARES**, y en calidad de Asesora la **M.Cs. YENY OLGA IGLESIAS FLORES**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN TERAPIA DE HEMODIÁLISIS. LAURENT CENTRO DE HEMODIÁLISIS-CAJAMARCA, 2017**, presentada por la **Bach. En Enfermería FANY MARISOL CARRANZA VÁSQUEZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó Aprobación con la calificación de 18 (dieciocho) excelente la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. En Enfermería FANY MARISOL CARRANZA VÁSQUEZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 10:15 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

M.Cs. Yeny Olga Iglesias Flores
Asesora

Dra. Rosa Esther Carranza Paz
Jurado Evaluador

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva
Jurado Evaluador

M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A Dios por su amor tan grande y ser mi
fortaleza para el logro de mis objetivos.

A mí estimada asesora por su ayuda
moral e intelectual para lograr esta meta.

A mis queridos padres por su apoyo constante,
respeto y perseverancia para mi superación en el día a día

AGRADECIMIENTOS

A los médicos nefrólogos Alder Murrugarra Araujo y Jorge Yucra Lazo, por contribuir con su profesionalismo como expertos para la validación de los instrumentos aplicados.

Al Hospital Regional Docente de Cajamarca, institución que me alberga y permite que se pueda dar la oportunidad de vida a nuestros pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis.

A la institución Laurent Centro de Hemodiálisis y personal que labora en esta entidad, en especial a las licenciadas en enfermería y mis pacientes quienes colaboraron gentilmente para la aplicación de encuestas.

A mis hermanas; en especial a Ana Yuliza Carranza Vásquez, por estar pendiente y hacer que consolide esta tesis.

A mis estimados amigos de la maestría, unas grandes personas que me motivaron a seguir adelante durante todo el desarrollo este trabajo de investigación.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	vi
LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE ANEXOS.....	xi
LISTA DE ABREVIACIONES	xiii
GLOSARIO.....	xiv
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN	xviii
CAPÍTULO 1	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.3. JUSTIFICACIÓN	6
1.4. OBJETIVOS	8
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	8
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
CAPÍTULO 2	9
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	9
2.1.1. A Nivel Internacional	9
2.1.2. A Nivel Nacional	12
2.2. BASES TEÓRICAS	14
2.2.1. Adherencia Terapéutica	15
2.2.2. Calidad de Vida (CV)	23
2.2.3. Teorías o Modelos en Salud que Fundamentan el Estudio	31
2.3. HIPÓTESIS	34
2.4. VARIABLES	35

CAPÍTULO 3	37
MARCO METODOLÓGICO	37
3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	37
3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	37
3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS	38
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	40
3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
CAPÍTULO 4	42
RESULTADOS Y ANÁLISIS	42
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	77

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1a. Aspectos demográficos de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis- Cajamarca, 2017.	42
Tabla 1b. Aspectos sociales de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis- Cajamarca, 2017.	43
Tabla 2. Nivel de adherencia terapéutica de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.	46
Tabla 3. Nivel de adherencia terapéutica según la dimensión de control de medicamentos y alimentación de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis-Cajamarca, 2017.	47
Tabla 4. Nivel de adherencia terapéutica según las dimensiones de seguimiento médico conductual y autoeficacia, de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis-Cajamarca, 2017.	50
Tabla 5. Calidad de vida de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.	52
Tabla 6. Calidad de vida según las dimensiones salud física y mental, de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis-Cajamarca, 2017.	53

Tabla 7. Calidad de vida según las dimensiones de carga de la enfermedad renal, sintomatología/problemas y efectos de la enfermedad renal de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis, 2017.	56
Tabla 8. Adherencia terapéutica y calidad de vida de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis-Cajamarca, 2017.	59

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo 01: Planilla de juicio de expertos	78
Anexo 02: Escala de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas basada en comportamientos explícitos	82
Anexo 03: Cuestionario enfermedad del riñón y calidad de vida (KDQOL™-36)2017.	85
Anexo 04: Prueba de confiabilidad de los instrumentos	90
Anexo 05: Consentimiento informado	92
Anexo 06: Costos de la cartera de atención del FISSAL - 2017.	94
Anexo 07: Tabla 3a: Adherencia terapéutica: Porcentaje de cumplimiento de los ítems de la dimensión de medicamentos y alimentación de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.	96
Anexo 08: Tabla 6a: Calidad de Vida: Ítems de la dimensión salud física de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.	97
Anexo 09: Tabla 6b: Calidad de Vida: Ítems de la dimensión salud mental de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.	98
Anexo 10: Gráfico 7a: Calidad de vida: Ítems de la dimensión sintomatología/problemas de la ERC de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.	99

Anexo 11: Tabla 7a: Calidad de vida: Ítems de la dimensión carga de la enfermedad renal de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.	100
Anexo 12: Tabla 7b: Calidad de vida: Ítems de la dimensión efectos de la enfermedad renal de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.	101

LISTA DE ABREVIACIONES

CV:	Calidad de Vida
CVRS:	Calidad de Vida Relacionada a Salud
EAT:	Escala de Adherencia Terapéutica
ERC:	Enfermedad Renal Crónica
FAV:	Fístula Arterio-Venosa
FISSAL:	Fondo Intangible Solidario de Salud
HD:	Hemodiálisis
HRDC:	Hospital Regional Docente de Cajamarca
Kcal:	Kilo calorías
KDQOL:	Kidney Disease Quality of Life o Enfermedad Renal y Calidad de Vida
Kg:	Kilogramos
LCH:	Laurent Centro de Hemodiálisis
MINSA:	Ministerio de Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
TFG:	Tasa de Filtrado Glomerular
TRR:	Terapia de Reemplazo Renal

GLOSARIO

Enfermedad renal crónica. Disminución de la función renal, expresada por la tasa de filtrado glomerular (TFG) o por un aclaramiento de creatinina estimados < 60 ml/min/1,73 m², o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses.

Terapia de remplazo renal. Tratamiento que permite sustituir algunas funciones del riñón, en pacientes con insuficiencia renal. Los tratamientos son hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal.

Hemodiálisis. Técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua, solutos y de regular el equilibrio ácido-básico y electrolítico. No suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales.

Accesos vasculares. Medio o dispositivo a través del cual permite el acceso seguro y repetido al sistema vascular y proporciona flujo suficiente para administrar la dosis de hemodiálisis indicada.

Adherencia Terapéutica. Grado en que el comportamiento de una persona (tomar un medicamento, seguir un plan alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”.

Calidad de vida relacionada con salud (CVRS). Evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo general determinar y analizar la asociación entre adherencia terapéutica y calidad de vida de las personas en terapia de hemodiálisis; estudio de tipo descriptivo, correlacional, corte transversal; participaron 32 pacientes de Laurent Centro de Hemodiálisis – Cajamarca, 2017; aplicándose la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) y el cuestionario Enfermedad Renal y Calidad de Vida (KDQOL-SF-36). 68.7% son de sexo masculino; edad predominante 41 a 60 años (43.8%), la mayoría no trabajan (62.5%), 40.6% tienen educación básica, 81.3% su tratamiento es financiado por SIS-FISSAL, 12.5% SALUDPOL y 6.3% se autofinancia. La mayoría con terapia entre los 3 meses a 3 años y las principales patologías que produjeron el daño renal son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. La adherencia terapéutica alcanzó nivel alto 90.6% y moderado 9.4%; sobresaliendo las dimensiones de seguimiento médico conductual y autoeficacia con 93.8% en ambas y 84.4% en control de medicamentos y alimentación. La calidad de vida en general, presenta un nivel de afectación leve y moderada, ambos en igual porcentaje (50%); sobresaliendo las dimensiones de salud mental y física que presentan afectación moderada con 96.9% y 87.5% respectivamente; en las dimensiones específicas, la menos afectada es la sintomatología/problemas (93.8% leve); la carga y efectos de la enfermedad presenta los tres modos de afectación (severa, moderada, leve). Al asociar ambas variables la prueba Chi cuadrado, arrojó un $p=0,554$; se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Palabras claves: Enfermedad renal crónica; adherencia terapéutica; calidad de vida.

ABSTRACT

The general objective of this research was to determine and analyze the association between therapeutic adherence and quality of life of people in hemodialysis therapy; a descriptive, correlational, cross-sectional study; 32 patients from Laurent Hemodialysis Center - Cajamarca, 2017 participated; 32 patients from Laurent Hemodialysis Center - Cajamarca, 2017 participated; applying the Therapeutic Adherence Scale (EAT) and the Renal Disease and Quality of Life questionnaire (KDQOL-SF-36). 68.7% are male; predominant age 41 to 60 years (43.8%), most do not work (62.5%), 40.6% have basic education, 81.3% their treatment is financed by SIS-FISSAL, 12.5% SALUDPOL and 6.3% is self-financing. The majority with therapy between 3 months to 3 years and the main pathologies that produced the renal damage are arterial hypertension and diabetes mellitus. Therapeutic adherence reached a high level of 90.6% and a moderate level of 9.4%; the dimensions of behavioral medical follow-up and self-efficacy stand out with 93.8% in both and 84.4% in medication and food control. The quality of life in general, it presents a slight and moderate level of affectation, both in equal percentage (50%); standing out the dimensions of mental and physical health that present moderate affectation with 96.9% and 87.5% respectively; in the specific dimensions, the least affected is the symptomatology/problems (93.8% slight); the load and effects of the disease present the three modes of affectation (severe, moderate, slight). By associating both variables, the Chi-square test, yielded a $p=0.554$; the alternate hypothesis is rejected and the null hypothesis is accepted.

Key words: Chronic kidney disease; therapeutic adherence; quality of life

INTRODUCCIÓN

Las personas que padecen de enfermedad renal crónica en estadio 5 (ERC V) y llevan la terapia de hemodiálisis requieren de manejo muy complejo. Estos pacientes son uno de los colectivos que toman mayor cantidad de comprimidos en comparación con otros enfermos crónicos^{2,3,8}. Uno de los principales problemas que encuentran, son las dificultades que éstos tienen para cuidarse de sí mismos; esto nos lleva a manifestar de cuan cumplidos o adherentes son. La “adherencia terapéutica” referida a un constructo amplio como la toma de un fármaco, el cambio de hábitos de vida, a la proporción de información paciente- profesional respecto a medicación, asistencia a citas, participación activa en tratamientos psicológico, alimentación, ejercicio, higiene, entre otros²⁵⁻²⁸.

Los múltiples avances habidos en el tratamiento sustitutivo de ERC V, tanto de tipo farmacológico así como técnicos, han supuesto una mejora en calidad y expectativa de vida; sin embargo, el tratamiento y la evolución crónica de la enfermedad limitan al paciente y se constituyen en factores agresores que desencadenan estrés, aislamiento social, así como limitaciones a la posibilidad de locomoción y paseos, disminución de las actividades físicas, dependencia y sentimiento de miedo e inseguridad. Por tanto, la calidad de vida es un factor de extrema importancia ya que determina el bienestar, satisfacción y condiciones de vida y salud del paciente^{38 - 42}.

La investigación de esta problemática se realizó con el interés de determinar y analizar si existe o no asociación entre adherencia terapéutica y calidad de vida de las personas en terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis. Cajamarca, 2017. Para lo cual se determinó la adherencia terapéutica en lo correspondiente al control de medicamentos y alimentación, seguimiento médico conductual y autoeficacia y calidad de vida en sus

dimensiones, salud física y mental, sintomatología/problemas de la enfermedad renal, efectos de la enfermedad renal, carga de la enfermedad renal. Asimismo; permitió generar aporte con estadísticas recientes, permitiéndome identificar, analizar aquellos factores que convergen y que determinan la adherencia y la calidad de vida de las personas que llevan terapia de hemodiálisis; así como, plantear e implementar estrategias a fin de favorecer al bienestar del paciente.

La estructura general de este trabajo de investigación, se presentan de la siguiente forma:

En el primer capítulo se plantea de manera global la problemática de interés del estudio, la justificación y los objetivos propuestos.

En el segundo capítulo detalla los aspectos teóricos, antecedentes y las bases teóricas que lo sustentan. Asimismo, se precisa las hipótesis planteadas y la operacionalización de las variables.

En el tercer capítulo resalta el aspecto metodológico que se siguió para el desarrollo del trabajo de investigación

Finalmente, en el cuarto capítulo se presentan los resultados encontrados y el análisis correspondiente de los mismos.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El mundo transita por una verdadera epidemia de las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ^{1,2} estima que éstas son responsables del 60% de las muertes en el mundo, y constituyen el principal gasto en salud. Si bien no menciona la enfermedad renal crónica (ERC), ésta afecta a cerca de 10% de la población mundial y se estima que hay 35 millones de muertes atribuidas a esta causa^{2,3}.

La ERC es una situación patogénica caracterizada por anormalidades funcionales o estructurales del riñón que provocan un descenso de la tasa de filtrado glomerular menor de 60 ml/min/1.73m² con la presencia de estas de al menos 3 meses y se clasifica en 5 estadios de severidad; es en el estadio V de la ERC, donde se da la necesidad de seguir una de las terapias de remplazo renal (TRR): hemodiálisis (HD) diálisis peritoneal (DP) y trasplante renal (Tx) ^{4,5}.

Los pacientes en HD, conllevan una situación de enfermedad generalmente durante largo periodo de tiempo, por lo que resulta más difícil el cumplimiento de las diferentes medidas terapéuticas. El hecho de que estos pacientes sean crónicos y generalmente polimedicados, genera numerosas dificultades para cumplir correctamente los tratamientos prescritos, por esta razón es fundamental fomentar la motivación y control en estos pacientes para que se cumpla mejor su régimen terapéutico⁵⁻⁷.

Suelen ser pacientes con un mal cumplimiento terapéutico por una falta de información y/o comprensión sobre el tratamiento farmacológico, por la cronicidad y la pluripatología que favorece la desmotivación del paciente y también, por el hecho que se da en estos pacientes, de incumplir el tratamiento cuando se encuentran controlados y creen estar mejor⁵⁻⁷. Todo esto hace necesario que se logre en los pacientes la adherencia o apego al tratamiento y de esta manera mejoren su calidad de vida.

La adherencia terapéutica es un proceso complejo que involucra diversas conductas como tomar los medicamentos según la prescripción médica, evitar conductas de riesgo, asistir a los controles, desarrollar conductas saludables, entre otras. Esta diversidad de conductas se debe realizar de manera continua y permanente, sin verse afectada por las situaciones cambiantes e inesperadas en el diario vivir de cualquier persona⁸.

En las últimas décadas, la adherencia terapéutica ha evolucionado en el rol que asume el paciente, pasando de una posición de ejecutor obediente de las indicaciones médicas, a una de decisor e integrador de las recomendaciones de médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud, para aplicarlas en su vida cotidiana. Igualmente, la adherencia se considera una responsabilidad no exclusiva de los pacientes sino que involucra a los profesionales y al sistema de salud^{8,9}.

Es bien sabido, que el manejo de una condición crónica de salud, dirigido a mantener la calidad de vida de la persona y a minimizar las complicaciones y comorbilidades, depende principalmente de la adherencia terapéutica ya descrita. La adherencia deficiente es un problema mundial, que según diversos estudios de la OMS, llega hasta al 50% en la parte farmacológica, con diferencias por

patologías. Cuando el tratamiento es complejo y requiere cambio en los hábitos de vida, la NO adherencia puede llegar hasta al 70%⁷⁻⁹.

Las consecuencias negativas del incumplimiento de las prescripciones de salud son múltiples y tienen impactos personales, familiares y sociales⁴⁻⁹. En lo que respecta a salud genera consultas de repetición, recaídas, ingresos por este motivo y utilización de urgencias; todavía existen barreras a nivel de pacientes, profesionales sanitarios, sistema sanitario y tratamiento que impiden que la adherencia terapéutica sea efectiva al 100%⁷⁻⁹.

En Cuba la enfermedad renal crónica en estadio V ha ido en aumento en los últimos años. Para el 2015 se espera un ascenso a 3360 de los pacientes necesitados de diálisis, requiriéndose de altos costos sanitarios, y de recurso humanos y materiales. Al ser frecuentes las complicaciones a las que expone este tratamiento, la adherencia deficiente a ello las aumentaría; por lo que, se hace necesario que los pacientes conozcan las características de la enfermedad, sean educados en el adecuado manejo y control de la misma y mantengan una disciplina estricta en el cumplimiento de las orientaciones dietéticas e indicaciones terapéuticas dadas por el equipo de salud⁷.

Si bien es cierto que la falta de adherencia terapéutica entorpece la adopción del rol de enfermo que tiene que asumir la persona con un padecimiento crónico, la adherencia puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a la no progresión de la enfermedad, evita complicaciones y prolonga la vida; constituyendo la adherencia terapéutica un componente del proceso de enfermar, que puede adquirir un carácter salutógeno; de lo contrario, estaría menguando la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes en programa de

hemodiálisis ^{10, 11} . La medida de la calidad de vida, ayuda a determinar los efectos que produce la enfermedad en el paciente y la forma en la que afecta todos los aspectos de su vida dentro de estos está el bienestar físico, social, psicológico y espiritual⁷.

En el Perú en 2012, dentro de las causas específicas de mortalidad, la insuficiencia renal constituyó una de las 10 primeras causas de muerte representando el 3,3% de las defunciones. Los establecimientos del Ministerio, de Salud (MINSA) muestra una tendencia ascendente de las atenciones por consulta externa por ERC, pasando de 4 402 el año 2002 a 14 863 el año 2011. La oferta de servicios de hemodiálisis proviene mayormente de la empresa privada en un 60% versus un 40% del sector público y está concentrada en Lima con un 34% así como en la región norte con un 28,6%, siendo más baja en la región oriente con 9,5% ¹².

En el desempeño profesional, se vivencia una problemática nada ajena a la nacional, donde la prevalencia de pacientes en TRR por millón de población (pmp) en el Perú fue de 415 pmp, la demanda sobrepasa los servicios ofertados en los establecimientos del MINSA¹². La Región Cajamarca no se proyectó para hacer frente a este problema de salud pública, no se contaba con la infraestructura, escasez de recursos humanos especializados y la complejidad de manejo del tratamiento, que así lo exigía. Más aún, que los pacientes ingresaban en un estado crítico, donde la estabilización, manejo y rehabilitación resulta elevadamente costoso sumado a la dificultad de lograr la adherencia terapéutica, haciendo que resulte un proceso difícil y siendo mayor cuando se trastoca la dimensión emocional, social y física de los pacientes.

Por lo que resulta de vital importancia el soporte profesional especializado y del equipo interdisciplinario de salud en el lugar de origen de los pacientes, para que estos logren la aceptación de su enfermedad, así como la continuidad de su tratamiento; teniendo en cuenta que anteriormente para recibir la terapia de reemplazo renal (TRR) eran referidos a otros lugares como Trujillo, Chiclayo o Lima porque en nuestro medio no se contaba con estos tratamientos.

En la actualidad la Región Cajamarca cuenta con un solo centro de hemodiálisis y según su capacidad resolutive ofrece sus servicios a pacientes que autofinancian su tratamiento, a aquellos que cuentan con convenio con la institución a través de un seguro de salud como SALUDPOL, FISSAL; en el caso de estos últimos, son derivados del HRDC para poder llevar la consecución de su tratamiento, siendo el costo subvencionado de S/ 66 485.32/año (Anexo N° 05). Una gran parte de los pacientes que requieren del manejo de su enfermedad son de zona rural y de provincias donde muchas de las veces tienen que alquilar casa o viajar continuamente ya que los tratamientos se realizan tres veces por semana; esto también hace que en algunos casos el paciente y la familia “se cansen”.

En el desempeño profesional, se ha visto que el manejo integral favorece la estabilidad de su enfermedad y por ende mejora su calidad de vida. En estos pacientes se puede observar que la calidad de vida varía de uno a otro, lo mismo sucede con el cumplimiento de las indicaciones, puesto que algunos se cuidan y otros lo hacen medianamente. En este contexto nos formulamos la siguiente interrogante.

1.2. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿La adherencia terapéutica está asociada con la calidad de vida de las personas en terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis. Cajamarca, 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La problemática de la enfermedad renal crónica estadio V es cada día más preocupante, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes en quienes mengua su calidad de vida, para sus familias y los sistemas de salud. Constituyéndose en un desafío para los países de bajos y medianos ingresos, dentro de los cuales se encuentra Perú¹². La comprensión de la situación de la enfermedad renal en Cajamarca es un paso fundamental para que se formulen las herramientas necesarias para la prevención, manejo y mantenimiento de los pacientes que llevan terapia de reemplazo de la función renal: Hemodiálisis.

En Cajamarca no existen estudios que evidencien esta problemática, dado que el diagnóstico, tratamiento y cuidados de estos pacientes en terapia de hemodiálisis es relativamente nuevo. La experiencia adquirida en el manejo y cuidado brindado a estos pacientes, muestra, que se requiere de un apego a la terapia y los regímenes de cuidado toda vez que tiene que convivir con una enfermedad incurable, dolorosa, que obliga a cambiar sus hábitos dietéticos y su vida en general. Lo que hace importante la realización de este estudio de investigación para que se indaguen o revelen necesidades que involucren la adherencia a este tratamiento y cómo esta repercute en la calidad de vida.

Este estudio se realizará en la entidad privada de Laurent Centro de Hemodiálisis, toda vez que como se comentó en la problemática, que para la continuidad del TRR hemodiálisis los usuarios son referidos a este centro. Para valorar o conocer el apego terapéutico se hace necesario que el usuario sea continuador ya que no se podría ver en el primer tratamiento que generalmente es el de emergencia, el mismo que se hace en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC).

La relevancia de este estudio radica en que se estableció la adherencia terapéutica de los usuarios en terapia de hemodiálisis, considerando los comportamientos explícitos y finalmente se determinó y analizó su asociación con la calidad de vida. Los resultados del estudio servirán como línea de base que permitirá al profesional de Enfermería y el equipo de salud la formulación de herramientas necesarias tanto para el equipo de salud como para los pacientes para lograr el apego terapéutico por autodeterminación, alcanzando el autocuidado y contribuyendo a mejorar su calidad de vida; resaltando la importancia del papel de Enfermería en el cuidado de estos pacientes toda vez que el profesional de Enfermería es el educador principal para lograr el apego terapéutico.

Esta investigación servirá de base para futuras investigaciones que deseen profundizar en este tema, o que sirva de comparativo con otros estudios y otras realidades. Para los estudiantes de las diferentes universidades y a los profesionales de enfermería y profesiones afines, como fuente bibliográfica; ya que incrementa, reformula y modifica el conocimiento científico.

El estudio es factible, debido a la accesibilidad geográfica ya que el centro de hemodiálisis está ubicado en la ciudad de Cajamarca y se tuvo las facilidades y permisos para el acceso a documentos de consulta y las entrevistas a los usuarios; además que los gastos operativos serán asumidos por la investigadora.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre adherencia terapéutica y calidad de vida de las personas en terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis. Cajamarca, 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente a las personas en terapia de hemodiálisis.
2. Establecer el nivel de adherencia terapéutica de las personas en terapia de hemodiálisis.
3. Determinar y analizar el nivel de calidad de vida de las personas con terapia de hemodiálisis

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A Nivel Internacional

Díaz et al.¹³ Analizaron la Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica. Colombia, 2016. El estudio fue analítico, de corte transversal prospectivo; la muestra fue de 75 pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal. El 68% de los pacientes son adherentes al tratamiento; de los pacientes no adherentes el 70.8% están en terapia de reemplazo renal de hemodiálisis; en cuanto a variables clínicas se encontró que el 16.7% de los pacientes no adherentes son casos de ansiedad y el 33.3% casos de depresión. No se encontró asociación entre las variables sociodemográficas, las características clínicas y la adherencia al tratamiento; se encontraron diferencias en algunos de los factores de la calidad de vida relacionada con la salud entre el grupo de adherentes y no adherentes.

Pérez et al.¹⁴ investigaron acerca de la Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. Madrid, 2015. Estudio correlacional predictivo, de corte transversal. Se utilizaron como instrumentos el IPQ-R (representación de enfermedad) y el KDQOL-SF (medición de la calidad de vida). En la descripción de CVRS, de forma general los dominios de salud mental y rol emocional obtuvieron los mayores puntajes (69,72 y 69,33 respectivamente). Y en la específica, los dominios de carga producida por la enfermedad renal (48,00) y condición laboral (49,50) obtuvieron los puntajes más bajos, mientras que los

dominios función cognitiva (82,86) e interacción social (81,33), obtuvieron los puntajes más altos.

Gallardo et al.¹¹ investigó la Calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Hospital Regional ISSSTE. México, 2014. Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo no experimental; la muestra fue de 45 pacientes. La calidad de vida en más de la mitad, está sobre el nivel promedio; las dimensiones más afectadas fueron función física, rol físico, rol social, vitalidad, energía, dolor y salud general; encontrando que 82.6 % tiene mucha limitación para correr, levantar objetos pesados o hacer deportes agotadores. Referente a la adherencia terapéutica: En medicamentos y alimentos 20 pacientes siguen una dieta rigurosa y la respetan en 40-50 %, los demás sólo cumplen en 0-30 %; en ejercicio, 19 pacientes cumplen entre 50-80 % y 26 entre 0-60 % y en ingerir puntualmente los medicamentos, 35 pacientes cumplen en 100 %, al resto su cuidador le tiene que recordar.

Bermeo et al.¹⁵ En la investigación, Evaluación de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro Hemodial – Azogues. Ecuador 2014. Se estudiaron 87 pacientes, estudio observacional, descriptivo de tipo transversal. En las escalas específicas, la menos afectada es la de síntomas/lista de problemas 75.26; en tanto que, efectos de la enfermedad renal 50.79; carga de la enfermedad renal 38.19 tienen bajos puntajes; con respecto a los componentes generales, la salud física 38.43 y salud mental 41.73. Concluyendo que la calidad de vida de los pacientes es mala.

Darss¹⁶, estudió acerca de Adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis. Barcelona, 2013-2014. Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra lo constituyeron 47 pacientes, en los cuales encontró con respecto al cumplimiento del régimen dietético destaca que solo 42,5% realiza un cumplimiento medio, y 21,2% realiza un cumplimiento óptimo. El cumplimiento de las restricciones hídricas es bueno (66,7% 16,41), el del tratamiento farmacológico es muy elevada 97,8%. La adherencia al régimen terapéutico es medio (62,5 13,3%).

Rizo¹⁰. Investigó acerca de Adherencia terapéutica en pacientes dializados. Hospital Faustino Pérez Matanzas. Cuba 2011 -2012. Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes de acuerdo con criterios de intencionalidad definidos por la autora. Encontró que 85% de los pacientes mantenía un comportamiento de adherencia parcial en tanto que sólo el 15% estaba adherido al tratamiento. Los cambios en los estilos de vida, el incumplimiento de la dieta médica, y la no adecuada relación médico-paciente fueron las variables que mostraron un comportamiento negativo. Las variables conocimiento y severidad percibida así como el apoyo familiar mostraron un comportamiento positivo en la mayoría de los pacientes estudiados. Las dificultades económicas fueron referidas como un impedimento para el cumplimiento de la dieta en la mayoría de los pacientes estudiados.

Guerra et al.¹⁷, realizaron la investigación sobre Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Chile, 2012. Estudio exploratorio, descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 354 participantes. Los

resultados de la CV evaluada con las cinco subescalas del instrumento Enfermedad Renal y Calidad de Vida (KDQOL-36TM) indican que las subescalas carga de la enfermedad del riñón, componente Físico y componente mental presentaron los puntajes promedios más bajos 31,88 - 37,63 y 43,49 respectivamente. Mientras que en las sub-escalas síntomas/listado de problemas y efectos de la enfermedad, se encontró los puntajes promedios más altos, con 74, 61 y 56, 92 respectivamente.

Ruiz et al¹⁸. En el estudio de Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis, cuya metodología fue de una revisión sistemática no metaanalítica, donde revisaron y analizaron 19 artículos del 2007 al 2015, que trataban la adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis. Se estudiaron variables sociodemográficas, variables clínicas y psicosociales y, factores relacionados con la medicación. Se encontró que entre 15-72% de los pacientes en hemodiálisis presentan falta de adherencia al tratamiento farmacológico. La depresión se encuentra asociada a la falta de adherencia. Los factores demográficos y clínicos no están consistentemente asociados con la falta de adherencia.

2.1.2. A Nivel Nacional

Laura et al.¹⁹. Realizaron la investigación en Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa - 2016. El estudio fue de tipo descriptivo, con diseño correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 67 personas, que pertenecen al grupo etario de 60 a más años (59.7%), sexo masculino (67.2%), tienen como patología asociada hipertensión

arterial (97.0%) y su tiempo de hemodiálisis (55.2%) se ubica entre los 3 meses a 1 año. La adherencia terapéutica se encuentra, en la mayoría de ellos, dentro del nivel bueno (52.2%).

Vergaray²⁰, en su estudio Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco, 2014. La muestra estuvo constituida por 30 pacientes, encontrando que la calidad de vida de los pacientes se encuentra en un nivel bajo con 73,3%, frente al 26,7% con una calidad de vida alto. Las dimensiones que presentaron niveles bajos fueron, 93.3% de salud general, 70% función física, 70% rol emocional, 73.3% función social, 63.3% dolor corporal, 73.3% vitalidad y 70% salud mental; mientras que la única dimensión que presentó un nivel alto fue el rol físico con 53.3%.

Herrera et al.²¹ En el estudio, Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú. 2014. Investigación de tipo descriptiva, con una muestra de 54 pacientes del Servicio de Nefrología, Hospital Nacional 2 de Mayo. Lima - Perú. De los cuales 27 eran varones, con una edad y tiempo de diálisis promedio de $57 \pm 16,4$ años y $40,6 \pm 11,5$ meses respectivamente. Tuvieron baja adherencia al tratamiento de hemodiálisis 13/54 pacientes. Las principales causas reportadas fueron: una residencia alejada (6/13), la sensación de bienestar (6/13), el contar con escasos recursos económicos para solventar el traslado (5/13).

Loza et al.²². En el estudio, Nivel de Información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica hemodializados en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – EsSalud Ica 2011”. Estudio descriptivo correlacional,

corte transversal de enfoque cuantitativo, cuya muestra estuvo constituida por 75 pacientes, la edad promedio fue de 60,5 años, existiendo mayor número de mujeres 53%(40 pacientes). El nivel de información sobre su terapia fue media alcanzando 53%(40) y la adherencia terapéutica es mala 56%(42), destacándose en el tratamiento hemodialítico, alimentación y controles médicos.

2.2. BASES TEÓRICAS

Enfermedad Renal Crónica

Es la disminución de la función renal, expresada por la tasa de filtrado glomerular (TFG) o por un aclaramiento de creatinina estimados $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses²³,²⁴. Este proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal, es decir diálisis o trasplante para poder vivir. Las guías KDIGO clasifican a la ERC en 5 estadios de acuerdo a la TFG y de la presencia de proteinuria²³.

El deterioro de la TFG es lo característico de los estadios 3-5, no siendo necesaria la presencia de otros signos de daño renal. Sin embargo, en los estadios 1 y 2 se requiere la presencia de otros signos de daño renal. Cuando la función renal está mínimamente alterada (TFG 70-100% del normal), la adaptación es completa y las personas no tienen síntomas urémicos^{23,24}. A medida que la destrucción de las nefronas progresa, disminuye la capacidad de concentración del riñón y aumenta la diuresis para eliminar la carga obligatoria de solutos. La poliuria y la nicturia son los primeros síntomas²³⁻²⁴.

Cuando la TFG cae por debajo de 30 ml/min aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico: anorexia y náuseas, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias, e insomnio^{23, 24}. Cuando la TFG cae por debajo de 15ml/min, se hace necesario de tratamiento de reemplazo renal como hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal²³.

2.2.1. Adherencia Terapéutica

Los términos más utilizados para referirse a adherencia terapéutica son: Cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros, como cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia, entre otros. Todos estos para referirse al grado en que el paciente cumple con las recomendaciones dadas por los profesionales sanitarios ^{25,26}.

Eipson y Cluss²⁷, definen en 1982 Adhesión o cumplimiento como *“la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”*. El Adherence Meeting Report de la OMS²⁸ en 2001 define adherencia como *“el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”*, considerando una actitud pasiva del paciente. En este simposio se reconoció que el término incluía la posibilidad de modificar los comportamientos, la higiene personal, el autocuidado de la enfermedad. En el año 2004 la OMS⁸ publicó un informe sobre “Adherencia a los tratamientos a largo plazo” donde adopta la definición de adherencia postulada por Haynes (1979) y Rand (1993) que establece:

“La adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona (tomar un medicamento, seguir un plan alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”.

La OMS al mencionar este concepto de adherencia terapéutica y con un enfoque en enfermedades con tratamientos a largo plazo, no sólo busca a un paciente activo que aprenda a vivir con su enfermedad crónica, adecuadamente informado y con participación en la toma de decisiones sobre su salud y su enfermedad compartidas con el profesional sanitario que les atiende⁸.

2.2.1.1. Factores de la adherencia terapéutica

Los factores que intervienen en el cumplimiento o incumplimiento son diversos. Según la OMS⁸, son los siguientes: Factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente.

En consecuencia, las intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica deben adaptarse a las exigencias particulares relacionadas con la enfermedad experimentada por el paciente. Para lograrlo, los sistemas y los proveedores de servicios de salud deben contar con medios para evaluar con exactitud no solo la adherencia terapéutica, sino también los factores que la influncian⁸.

Por ello, el profesional sanitario debe contar con la suficiente formación sobre adherencia terapéutica, actitudes positivas hacia la mejora en este problema y disponer del suficiente tiempo para la más correcta atención de sus pacientes. El trabajo en equipo, entendiendo como único propósito mejorar la calidad de vida

de nuestros pacientes, participando el máximo de perfiles profesionales y de acuerdo con dichos pacientes, permitirá alcanzar cotas más satisfactorias en el control de patologías crónicas⁸.

Prestar efectivamente atención para los procesos crónicos requiere que el paciente, la familia y la comunidad que lo apoya desempeñen toda una función activa. Se ha informado sistemáticamente que el respaldo social, es decir, el apoyo informal o formal recibido por los pacientes de otros miembros de su comunidad, es un factor importante que influye en los resultados de salud y los comportamientos. Existen pruebas sustanciales de que el apoyo de los compañeros de los pacientes puede mejorar la adherencia terapéutica y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud a la atención de los procesos crónicos⁸.

2.2.1.2. Medición de la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica, hace necesario una evaluación exacta del comportamiento para que se pueda realizar una planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Asimismo, se puedan implementar las estrategias cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes. No existe un instrumento diseñado para medir el comportamiento de adherencia terapéutica, generalmente se ha venido trabajando con estrategias de información subjetiva solicitada a prestadores de salud y pacientes, a través de cuestionarios estandarizados^{8,9}.

La elección de la “mejor” estrategia de medición para obtener una aproximación del comportamiento de adherencia terapéutica debe contemplar todas estas consideraciones. Por último, ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima. Un enfoque multimétodos que combina medidas objetivas razonables y de autonotificación factibles constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica⁸.

2.2.1.3. Adherencia terapéutica del paciente con enfermedad renal crónica estadio V en terapia de hemodiálisis

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza; sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado concretamente, en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V y en terapia de hemodiálisis enmarca no sólo la adherencia al tratamiento dialítico, sino también al tratamiento farmacológico y dietético y que tiene un impacto directo sobre supervivencia del paciente. Por otro lado, influyen factores como la información y/o comprensión sobre el tratamiento farmacológico, por la cronicidad de la enfermedad o la poli medicación.

a) Terapia de hemodiálisis: Es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua, solutos y de regular el equilibrio ácido-básico y electrolítico. No suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales. Consiste en interponer entre 2 compartimientos líquidos (sangre y líquido de diálisis), una membrana semipermeable (dializador), lo que permite que circulen agua (ultrafiltración) y solutos (difusión) de pequeño

y mediano peso molecular (urea, creatinina), pero no proteínas o células sanguíneas²⁹.

La técnica de HD requiere accesos vasculares, los cuales deben permitir el acceso seguro y repetido al sistema vascular, proporcionar flujo suficiente para administrar la dosis de hemodiálisis indicada y presentar pocas complicaciones³⁰,³¹. Dentro de los accesos vasculares tenemos: *Catéter venoso central*. Se clasifican en no tunelizados (para un uso inferior a 3-4 semanas) y tunelizados (cuando se pretende su utilización durante más de 4 semanas)³⁰. *Fístula arteriovenosa (FAV)*. Es la unión de una vena con una arteria. Las FAV autólogas son de primera elección por ser los accesos vasculares de mayor supervivencia y con menos complicaciones³¹.

Para valorar la dosis de diálisis se tiene en cuenta aspectos el índice de diálisis o Kt/V (≥ 1.2), la función renal residual y la dosis mínima de tratamiento. El cálculo de la dosis de hemodiálisis y sus recomendaciones se refieren a un esquema de tres sesiones semanales. Las guías españolas proponen realizar ajustes individualizados en relación a los siguientes aspectos. Sexo, peso corporal, diabéticos (elevado catabolismo endógeno), cardiópatas (esquemas de diálisis más frecuentes). Por lo tanto, el tratamiento sustitutivo renal debe satisfacer los requisitos de ser eficaz y suficiente; conseguir una buena tolerancia; mejorar la calidad de vida; y prolongar la supervivencia de los pacientes³².

b) Régimen dietético: Tiene como objetivos prevenir deficiencias nutricionales y preservar un buen estado nutricional, proporcionando suficientes proteínas para compensar las pérdidas de nitrógeno y aminoácidos esenciales en el líquido de

dializado. Asimismo, pretende controlar la ingesta de electrolitos y la ingesta de líquidos. La dieta tiene las siguientes características³³:

Energía. En caso de hemodiálisis se recomienda una ingesta de kilo calorías (Kcal) de 35 kcal/kg/día, en una situación de estrés o infección se podría llegar hasta 40-50 kcal/kg/día. En caso de que el paciente sea obeso, es preferible aportar entre 20 y 30 kcal/kg/día para permitir la pérdida de peso³³.

Proteínas: El aporte protéico tiene por objeto mantener un correcto estado nutricional, reponer las pérdidas de aminoácidos libres, mantener el balance nitrogenado y evitar la acumulación de productos de degradación. Así, la ingesta protéica en diálisis debe estar entre 1,2- 1,5gr/kg/día. Para compensar la pérdida de aminoácidos esenciales en el líquido de dializado, al menos el 50% de las proteínas deben ser de alto valor biológico (carnes, pescados y huevos). En este caso ya no es preciso hacer una restricción proteica para evitar deterioro de la función de los riñones, ya que éstos están prácticamente anulados, además durante la diálisis se pierden proteínas que deben ser repuestas, pero no deben aportarse en exceso porque aumentarían los productos de desecho y el aporte de fósforo³³.

Hidratos de carbono: Deben ser la base de la alimentación del paciente dializado (50-60% de aporte total). **Fibra:** Se recomienda de 20 a 25g/día para evitar el estreñimiento debido a la falta de actividad física, baja ingesta de agua y consumo de medicamentos. Hay que evitar el uso de productos integrales por su alto contenido en potasio. En caso necesario se puede recurrir a suplementos en forma de celulosa y mucílagos. **Lípidos:** Deben representar el 30-35% de valor calórico total sobre todo en forma de insaturados. Fomentar el uso de aceite de oliva³³.

c) Restricciones hídricas y electrolitos: Es esencial limitar la ingesta de sodio y líquidos para evitar sobrecargas de volumen. La hidratación corporal y la ingesta de sodio deben monitorizarse en función de la presión arterial, la ganancia de peso, los edemas y la sensación de sed. El control de sodio debe hacerse con la sal y con los alimentos que la contienen. Las recomendaciones de líquidos en pacientes hemodializados son de 500 a 1000 ml más el volumen de la diuresis en 24h. El control tiene por objeto evitar la ganancia de peso interdialítico (se aconseja que sea entre 1,5 y 2,5 kg entre sesiones), para evitar el edema de pulmón y la parada cardíaca³³.

Potasio: Debe restringirse para evitar la hiperpotasemia y sus complicaciones. Se recomienda no sobrepasar los 2500mg/día. Hay que evitar los alimentos muy ricos en potasio como algunas frutas, verduras, hortalizas y legumbres. Una forma de eliminar en parte el potasio contenido en verduras y frutas es “lavar” los alimentos. Para ello se deben picar o partarlos en trozos pequeños y ponerlos a remojo en bastante agua, repetir la operación tres veces y después cocinarlos o consumirlos. Este método reduce el contenido de potasio en los alimentos. También sirve para disminuir la sal de los alimentos^{33,34}.

Calcio y fósforo: Fósforo (P): Menos de 1200mg/día. Estos valores van a depender de la bioquímica y la evolución de cada persona. • Calcio (Ca): 1000-1800mg/día. La mayoría de los alimentos que aportan calcio, también aportan fósforo (lácteos), sin embargo, el control del calcio en la dieta se puede mejorar con quelantes del fósforo como el carbonato cálcico. Para evitar la calcificación de tejidos blandos (corriente en dializados) conviene controlar la relación Ca/P en sangre^{33, 34}.

Vitaminas: Se aconseja la suplementación con vitaminas hidrosolubles debido a las pérdidas que provoca la diálisis, las restricciones dietéticas, la falta de apetito y la aplicación de algunas técnicas culinarias (remojo, por ejemplo). Generalmente se suplementa el ácido fólico, vitamina C y grupo B. Para conseguir un efecto protector frente al desarrollo de la enfermedad CV hay que asegurar la ingesta de vitaminas B6, B12 y ácido fólico. La suplementación con vitamina C se ha relacionado con hiperoxalemias lo que favorece la debilidad muscular y aumenta el riesgo de infarto, por tanto, se recomienda que la vitamina C no supere los 100mg/día^{33, 34}.

La suplementación de vitamina A está contraindicada en el paciente dializado. La suplementación con vitamina D se lleva a cabo sistemáticamente en forma de calcitriol ya que el metabolismo de esta vitamina está alterado. El resto de vitaminas liposolubles se recomienda el mismo consumo que en población general. **Otros minerales:** La suplementación con hierro está indicada en pacientes dializados que reciben eritropoyetina, advirtiéndose que no tomen el suplemento junto con quelantes de fósforo^{33, 34}.

d) Tratamiento farmacológico: Los pacientes en hemodiálisis son uno de los colectivos que toma mayor cantidad de comprimidos en comparación con otros enfermos crónicos. La adherencia al tratamiento prescrito tiene implicaciones en la calidad de vida, la supervivencia y el coste económico de su tratamiento, siendo este último un tema prioritario de salud pública^{8, 34}.

La terapia farmacológica no solamente lo constituye el tratamiento para controlar la enfermedad que produjo el daño renal, sino que se hace necesario de la medicación que complementa el tratamiento o que ayudan a disminuir los

síntomas de la enfermedad. Los comprimidos más usados son: quelantes del fósforo como es el carbonato de calcio, vitaminas B1, B6, antihipertensivos, entre otros y los de administración parenteral como hierro, vitamina B12, eritropoyetina³⁴.

2.2.2. Calidad de Vida (CV)

Calidad de vida es un concepto que hace alusión desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal. Por lo tanto, calidad de vida tiene diferentes definiciones desde el aspecto filosófico y político hasta el relacionado a la salud; siendo este último de interés en la presente investigación. A través del tiempo se ha intentado poder plantear una definición que abarque todas las áreas que implica el concepto de calidad de vida puesto que combina componentes subjetivos y objetivos donde el punto en común es el bienestar individual^{35,36}.

2.2.2.1. Calidad de vida relacionada a salud (CVRS)

En 1948, la Organización Mundial de la Salud definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad³⁷. A partir de esta definición se comprenden que la salud no puede estar limitada a los factores clínicos – biológicos tradicionales; sino que, deben valorarse tanto el estado objetivo de la salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud^{38, 39}.

Es así que, a mediados de los años setenta, el término "calidad de vida", aparece como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la

enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social³⁸⁻⁴⁰.

Aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la calidad de vida relacionada con la salud, Herdman y Baró⁴¹ citan la definición propuesta por Shumaker y Naughton, donde los aspectos más importantes de esta definición son el hecho de que pone el énfasis en la evaluación subjetiva que el individuo hace de su propia calidad de vida sobre estado de salud actual, cuidados sanitarios y la promoción de la salud e incorpora un número limitado y bien definido de dimensiones: El funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal y el bienestar emocional.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud⁴², da la siguiente definición:

"Calidad de vida es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".

Por lo tanto, la calidad de vida relacionada a salud constituye una importante variable de medida subjetiva del paciente; en cómo se siente independientemente de los datos clínicos y del impacto que la enfermedad y su tratamiento producen en su vida. Su valoración nos permite detectar alteraciones e intervenir precozmente, así como establecer comparaciones entre las distintas opciones terapéuticas.

2.2.2.2. Dimensiones

Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida relacionada a salud son: Dimensión física, psicológica y social^{42, 43}. Además,

dentro de cada dimensión se describirán los aspectos característicos de los pacientes con ERC V en terapia de hemodiálisis.

a) Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. Estas medidas intentan aislar limitaciones e incapacidades físicas. Los problemas se describen en forma de movilidad, dolor y limitaciones⁴².

En la etapa inicial de la enfermedad renal crónica, es posible que no se presenten signos ni síntomas. A medida que esta enfermedad evoluciona aparecen las molestias, tales como: Náuseas, vómitos, pérdida de apetito, cansancio y debilidad, problemas para dormir, cambios en la cantidad de orina, agilidad mental disminuida, calambres musculares, hinchazón en los pies y tobillos, picazón persistente, dolor en el pecho, si el líquido se acumula alrededor del recubrimiento del corazón, dificultad para respirar, si el líquido se acumula en los pulmones, presión arterial alta (hipertensión) que sea difícil de controlar^{23,44}.

La influencia de la tolerancia a la diálisis sobre la calidad de vida sin duda es importante, pacientes con frecuentes episodios de hipotensión, calambres, cefaleas, pasan las horas siguientes a la sesión incapaces de realizar su actividad normal^{44, 45}.

b) Dimensión mental: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. Sus

medidas se suelen centrar en la frecuencia y la intensidad del sufrimiento psicológico (por ej. ansiedad o depresión) e incluyen tanto la percepción sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital como una evaluación de la función cognitiva^{42, 43}.

Actualmente no se dispone de una caracterización psicológica integradora de las posibles afecciones que se pueden estructurar en el caso de las personas con enfermedad renal crónica. Resulta innegable que la afección mantenida de la función renal y la inminente pérdida (ERC V), provoca en las personas diversas limitaciones en su vida personal, laboral, familiar y social. Reacciones psicológicas que abarcan desde manifestaciones de ansiedad, frustración, cólera e ira e incluso diferentes grados de depresión. En el curso de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis aparecen diferentes formas de subjetivar el problema, como son la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento. Los pacientes pueden presentar alguna mejoría temporal, o desarrollar otras enfermedades y otros síntomas, que pueden ser de difícil entendimiento si no se concibe al ser humano como un todo integrado, se puede desencadenar depresión^{46,47}.

En la enfermedad renal crónica desde los inicios del proceso patológico, el paciente percibe que su funcionamiento físico general ha comenzado a alterarse e inmediatamente debe iniciar una modificación (a veces radical), de sus hábitos de vida para evitar peores y fatales afectaciones en su salud. Con mayor o menor resistencia la persona comienza a elaborar o re-elaborar el sentido de la muerte con una proyección de inmediatez que puede conllevar a la reestructuración de sus aspiraciones, sueños y proyectos de vida en los que se implica todo lo

significativo y relevante para la persona, que genéricamente hablando se refiere al desarrollo personal, familia, pareja, profesión, vida social, entre otros^{46, 47}.

En esta situación en que la sintomatología propiamente orgánica se presenta con una urgencia vital, la subjetivación de la misma constituye un elemento clave que se relaciona con la actitud que la persona asume ante la enfermedad y los estados afectivos, volitivos y cognitivos que se van estructurando e implicando en su manera de reaccionar ante la enfermedad^{46, 47}.

White, Grenyer establecen una jerarquía de las pérdidas del paciente renal que sin lugar a dudas, más allá de las regularidades generales con que han sido identificadas, pasa por la dimensión individual de cada persona enferma, siendo según orden de importancia las siguientes: Salud, libertad, imagen corporal, hábitos diarios, autonomía, autoestima, bienestar físico, rol familiar, rol como pareja, sexualidad, trabajo, tiempo libre, vida comunitaria, sueños y aspiraciones, estilo de vida y capacidad de elegir⁴⁶.

En este sentido resulta interesante la propuesta de autores como Kubler- Ross⁴⁸ que plantean el tránsito de estas personas por cinco fases de un proceso de duelo para elaborar estas pérdidas: Fase I. negación, II. Concientización, III. Rabia, IV. Depresión y V. Aceptación. Explorar las maneras individuales de transitar por la elaboración del duelo y la jerarquización de las pérdidas, constituye una oportunidad para encontrar con mayor nivel de precisión los posibles factores protectores y la capacidad de resiliencia como premisa para la estructuración de las alternativas terapéuticas. En este sentido el estudio de los estados emocionales como la ansiedad, la depresión y la ira se hacen ya de carácter obligatorio al

pretender describir y explicar la manera individual de subjetivar la enfermedad crónica^{46,48}.

c) **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. Las medidas de funcionamiento social reflejan el estado de salud física y mental, sirven para indicar la necesidad de atención de salud y reflejan los resultados de la misma^{42, 43}.

Las personas que llevan terapia de hemodiálisis no sólo tienen que generar cambios en los estilos de vida y en las conductas cotidianas debido a la enfermedad; sino también, a nivel social. Se ven afectados aspectos laborales y de régimen de vida, la comunicación y toma de decisiones, la planificación del tiempo libre y las relaciones familiares. El cansancio y los problemas físicos hacen que las relaciones sexuales en la pareja se vean marcadas de forma muy especial. En parejas jóvenes, se limita debido a deterioro físico, mal olor de aliento, cambio de coloración de la piel, problemas en extremidades por accesos vasculares repetidos, etc., pueden dificultar su atracción y esa funcionalidad e incluso la separación⁴⁹.

Ante esta situación la persona pone en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado, sobre todo cuando se sabe que la enfermedad es crónica, donde la pérdida de la salud es gradual e irreversible. Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un

nuevo proyecto de vida. Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios⁴⁹.

El apoyo social puede ser un valioso recurso, capaz de promover una mejor adaptación de la persona a las demandas impuestas por la enfermedad, constituyéndose en una herramienta importante para el profesional de salud y, en especial, para el enfermero(a). Conocer el proceso y la estructura del apoyo social permite un mejor entendimiento de la manera por la cual suceden las relaciones sociales de las personas, y como esas relaciones pueden facilitar o promover comportamiento promotores y protectores de salud.

Los grupos de apoyo social representan un recurso para el enfermo crónico, pues en ellos se dialoga sobre los problemas ocasionados por la misma enfermedad y se ofrece información sobre cómo otros los han afrontado exitosamente. Puede decirse que el soporte social no sólo refiere a pertenecer a un grupo con algún interés en común o recibir apoyo material proveniente de este mismo, sino más bien en cómo la persona concibe ese nivel de pertenencia y aprovecha eficazmente los recursos que el grupo familia, amigos, compañeros de trabajo, personal de salud, etc. Si se logra una vida activa ayudaremos a relativizar la enfermedad^{49, 50}.

2.2.2.3. Características de la calidad de vida⁴³

Subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida.

Universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

Holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida (biopsicosocial)

Dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo.

Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

2.2.2.4. Instrumentos de medición

Teniendo en consideración que la calidad de vida relacionada a salud es un concepto multidimensional, desde la percepción del paciente y que cada dimensión de la CVRS cambia con el tiempo, se han diseñado diversos instrumentos para establecer una aproximación a la medición de la CVRS.

Estos instrumentos se pueden dividir en genéricos y específicos. Los instrumentos genéricos son independientes del diagnóstico, por lo que ofrecen la oportunidad de ser aplicables a cualquier tipo de población o afección. Los específicos se centran en aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad o síndrome concreto, siendo más sensibles; además, proporcionan una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica^{35,43}.

En el estudio se hará uso del instrumento específico Enfermedad Renal y Calidad de Vida (Kidney Disease Quality of Life - KDQOL-SF-36) forma corta (Anexo N° 02); que evalúa calidad de vida en pacientes que padecen de enfermedad renal crónica y llevan terapia de sustitución renal⁵¹.

2.2.3. Teorías o Modelos en Salud que Fundamentan el Estudio

Para comprender las conductas de los seres humanos existen modelos teóricos que son formas de entender el comportamiento humano, que cuentan con una serie de constructos o conceptualizaciones, son útiles para fundamentar, facilitar, dirigir la investigación. En el campo de la salud, existen algunos modelos que han intentado explicar aquellas conductas, así como la adherencia a tratamientos a largo plazo y la calidad de vida de los pacientes. En el siguiente apartado se exponen los más importantes que fundamentan esta investigación.

2.2.3.1. Modelo de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel, 1988)

En la teoría de la incertidumbre en sus dos supuestos iniciales se define^{53, 54}:

- La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
- La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente que se valora de una u otro forma.

Otros dos supuestos reflejan las bases de la teoría de la incertidumbre en el estrés tradicional y en los modelos de afrontamiento, que presentan una relación lineal: estrés- sistemas de afrontamientos – relación de adaptación como sigue^{53, 54}:

- La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye un resultado deseado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.

- La relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va desde las situaciones de incertidumbre hasta la adaptación.

De acuerdo al modelo, la adaptación siempre ocurre como resultado final del proceso, la diferencia está definida por el factor tiempo y en donde es posible realizar intervenciones específicas dirigidas a minimizar este factor, lo cual mejorará las estrategias de afrontamiento y determinará el proceso adaptativo mejorando sustancialmente la calidad de vida^{53,54}.

Esta teoría es de gran utilidad en el estudio debido a que los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V o terminal y la familia tienen que convivir con esta enfermedad crónica y en especial el papel de la enfermera para identificar y constituirse en el soporte básico que identifique, valore e intervenga en los pacientes que experimenten incertidumbre y de esta manera puedan lograr el afrontamiento y la adaptación frente a su enfermedad.

2.2.3.2. El modelo de promoción de la salud (Nola Pender)

El modelo de promoción de la salud expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud y la integra en tres componentes⁵⁵:

- Características y experiencias individuales: Contempla la conducta previa relacionada.
- Cogniciones y afectos relativos a la conducta específica: Se relacionan con los conocimientos y afectos específicos de la conducta y comprende. Beneficios

percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud. Barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real. Auto eficacia percibida, representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.

- Resultado conductual. Compromiso para un plan de acción que constituye el precedente para la conducta promotora de la salud.

Este modelo es muy importante en el estudio ya que puede aplicarse durante todo el ciclo vital y cualquier circunstancia o situación que experimenta el ser humano; facilita a la acción del paciente y su familia comprometiéndolos a que adquieran no solo una conducta preventiva de la enfermedad, sino a encaminado a favorecer y mantener la salud (modificación de estilos de vida), disminuyéndose la institucionalización del cuidado. Para el logro de esto requiere de la motivación por parte del equipo de salud, especialmente de la enfermera(o).

2.2.3.3. Modelo de calidad de vida (Laura Schwartzmann)

Schwartzmann y col. proponen un modelo de evaluación de factores psicosociales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. Este modelo considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y

expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente⁵⁶.

Posteriormente postula que la calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no fuera tan disímil. En este mismo sentido actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidiría negativamente (pobreza, desempleo, duelos)⁵⁶.

Este modelo aporta a este estudio porque la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar sino de la forma de percibir sus limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

2.3. HIPÓTESIS

Ho: La adherencia terapéutica no se asocia con la calidad de vida de las personas en terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis – Cajamarca, 2017.

Ha: La adherencia terapéutica se asocia con la calidad de vida de las personas en terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca 2017.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Definición Operacional de Variables

2.4.1.1. Variable Independiente: Adherencia Terapéutica

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB INDICADORES	NIVEL DE ADHERENCIA	VALORES
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria ⁸ .	Control sobre medicamentos y alimentación	- Medicamentos puntual - Medicamentos a la hora - Respetar dieta	Baja	0-33 puntos
			- Dejar algo placentero - Comer sólo lo permitido - Seguir el tratamiento - Hacer ejercicio	Moderada	34 – 67 puntos
				Alta	68 -100 puntos
		Seguimiento médico conductual	- Análisis clínicos periódicos - Asistir a consultas periódicas y de control - Seguir recomendaciones - Poner atención en el tratamiento - Confianza en el personal de salud	Baja	0-33 puntos
				Moderada	34 – 67 puntos
				Alta	68 -100 puntos
		Autoeficacia	- Conocer resultados de análisis - No olvidar tomar la medicación - No dejar inconcluso el tratamiento - No dejar el tratamiento - Recordar tomar medicamentos - Hacer lo necesario por su salud - seguir el tratamiento, aunque sea complicado	Baja	0-33 puntos
				Moderada	34 – 67 puntos
				Alta	68 -100 puntos

2.4.1.3. Variable dependiente: Calidad de Vida

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB INDICADORES	AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	VALORES
CALIDAD DE VIDA	Es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses ⁴² .	Salud física	<ul style="list-style-type: none"> - Salud general - Limitación para actividades diarias - Limitación a causa del dolor - Dificultad para actividades sociales 	Leve	65-100 puntos
				Moderada	30 – 64 puntos
				Severa	< 30 puntos
		Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión, ansiedad - Tranquilidad y sosiego - Energía - Desánimo y tristeza - Actividades sociales 	Leve	65-100 puntos
				Moderada	30 – 64 puntos
				Severa	< 30 puntos
		Sintomatología/ problemas de la enfermedad renal	<ul style="list-style-type: none"> - Dolores musculares, de pecho, calambres. - Piel: Picazón, sequedad - Falta de aire - Desmayos o mareos - Falta de apetito - Agotamiento - Hormigueo de manos y pies - Náuseas o molestias del estómago - Problemas con el acceso vascular 	Leve	65-100 puntos
				Moderada	30 – 64 puntos
				Severa	< 30 puntos
		Efectos de la enfermedad renal	<ul style="list-style-type: none"> - Limitación para: Líquidos, dieta. - Capacidad para: Trabajar, viajar - Dependencia de médicos y otro personal de salud - Tensión nerviosa o preocupaciones. - vida sexual - Aspecto físico 	Leve	65-100 puntos
				Moderada	30 – 64 puntos
				Severa	< 30 puntos
Carga de la enfermedad renal	<ul style="list-style-type: none"> - Interferencia en su vida - Tiempo que le ocupa - Frustración - Carga para la familia 	Leve	65-100 puntos		
		Moderada	30 – 64 puntos		
		Severa	< 30 puntos		

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, observacional, correlacional y de corte transversal⁵⁷.

Descriptivo, porque muestra una realidad como se ha observado, busca especificar, medir y evaluar cada una de las variables y sus dimensiones en estudio; correlacional, porque determina la relación entre la adherencia terapéutica y calidad de vida; corte transversal ya que observa, describe y comprueba las características de una situación en un único momento y tiempo determinado.

3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.2.1. Criterios de Inclusión

Pacientes que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.

Las edades de los participantes mayor o igual a 18 años y que recibían terapia de hemodiálisis por un tiempo mayor o igual a 3 meses independientemente del lugar donde iniciaron tratamiento dialítico y fuente de financiamiento.

3.2.2. Criterios de Exclusión

Se excluyó del estudio:

Pacientes nuevos con un tiempo menor de 3 meses en terapia de hemodiálisis.

Pacientes menores de edad, pacientes con habilidades especiales.

Pacientes hospitalizados.

3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS

La población estuvo constituida por 46 usuarios con ERC V que reciben terapia de hemodiálisis en Laurent Centro de Hemodiálisis, la misma que debería conformar la muestra; sin embargo, se tuvo que excluir a 14 personas esto debido a que no cumplieron los criterios de inclusión/exclusión.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se aplicó para la recolección de los datos fue la entrevista a cada paciente. Los instrumentos que se aplicaron fueron los siguientes:

Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Enfermedades Crónicas Basada en Comportamientos Explícitos (Anexo N° 02). Es un instrumento que fue diseñado por Soria et al.⁵⁸. Su índice de fiabilidad Alpha de Cronbach está por arriba de 0.91. Contiene 3 dimensiones con 7 ítems cada uno: a) Control de ingesta de medicamentos y alimentos, b) Seguimiento médico conductual, y c) Autoeficacia. Todos los ítems con escala de respuesta de 0 a 100, en la que el paciente elige en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que más cercano al 100, el paciente es más adherente. En los ítems 5, 2, 3,4 y 5 de seguimiento médico conductual y autoeficacia respectivamente están enunciados en sentido negativo, por lo tanto, la escala se invierte: 0 corresponde a 100, 10 a 90, 20 a 80 y así sucesivamente.

El total de la puntuación obtenida, será dividida entre 21(ítems); obteniéndose como puntaje mínimo=0 puntos y puntaje máximo= 100 puntos. Siendo los rangos para establecer el nivel de adherencia terapéutica los siguientes: 0- 33 puntos, baja adherencia; de 34-67, moderada adherencia; de 68-100, alta adherencia⁵⁹.

Este instrumento ha sido aplicado en diversas investigaciones donde se incluyeron pacientes con enfermedades renales ^{13, 58, 59}.

Se aplicó la prueba de fiabilidad, determinándose un Alpha de Crombach de 0.91 (Anexo N° 04).

Cuestionario de Enfermedad Renal y Calidad de Vida (Kidney Disease Quality of Life KDQOL-SF) (Anexo N° 03): Es uno de los instrumentos específicos más utilizados para valorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica estadio V y con tratamiento sustitutivo de diálisis, traducido además a múltiples idiomas desde su original en inglés. Instrumento aplicado internacionalmente en estudios multicéntricos que cuenta con valores adecuados de confiabilidad y validez ^{17, 52, 60, 61}.

El cuestionario KDQOL-SF 36, que es una versión abreviada del KDQOL-SF-TM; contiene 36 ítems para la evaluación de CVRS en pacientes en diálisis, lo cual permite disminuir el tiempo de entrevista y mejorar su aceptación. Se encuentra adaptada transculturalmente en varios países de habla hispana y sus características psicométricas son confiables, el Alfa de Cronbach es $>0,7$, y su utilidad es adecuada porque es de fácil aplicación, poco compleja y a un bajo costo⁶².

El componente genérico (ítems 1-12) es el SF-12, el cual permite obtener 2 puntajes generales: el Resumen del Componente Físico (PCS) y el Resumen del Componente Mental (MCS). Las dos puntuaciones sumarias promedio Física (PCS) y Mental (MCS) permiten la obtención de la calidad de vida relacionada en salud. El cuestionario SF-12 está validado para la población chilena, realizando evaluación de la consistencia interna (alfa de Cronbach) para la dimensión física fue de 0,63 y para la dimensión mental fue de 0,72 ⁶³. El componente específico (ítems 13-36),

permite obtener los puntajes en las sub escalas carga de la enfermedad renal (preguntas 13-16), sintomatología y problemas de la enfermedad renal (preguntas 17-28), y efectos de la enfermedad renal en la vida diaria (preguntas 29-36)⁶².

Las puntuaciones para cada dimensión o subescalas oscilan de 0 a 100, de manera que puntajes más altos representan mejor CVRS. Se determinarán así < 30 puntos; afectación severa de la calidad de vida, 30 a 64 puntos; afectación moderada de la calidad de vida y 65 a 100 puntos; afectación leve de la calidad de vida⁶⁴.

Ambos instrumentos fueron aplicados a 10 pacientes que recibían terapia de hemodiálisis en la ciudad de Trujillo; con lo cual se realizó algunas modificaciones con respecto a los aspectos sociodemográficos de acuerdo a la propuesta de los expertos y criterios identificados para el logro de los objetivos propuestos; eliminándose aspectos relacionado a la ERC; cómo consideraba a la ERC (contagiosa, grave, se puede curar, no tiene cura o terminal), el tipo de acceso vascular (CVCT, CVCLP, FAV) y conocimiento del peso seco. Se reformuló la pregunta ¿padece de otras enfermedades? a enfermedades primarias que produjeron la ERC V. (Anexo N° 01).

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos de la Escala de Adherencia Terapéutica fueron ingresados a una hoja de cálculo Excel y procesados en el software estadístico SPSS v.24.

Los datos de KDQOL-SF-36. Cada una de las respuestas fue ingresada al programa de puntaje KDQOL™-36 Scoring Program (v 2.0). El programa es un documento Excel que contiene 5 hojas: “RAW”, “CONVERT”, “SCORE”, “SCALE”, y “STATS”. Los datos fueron tabulados en la hoja denominada “RAW”, con su

respectivas puntuaciones, obteniéndose la proporción de cada una de las respuestas, el puntaje de cada una de las dimensiones y el resultado global. Esta información fue organizado en una base de datos en Excel y SPSS, para el procesamiento respectivo y cruce de variables.

Los resultados están presentados en tablas estadísticas simples y de contingencia. Se describieron los resultados en base a las estadísticas obtenidas durante el procesamiento; luego fueron analizados utilizando el método inductivo y a través de confrontación con los resultados del estudio, antecedentes y teorías sobre el tema.

La interpretación y análisis se realizó a través de estadística descriptiva. Se determinó el grado de relación de las variables mediante la prueba estadística chi cuadrado.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo de la investigación se basó en los siguientes principios éticos: Autonomía, beneficencia y justicia, que rige toda investigación en salud⁶⁵.

Los pacientes participaron voluntariamente sin coerción alguna, previamente informados y su aceptación se plasmó en la firma del consentimiento informado (Anexo N° 05). Se mantuvo la confidencialidad de la información recopilada y la privacidad, puesto que los datos fueron usados únicamente para la investigación y la preservación del anonimato cuando la información se haga pública.

El estudio no conllevó ningún riesgo para los pacientes; sino, que a la luz de los resultados los pacientes serán beneficiados, en la medida que se implementen estrategias a fin que haya mayor adherencia terapéutica y por consiguiente mejore la calidad de vida de los pacientes.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 1a. Aspectos demográficos de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis- Cajamarca, 2017.

Aspectos Demográficos	Nº	%
Sexo		
Hombre	22	68.7
Mujer	10	31.3
Edad		
De 23 a 40	7	21.9
De 41 a 60	14	43.8
De 61 a 89	11	34.4
Procedencia		
Celendín	5	15.6
Cajamarca	18	56.2
San Marcos	2	6.3
Hualgayoc	5	15.6
San Miguel	2	6.3
Estado Civil		
Soltero(a)	8	25.0
Casado(a)	12	37.5
Conviviente	6	18.8
Separado(a)	4	12.5
Divorciado(a)	2	6.3
Total	32	100.0

Fuente: Cuestionario de aspectos sociodemográficos de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

Tabla 1b. Aspectos sociales de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis- Cajamarca, 2017.

Aspectos Sociales	N°	%
Nivel de Escolaridad		
Primaria	11	34.4
Secundaria	13	40.6
Superior	8	25.0
Situación Laboral		
Trabajo independiente	9	28.1
Trabajo a medio tiempo	3	9.4
No trabaja	20	62.5
Ingreso Promedio Mensual		
Menos de 500 soles	16	50.0
De 500 a 1000 soles	7	21.9
De 1001 a 1500 soles	2	6.3
Más de 1500 soles	7	21.9
Financiamiento del Tratamiento		
SIS-FISSAL	26	81.3
SALUDPOL	4	12.5
Recursos Propios	2	6.3
Tiempo en Hemodiálisis		
De 3 a 11 meses	11	34.4
De 1 año a 3 años	16	50.0
De 4 a más años	5	15.6
Enfermedades primarias		
Diabetes Mellitus	9	28.2
Hipertensión Arterial	15	46.9
Hiperplasia Prostática	3	9.3
Otras	5	15.6
Total	32	100.0

Fuente: Cuestionario de aspectos sociodemográficos de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

Las tablas 1a y 1b, muestran de manera general los aspectos sociodemográficos de las personas que reciben terapia de hemodiálisis en Laurent Centro de Hemodiálisis, encontrándose que el grupo mayoritario corresponde al sexo masculino con 68.7%; la edad predominante es 41 a 60 años que alcanza 43.8%, los cuales se encuentran en la etapa productiva de vida; 37.5% son casados y en iguales porcentajes 18.8% convivientes y separados y/o divorciados. Cabe resaltar que algunos divorcios o separaciones se

produjeron en la etapa de enfermedad afectando aún más en la parte afectiva y emocional de los pacientes. Referente a procedencia 56.2% son de Cajamarca, seguido de Celendín y Hualgayoc con 15.6% cada uno.

Con respecto al nivel de escolaridad, 40.6% tienen educación básica y 25% educación superior, esto es un aspecto favorable puesto que hace que estén más pendientes de su cuidado. Sin embargo, más de un tercio (34.4%) sólo culminó o estudió algún grado del nivel primario que puede ser un condicionante para que los pacientes interpreten o entiendan la indicaciones o recomendaciones para su tratamiento y autocuidado.

Referente a la situación laboral 62.5% no trabajan por la condición de enfermedad y de tratamiento, debido a que deben permanecer en el centro de hemodiálisis un promedio de cinco (5) horas al día, tres (3) veces a la semana para su tratamiento, agravando la situación de los pacientes de provincia (43.8%) que emplean un día entre ir y venir. Asimismo, los que trabajan 50% de ellos perciben menos de 500 soles y el otro 50% tienen entre 500 hasta más de 1500 soles. Esta situación evidencia que la gran mayoría no tiene la suficiente solvencia económica para satisfacer las necesidades básicas ya que la canasta básica alimentaria para el año 2017 estuvo considerada en trescientos veinte y ocho soles/mes (S/ 328.00) por persona, entendiéndose esta como el conjunto de alimentos expresados en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de calorías de un hogar promedio^{66, 67}. Esto sin considerar otros gastos de las familias como transporte, gastos de salud, vestuario y servicios básicos de agua y luz de los hogares.

Los pacientes tributarios de hemodiálisis del presente estudio, 81.3% tienen como fuente de financiamiento a SIS-FISSAL y 12.5% SALUDPOL, es decir casi la totalidad de estos pacientes, su tratamiento está coberturado por el Estado y sólo 6.3% por recursos propios.

Debo destacar que estos últimos cuentan con el Seguro Social de Salud (EsSalud); sin embargo, esta entidad no brinda el servicio en esta ciudad y al no haber convenio con Laurent Centro de Hemodiálisis, tienen que autofinanciar su tratamiento, lo que hace difícil cumplir con sus cuidados de salud.

Con respecto al tiempo que llevan en terapia de hemodiálisis, 50% están de 1 a 3 años; 34.4% de 3 a 11 meses y 15.6% de 4 años a más; A partir del 2015, 84.4% de los pacientes iniciaron su terapia en esta ciudad al establecerse el convenio entre FISSAL con esta entidad privada, permitiendo dar continuidad del tratamiento y 15.6% restante son pacientes que iniciaron terapia de hemodiálisis en otras ciudades como Trujillo, Chiclayo o Lima que posteriormente lograron su acreditación en Cajamarca. El 46.9% padece de hipertensión arterial, 28.2% diabetes mellitus, que son las enfermedades de fondo, las mismas que la bibliografía e investigaciones las reportan como las principales entidades patológicas que llevan al daño renal por su mal manejo y falta de programas de prevención^{3,10}.

Esta información es de utilidad para el estudio puesto que permite conocer aspectos generales y condiciones de vida que podrían estar influyendo en la adherencia terapéutica y la calidad de vida de las personas que llevan terapia de hemodiálisis.

Tabla 2. Nivel de adherencia terapéutica de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.

Nivel de Adherencia Terapéutica	N	%
Alta	29	90.6
Moderada	3	9.4
Total	32	100.0

Fuente: Escala de adherencia terapéutica de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

En esta tabla se puede apreciar que 90.6% de las personas que reciben terapia de hemodiálisis tienen una alta adherencia y solamente 9.4% tienen moderada adherencia. Esto muestra que los pacientes están cumpliendo con las recomendaciones, indicaciones de los profesionales que prestan la atención. Resultados diferentes se reportan en los estudios realizados por Herrera et al.²¹ y Loza et al.²², donde mencionan que la adherencia terapéutica es baja (2 y mala (56%) respectivamente.

El hecho de encontrarse ante una mayor adherencia (90.6%) se relaciona con el abordaje sistemático y multidisciplinario, haciendo que los pacientes estén continuamente monitorizados y controlados; para aquellos pacientes cuya prestación de salud es a través del FISSAL (81.3%), la cartera de atención está compuesta por el tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis), análisis clínicos periódicos, tratamiento medicamentoso de anemia y mineral óseo, todo esto bajo el manejo y seguimiento de un equipo multidisciplinario de salud: Médico nefrólogo, personal especializado y/o capacitado de Enfermería, intervención de psicología, nutrición y asistente social (Anexo N° 06); Sin embargo, la cobertura de SALUDPOL no contempla los análisis clínicos ni la intervención psicológica, nutricional y social. Los pacientes que autofinancian su

tratamiento requieren aún de intervenciones adaptadas de acuerdo a su solvencia económica o disponibilidad de atención en sus prestadoras de salud a la cual están adscritos; probablemente este sería el grupo que estaría explicando una adherencia moderada (9.4%).

Es el personal de Enfermería, el que desempeña el rol más significativo de soporte para la adherencia, quizá por la cercanía y el mayor contacto con el paciente; además, cabe resaltar que un factor clave para el éxito de la adherencia terapéutica, requiere de una participación activa no sólo del paciente, sino de la familia y la comunidad⁸; constituyendo esto aún un aspecto a trabajar; porque, el usuario puede recibir todo el apoyo terapéutico que le proporciona por ejemplo el SIS, pero si la familia no apoya, la adherencia al tratamiento puede afectar su supervivencia.

Tabla 3. Nivel de adherencia terapéutica según la dimensión de control de medicamentos y alimentación de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis-Cajamarca, 2017.

Nivel de Adherencia	N	%
Dimensión: Control de Medicamentos y Alimentación		
Alta	27	84.4
Moderada	5	15.6
Total	32	100.0

Fuente: Escala de adherencia terapéutica de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

Respecto a la dimensión de control de medicamentos y alimentación, los resultados muestran alta adherencia en 84.4% de los usuarios; en tanto que, 15.6 % tienen moderada adherencia. Analizando individualmente los ítems por porcentaje de cumplimiento, se encuentra que, correspondiente a los medicamentos: Tomar la medicación de manera

puntal y a la hora indicada, 75% y 81.4% respectivamente, alcanzan porcentaje de cumplimiento alto (Anexo N° 07: Tabla 3a). Resultados similares presentan los estudios de Gallardo et al.¹¹ y Darss¹⁶, donde la adherencia al tratamiento farmacológico es muy elevada.

Un aspecto muy importante que facilita la adherencia de los usuarios de Laurent Centro de Hemodiálisis cuya cobertura de salud es a través del FISSAL, es que los pacientes reciben mensualmente los medicamentos como carbonato de calcio, ácido fólico, tiamina, piridoxina para su consumo en vía oral y demás medicamentos programados para su administración en la institución (hierro endovenoso, hidroxocobalamina y eritropoyetina), lo que estaría favoreciendo con el cumplimiento; a diferencia de lo que sucede con los ítems de alimentación como describimos a continuación.

Si bien de manera global la dimensión de medicamentos y alimentación nos muestra resultados de alta y moderada adherencia; al analizar más específicamente el comportamiento y porcentaje de cumplimiento de los usuarios en cada ítem encontramos que para la gran mayoría (96.6%) de pacientes le resulta más “fácil” cumplir con el hecho de dejar algo placentero como fumar e ingerir bebidas alcohólicas alcanzando un porcentaje de cumplimiento alto; sin embargo, en los ítems de ejercicio, dieta rigurosa y comer solo lo permitido aparecen comportamiento de bajo porcentaje de cumplimiento en 15.6 %, 6.2% y 9.4% respectivamente y 1/3 de los usuarios tienen comportamiento de adherencia moderada a los ítems de dieta rigurosa y comer solo lo permitido (Anexo N° 07: Tabla 3a).

Los resultados obtenidos se semejan con el estudio de Gallardo et al.¹¹. Donde 20/45 pacientes mencionaron seguir una dieta rigurosa y respetarla en 40-50 % y 25/45 de los pacientes mencionó ni respetar una dieta en 0-30 %. Asimismo, concuerdan con los

porcentajes obtenidos por Darss¹⁶. Donde destaca que sólo 42,5% realiza un cumplimiento medio, y 21,2% realiza un cumplimiento óptimo.

La adherencia terapéutica a la dieta se constituye en un pilar fundamental para el control de la enfermedad y tiene impacto directo en la supervivencia del paciente, debido a que requieren de un manejo individualizado para mantener un aporte calórico-protéico adecuado a fin de prevenir la desnutrición; el control en la ingesta de agua y sal, ya que de esto dependerá la ganancia de peso interdiálisis que se relaciona con el incremento de la presión arterial y por consiguiente el aumento del riesgo cardiovascular; control sobre el aporte potasio y fosforo, valores elevados de potasio se asocia a supexitación de células cardíacas, generación de arritmias y finalmente parada cardíaca, por el otro lado el fósforo ha sido asociado a alteraciones óseas que junto con el calcio y la paratohormona juegan un papel preponderante no sólo en procesos de inflamación y estrés oxidativo sino también con calcificación cardiovascular, disfunción arterial y, lo que es más importante, aumento de la morbimortalidad^{33,34}.

Es importante resaltar lo encontrado en el estudio de Rizo¹⁰ donde menciona que el conocimiento que tiene el paciente, el apoyo familiar resulta como factores positivos para lograr la adherencia. Sin embargo, destaca las dificultades económicas como un impedimento para el cumplimiento de la dieta. En el caso de los usuarios de Laurent, lo que estaría contribuyendo a un menor cumplimiento es que 50% de los pacientes que trabajan tienen bajos ingresos económicos menos de S/ 500.00 soles/mes, que no lograría cubrir para el aporte calórico proteico requerido. Además, el hecho de que muchos de ellos son de otras provincias y no tienen al apoyo familiar directo para por ejemplo la preparación de la dieta por lo que tienen que comer en pensiones.

La dieta aún sigue siendo un nudo crítico y se tiene que evaluar múltiples factores que influyen desde nivel educativo, apoyo familiar y las condiciones socioeconómicas para lograr mayor cumplimiento⁸.

Tabla 4. Nivel de adherencia terapéutica según las dimensiones de seguimiento médico conductual y autoeficacia, de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis-Cajamarca, 2017.

Nivel de Adherencia	N	%
Dimensión: Seguimiento Médico		
Conductual		
Alta	30	93.8
Moderada	2	6.2
Dimensión: Autoeficacia		
Alta	30	93.8
Moderada	2	6.2
Total	32	100.0

Fuente: Escala de adherencia terapéutica de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

En esta tabla se puede apreciar que en las dimensiones de seguimiento médico conductual y autoeficacia, la gran mayoría de las personas que reciben terapia de hemodiálisis presentan una alta adherencia (93.8%).

Referente a esta dimensión destacamos que el seguimiento médico conductual referido a acciones o actitudes que demuestran los pacientes frente a la indicación médica de realizarse análisis clínicos, asistir a consultas médicas de rutina y de control y la autoeficacia con la sensación de autoconfianza que siente el paciente al ser informado de su estado de salud y resultados de laboratorio, generan mayor compromiso para continuar con el tratamiento en general. Este resultado (93.8%) de pacientes con alta adherencia, es

el reflejo del papel activo tanto del paciente así como de los profesionales de salud; aunado a ello resaltamos la integralidad de cobertura de los pacientes de FISSAL (81.3%), donde reciben consulta médica especializada, análisis clínicos programados (mensual, trimestral y semestral) y tratamiento medicamentoso, asegurando así el cumplimiento y monitoreo continuo de estos pacientes.

Los datos encontrados, difieren del estudio de Rizo¹⁰ y Loza et al.²² las variables que mostraron un comportamiento negativo fueron los cambios en los estilos de vida, el incumplimiento de la dieta, la no adecuada relación médico – paciente y el tratamiento hemodialítico, alimentación y controles médicos respectivamente. La diferencia de los resultados de nuestro estudio puede radicar en el seguro de FISSAL con el que cuentan la gran parte de pacientes y el que se constituye en el principal respaldo.

Sin embargo, tenemos un porcentaje menor 6.2%, que presentan una adherencia moderada en estas dos dimensiones, que podrían estar los pacientes que se autofinancian su tratamiento y lo que pudiera estar afectando su calidad de vida, toda vez que el acto de no encontrarse adherido al tratamiento en el usuario con ERC V en terapia de hemodiálisis repercutiría severamente en su estado de salud, generando complicaciones que inclusive pudieran resultar mortales^{6, 7, 24}. Por lo tanto, el paciente requiere de un manejo médico muy complejo, donde la persona necesita aprender a conocer su enfermedad, recibir orientación en el manejo y control de la misma y ser responsable y persistente^{10, 17}.

Se resalta entonces el factor protector de la adherencia terapéutica contribuyendo al control de la enfermedad, evitando complicaciones y prolongando la vida, situación que estaría viéndose favorecida en los pacientes de nuestro estudio.

Tabla 5. Calidad de vida de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.

Afectación de la calidad de vida	N	%
Moderada	16	50.0
Leve	16	50.0
Total	32	100.0

Fuente: Cuestionario KDQOL de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

Esta tabla, revela la calidad de vida en general de las personas que reciben terapia de hemodiálisis, donde 50% tienen afectación moderada y 50% afectación leve.

Estos datos difieren de los resultados de los estudios de Bermeo et al.¹⁵ quien reporta que la calidad de vida de los pacientes es mala y de Vergaray²⁰ que indica que la calidad de vida de los pacientes de su estudio tienen un nivel bajo.

En el caso de los pacientes con ERC V en terapia de hemodiálisis, la variable calidad de vida nos permite valorar el impacto que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida de cada persona. Además cabe resaltar que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente^{42,43,49}.

La población objeto de estudio, es su gran mayoría (84.4%) fue diagnosticada con ERC V y reciben terapia de hemodiálisis desde un tiempo relativamente corto (entre 3 meses a 3 años); por lo que se encuentran pasando por un proceso muy complejo, que va desde el tránsito por las fases del duelo⁴⁸, adaptación al tratamiento dialítico, conocimiento del manejo de su enfermedad, autocuidado y afrontamiento; todos estos factores reflejándose en la percepción de su calidad de vida. El personal de Enfermería resulta ser el pilar fundamental durante este proceso, puesto pasamos la gran parte del tiempo con nuestros pacientes y por lo tanto el cuidado debe ser integral, identificando sus necesidades, comprendiendo lo que viven, sienten y ayudando el proceso de afrontamiento.

Tabla 6. Calidad de vida según las dimensiones salud física y mental, de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis-Cajamarca, 2017.

Afectación de la calidad de vida	N	%
Dimensión: Salud física		
Moderada	28	87.5
Severa	4	12.5
Dimensión: Salud mental		
Moderada	31	96.9
Severa	1	3.1
Total	32	100.0

Fuente: Cuestionario KDQOL de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

En la presente tabla, se puede visualizar la calidad de vida en sus dimensiones física y mental. Con respecto a la dimensión física 87.5% tienen afectación moderada y 12.5% afectación severa. Con respecto a los ítems de salud física, 62.5% indicaron que su salud

física en general es buena, en tanto 15.6% y 12.5% refirieron que es pasable y mala respectivamente. Además 9.4% refirieron que les afecta mucho para hacer actividades moderadas como mover una mesa, barrer, caminar y subir varios escalones. Durante el último mes a causa de su salud física, 75% ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado en su trabajo o actividad del diario vivir y 65.6% ha tenido limitaciones. Con respecto al dolor y cuanto dificultó este en su trabajo, 25% considera que le afectó moderadamente y 9.4% los criterios de bastante y extremadamente; 28% un poco y 38% nada. (Anexo N° 08: Tabla 6a).

En la dimensión salud mental 96.9 % tienen afectación moderada y 3.1% afectación severa. Considerando cada ítems de esta dimensión, 50% de las personas en terapia de hemodiálisis indicaron que a causa de algún problema emocional (ansiedad, depresión) han logrado hacer menos de lo que les hubiera gustado hacer en su trabajo o actividades del diario vivir y 28.1% han hecho el trabajo u otras actividades del diario vivir con menos cuidado de lo usual. Además durante el último mes, se sintieron; tranquilo y sosegado, algunas veces 18.8%, casi nunca 3.1%; con mucha energía, casi nunca 6.2%, algunas veces 34.4% y desanimados y tristes, siempre 21.9%, muchas veces 3.1% (Anexo N° 09: Tabla 6b). Estos resultados muestran claramente el impacto psicológico que provoca la enfermedad en las actividades diarias y que la disfunción social, estados de ansiedad y depresión es significativa^{42, 43}.

Datos similares son reportados en el estudio de Díaz et al.¹³ donde de los pacientes que no cumplían con su tratamiento 16.7% presentaban ansiedad y 33.3% depresión; de igual manera lo reporta el estudio de Vergaray²⁰ donde dentro de las dimensiones que presentaron niveles bajos de calidad de vida estuvieron el área física y mental con 70%.

Por lo tanto, las variables físicas no son suficientes para comprender el impacto de la ERC V en la calidad de vida de las personas con terapia de hemodiálisis, induciendo a explorar variables psicológicas (mental) que permitan identificar nuevos moduladores de la calidad de vida, como el afrontamiento. Afrontar la enfermedad crónica es el proceso de autorregulación que realizan los pacientes ante la adversidad. El afrontamiento puede entenderse como «estilo» o «estrategia para hacer frente a situaciones adversas, y se distingue por ser constante y estar determinado por el carácter de cada persona»^{53, 54}.

Cabe mencionar que los pacientes que reciben terapia de hemodiálisis en esta entidad, son evaluados por el profesional de psicología mensualmente; sin embargo, requieren de soporte continuo. Frente a esto resalto la estrategia autogenerada por un grupo de pacientes, donde el afrontamiento religioso y la búsqueda de fortaleza de un ser superior sobrenatural ha ayudado a las personas a encontrar significado y propósito en la vida, confort emocional, control personal y “bienestar físico”; esto, mediante métodos como el perdón, la oración, ayuda mutua y el apoyo espiritual.

Sin embargo, se hace necesario desde los puntos de vista científico y asistencial profundizar en el conocimiento de los posibles correlatos entre las vivencias y estados psicopatológicos que se estructuran en las personas con ERC con vista a desarrollar alternativas terapéuticas más efectivas para mejorar, desde la zona salutogénica, el bienestar de la persona y su calidad de vida^{47,49,50,52}.

Tabla 7. Calidad de vida según las dimensiones de carga de la enfermedad renal, sintomatología/problemas y efectos de la enfermedad renal de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis, 2017.

Afectación de la calidad de vida	N	%
Dimensión: Carga de la Enfermedad Renal		
Leve	12	37.4
Moderada	10	31.3
Severa	10	31.3
Dimensión: Sintomatología/Problemas		
Leve	30	93.8
Moderada	2	6.3
Dimensión: Efectos de la ERC		
Leve	17	53.1
Moderada	13	40.6
Severa	2	6.3
Total	32	100.0

Fuente: Cuestionario KDQOL de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

En la tabla se puede apreciar que la dimensión que tiene menor afectación corresponde a la de sintomatología / problemas de la ERC, donde 93.8% o no presentó molestias o aparecieron en poca o regular intensidad. En el estudio de Bermeo et al.¹⁵ también reporta que es la dimensión menos afectada. Este hecho de encontrarse ante alto porcentaje, se constituye en un factor protector, puesto que, hay buena tolerancia a la terapia de hemodiálisis, mejor calidad de vida y prolonga la supervivencia de los pacientes³².

El 6.3% mencionan de haberse presentado en mucha intensidad molestias como la falta de apetito, náuseas, sentirse agotado, dolores musculares, dolor de pecho, picazón de piel, sensación de falta de aire, entumecimiento u hormigueo de manos y pies y problemas con

el acceso vascular (fístula o catéter). (Anexo N° 10: Gráfico 7a). Si bien algunas manifestaciones son propias de la uremia^{23, 24}, otras corresponden a manifestaciones a la tolerancia y adherencia al tratamiento³³, por lo que este grupo requiere de ajustes individualizados³² y de mayor control y seguimiento por el personal de salud.

En la dimensión carga de la enfermedad renal crónica está dividido en los tres modos de afectación (severa, moderada, leve) correspondiendo aproximadamente a cada una un tercio del porcentaje (31.3%, 31.3% y 37.4% respectivamente). Al considerar cada ítem de esta dimensión los usuarios mencionan que es totalmente o bastante cierto que su enfermedad interfiere demasiado con su vida (56.3%), que le ocupa demasiado tiempo (59.4%), se sienten frustrados (53.1%) y sienten que son una carga para su familia (43.8%). (Anexo N° 11: Tabla 7a).

En la dimensión efectos de la ERC, 53.1% tienen afectación leve, 40.6% moderada y 6.3% afectación severa. Los pacientes que tienen afectación moderada a severa de su calidad de vida por los efectos de la enfermedad renal y que bordean el 50% refieren que se debe principalmente; a la tensión nerviosa o preocupaciones causadas por la enfermedad del riñón (50%), capacidad para trabajar en casa (49.9%), la limitación de líquidos (46.9%) y su capacidad para viajar (43.8%) afectándoles entre “regular, mucho y muchísimo”. Parece ser menos afectado el aspecto físico, su vida sexual y el hecho de depender de médicos y otro personal de salud así como las limitaciones en la dieta; pues los resultados en regular, mucho y muchísimo se encuentran en porcentajes de 25%, 28.1 y 28.2 %, respectivamente (Anexo N° 12: Tabla 7b).

Los resultados obtenidos difieren del estudio de Guerra et al.¹⁵, donde indican que la subescala de carga de la enfermedad renal presentó puntajes promedio bajo de 31.88 y

promedios más altos, con 74,61 y 56,92 en las sub-escalas síntomas/listado de problemas y efectos de la enfermedad, respectivamente.

Las personas que llevan terapia de hemodiálisis no sólo tienen que generar cambios debido a la enfermedad; sino también, a nivel social, viéndose afectados aspectos laborales, tiempo libre y las relaciones familiares⁵². El hecho que la gran parte de los usuarios de Laurent no trabajen (62.5%) les hace sentir que son una carga para sus familias, además, el tiempo que tienen que permanecer para la terapia (5 horas) y el hecho de no poder interrumpir el tratamiento que es 3 veces/semana, lo que les impide que puedan viajar a otros lugares e inclusive a sus lugares de origen, sumado a ello los gastos económicos que representa trasladarse.

Igualmente el cansancio y los problemas físicos hacen que las relaciones sexuales en la pareja se vean marcadas de forma muy especial. En parejas jóvenes, se limita debido a deterioro físico, mal olor de aliento, cambio de coloración de la piel, problemas en extremidades por accesos vasculares repetidos, etc., pueden dificultar su atracción y su funcionalidad, llegando incluso a la separación⁵².

Resulta crucial lograr el empoderamiento del paciente y la familia y la búsqueda de grupos de apoyo, para generar o facilitar herramientas que incrementan capacidades de afrontamiento, autocontrol, de la toma de decisiones informada^{52, 53}, a fin de que las diferentes situaciones, puedan ser superadas por el paciente y su calidad de vida se vea menos afectada en el aspecto físico, psicológico y social.

Tabla 8. Adherencia terapéutica y calidad de vida de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis-Cajamarca, 2017.

Afectación de la calidad de vida	Nivel de Adherencia Terapéutica			
	Moderada		Alta	
	N	%	N	%
Moderada	1	33.3	15	51.7
Leve	2	66.7	14	48.3
Total	3	100.0	29	100.0

Fuente: Escala de adherencia terapéutica y el cuestionario KDQOL de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

Chi-cuadrado	0.368
Df	1
Valor p	0.544

De las personas que tienen moderada adherencia terapéutica 66.7% tienen afectación leve de la calidad de vida; en cambio los que tienen alta adherencia terapéutica 51.7% tienen afectación moderada de la calidad de vida. Al establecer la correlación de estas dos variables, se obtuvieron un valor p de 0,544, con lo que se acepta la hipótesis nula; es decir, la adherencia terapéutica y la calidad de vida de las personas que reciben terapia de hemodiálisis son independientes o no están relacionados, a un nivel de significancia del 5%.

Los resultados obtenidos semejan a los encontrados por Díaz et al. ¹³. Donde no se encontró asociación entre las características clínicas y la adherencia al tratamiento.

Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, especialmente en este tipo de pacientes, los cuales tienen que asimilar el hecho de vivir con una condición médica permanente y aprender a sobrellevar las

limitaciones que ocasionan la enfermedad y el tratamiento^{44,45}. Además no sólo son los factores orgánicos, sino psicológicos, sociales y familiares de cuyas resultantes dependerá la evaluación general de la calidad de vida que hace el paciente⁵⁶. Si bien la adherencia al tratamiento es alta, tal vez el factor más fortalecido es el relacionado con el sistema o equipo de asistencia sanitaria, por la integralidad de sus prestaciones, sin embargo, es necesario fortalecer los perfiles profesionales e incorporar la participación activa del paciente, familia y comunidad⁸.

Resulta de gran importancia conocer cómo las personas en terapia de hemodiálisis enfrentan aquellos factores que amenazan su “salud” y cómo se enfrentan para restablecerla; en este sentido, la calidad de vida está en función de múltiples factores, lo que supera la presencia de la misma enfermedad renal crónica y su tratamiento, y de lo que dependerá en cierta medida el bienestar del paciente, así como la adherencia y la respuesta al tratamiento de sustitución renal.

Estos factores que podrían estar influyendo son los aspectos sociodemográficos; las relaciones de pareja parecen tener una incidencia importante en la percepción de la calidad de vida, las personas viudas, divorciadas y solteras muestran más baja percepción de la calidad de vida con respecto al apoyo social percibido, y tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones psicosociales. Las relaciones de pareja suelen verse afectadas por el cansancio y los problemas físicos haciendo que las relaciones sexuales se vean afectadas de forma muy especial. La calidad de vida también se ve menguada en el paciente que se encuentra inactivo laboralmente, puesto que tiene que dejar de trabajar, debido al tiempo que tiene que invertir en el tratamiento⁴⁹. Es decir, que para ellos la funcionalidad puede estar influyendo en la percepción de la calidad de vida.

Nuestro estudio valida la necesidad de un enfoque terapéutico biopsicosocial y reafirma la necesidad de reforzar la integración y compromiso de otros profesionales en las unidades de diálisis como asistente social, psicólogos, nutricionista que apoyen y contribuyan en el logro de una mejor calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

1. Los aspectos sociodemográficos de las personas que reciben terapia de hemodiálisis son: En su mayoría son del sexo masculino, grupo etario entre 41 a 60 años y de otras provincias. Más de la mitad tienen educación básica y más de 1/3 trabajan y la mitad percibe menos de 500 soles mensuales. En su mayoría su tratamiento es subvencionado y llevan la terapia entre los 3 meses a 3 años, siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus las principales patologías desencadenantes de ERC.
2. La adherencia terapéutica alcanzada por la mayoría de los pacientes fue alta. Las dimensiones que alcanzaron un mayor nivel fueron las de seguimiento médico conductual y autoeficacia; así como, la de control de medicamentos y alimentación.
3. La calidad de vida en general, presenta un nivel de afectación entre leve y moderada, ambos en iguales porcentajes. Las dimensiones de salud física y mental, están afectadas de manera moderada y severa; la dimensión sintomatología/problemas de la ERC tiene afectación leve en su mayoría; en tanto que las dimensiones de carga y efectos de la enfermedad renal está dividido en los tres modos de afectación (severa, moderada, leve).
4. Al establecer la asociación entre adherencia terapéutica y calidad de vida de las personas en terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis. No se encontró asociación estadística (valor $p=0.544$). Por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula. No obstante, pueden estar interviniendo otros factores que afectan la calidad de vida de estas personas.

RECOMENDACIONES

1. A la Escuela de Posgrado, directivos, maestrandos; y estudiantes de la rama de salud; desarrollar investigaciones en la creación de nuevos instrumentos e interrelacionar el auto reporte del paciente, las características clínicas y los criterios bioquímicos para aumentar la confiabilidad de los resultados.
2. A los gestores y personal de la institución Laurent Centro de Hemodiálisis, se recomienda lo siguiente:
 - Al personal de Enfermería; establecer programas educativos para el paciente y la familia a fin de mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes.
 - A los profesionales de Psicología y Enfermería; fomentar grupos de apoyo, instaurar programas de relajación y fisioterapia para disminuir estados de ansiedad, depresión y ayudar al afrontamiento.
 - El equipo multidisciplinario de salud debe orientar al paciente y familia sobre la ruta terapéutica que más se adapte a su condición clínica, preferencias, situación personal, profesional, social y laboral, al tiempo que les permitirá evitar que su enfermedad determine para ellos un futuro de pobreza y exclusión.
 - A través de los profesionales de asistencia social; se oriente para la gestión de los beneficios sociales; asimismo, se pueda obtener certificados de discapacidad que les ayude a mantener o conseguir un empleo de los pacientes en etapa productiva de vida.
3. A la Municipalidad Provincial de Cajamarca y/o afines, a fin de generar proyectos de programas productivos y lograr la inserción laboral disminuyendo la pobreza y exclusión social de las personas que llevan terapia de hemodiálisis en Cajamarca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Escobar E. Registro español de enfermos renales. Informe 2013 y evolución 2007 – 2013. Nefrología [Internet] 2016 [Citado 20 abr 2016]; 36 (2): 98-216. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-registro-espanol-enfermos-renales-informe-articulo-S021169951500226X>
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad Renal Crónica. [Internet]. Washington, DC, 11 de marzo de 2014 (OPS/OMS) [Actualizado 11 de mar 2014; citado 25 ene 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379%3A2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabeteshypertension&Itemid=1926&lang=es
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2013 (Proyecto revisado y actualizado, versión del 15 de marzo de 2013) [citado 27 de abr 2016]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
4. Subdirección General de Calidad y Cohesión, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad Consejerías de Sanidad de las CCAA. Documento marco sobre enfermedad renal crónica (ERC) dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. [Internet]. España: 2015. [citado 27 de abr 2016]. Disponible en: https://www.senefro.org/modules/noticias/images/enfermedad_renal_cronica_2015.pdf
5. Francoise Contreras, Esguerra G, Espinoza JC, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Univ. Psychol [Internet] 2006 [Citado 30 abr 2016]; 5(3): 487-489. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a05.pdf>

6. Vélez E. Representaciones de la insuficiencia renal crónica; afrontamiento y adherencia al tratamiento. [Tesis en Internet] Madrid: Universidad de Alcalá; 2010. 299 p. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9001/Tesis%20%20EVELEZ%20Final%20mayoI10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Martínez I. Calidad de vida de pacientes en programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria. [Tesis en Internet] México: Universidad Veracruzana; 2012. 46 p. Disponible en: https://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetriz/31.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. pruebas para la acción. 2004. [Internet]. 2004 [citado 15 jul 2016]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
9. Centro Vasco de Información de Medicamentos. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. INFAC. [Internet].2011 [citado 10 de ene 2017]; 19 (1) Disponible en: <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>
10. Rizo Gonzales YL. Adherencia Terapéutica en Pacientes Dializados. Hospital Faustino Pérez. Matanzas 2011 -2012. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012. [citado 15 may 2017] Disponible en: <actasdecongreso.sld.cu/downloads/1153/278-3762-3-PB.pdf>
11. Gallardo Ochoa A, Franco Corona BE. Calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Jón Invest [Internet]. 2014 [citado 29 ago 2017]; 1(1): 436-441. Disponible en: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/680/pdf2>

12. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación de la Enfermedad Renal Crónica en el Perú, 2015. [Internet]. 2015 [citado 2 ene 2017] Disponible en: [http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf)
13. Díaz-Soto CM, Présiga-Ríos PA, Zapata-Rueda CM. Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. Rev. Edu. y Des. [Internet]. 2017 [citado 29 ago 2017]; 41: 17-25. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/41/41_Diaz.pdf
14. Pérez Acuña C, Riquelme Hernández G, Scharager Goldenberg J, Armijo Rodríguez I. Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2015 [citado 13 ago 2017]; 18(2):89-96. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842015000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842015000200003&lng=es) &lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S225428842015000200003>.
15. Bermeo ML, Jiménez JV. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro Hemodial – Azogues, Azogues 2014. [Tesis en Internet] Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015. 62 p. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21563/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
16. Darss N. Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Programa de Hemodiálisis. [Tesis en Internet] Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. Escuela Superior de Ciencias de la Salud; 2014. 43 p. Disponible

en:https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25185/Darss_Bouaouda_2014.pdf

17. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Cáceres Espina M. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2012 [citado 26 ago 2017]; 20(5): [10 pantallas] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_04.pdf
18. Ruiz García E, Latorre López LI, Delgado Ramírez A, Crespo Montero R, Sánchez Laguna JL. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2016 [citado 25 ago 2017]; 19(3): 232-241. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842016000300005&lng=es.
19. Laura M, Pérez H. Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa - 2016. [Tesis en Internet] Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2016. 93 p. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1800>
20. Vergaray B. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco, 2014. [Tesis en Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2016. 95 p. Disponible en:http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/99/VERGARAY_TARAZONA%2c_Branny_Eloy_Tesis_t%c3%adtulo_profesional_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. Herrera Añazco P, Palacios Guillem M, Mezones Holguin E, V. Hernández A, Chipayo Gonzales D. Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú. 2014. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2014 [citado 29 ago 2017]; 75(4): 323-326. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/379/37933046005.pdf>
22. Loza Félix V, Pecho Tataje M. Nivel de información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica hemodializados en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez – EsSalud Ica 2011. Rev. Enferm. Vanguard. [Internet]. 2013; [citado 29 ago 2017] 1(2): 64-70. Disponible en: <https://www.unica.edu.pe/enfermeria/archivos/revista-enfermeria-alavanguardia-volumen2.pdf>
23. KDIGO. Guía de Práctica Clínica de la “Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)” Para el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica, 2013. [Internet] 2013 [citado 18 oct 2016]. Disponible en: <https://magllerandi.files.wordpress.com/2014/10/enfermedad-renal-cronica-kdigo-2013.pdf>
24. Lorenzo Sellarés V. Enfermedad Renal Crónica. Rev. Nefrología [Internet]. [Actualizado 30 jun 2017; citado 29 ago 2017] 2016 Impact Factor: 1,183. disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-crnica-136>
25. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoc. salud. [Internet] 2016 [citado 29 ago 2017]; 21(1): 117-137. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
26. Lago Denesi N. Adherencia al tratamiento – responsabilidad de todos. Tendencias en Med. [Internet] 2015 [citado 29 ago 2017]; 23(46): 99-109. Disponible en: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf

27. Eipson L.H. y Cluss S. A behavioral medicine perspective on adherence to long- term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 50: 960-971.
28. Sabaté E. WHO Adherence Meeting Report ,2001. [Internet] 2001 [citado 29 ago 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencerep.pdf>.
29. Lorenzo Sellarés V, López Gómez JM. Principios físicos en hemodiálisis. *Rev. Nefrología* [Internet] 2016 [Actualizado 19 oct 2018; citado 21 may 2016]; 1(183). Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-principios-fisicos-hemodialisis-188>
30. García Rebollo S, Solozábal Campos CA. Accesos Vasculares Percutáneos. *Rev. Nefrología* [Internet] 2016 [Actualizado 10 jul 2015; citado 21 may 2016]; 1(183) Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-accesos-vasculares-percutaneos-37>.
31. Jiménez Alconacid P. Fístulas arteriovenosas para hemodiálisis. *Rev. Nefrología* [Internet] 2016 [Actualizado 10 jul 2015; citado 21 may 2016]; 1(183) Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-pdf-monografia-38>
32. Maduell Canals F, Arias Guillén M. Hemodiálisis: Dosis de Diálisis. *Nefro. al día* [Internet] 2015 [Actualizado 10 jul 2015; citado 21 may citado 2016]; 1(183). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-pdf-monografia-36>.
33. Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER). Tratamiento dietético en la fase de diálisis. [Internet] [citado 21 may 2016] Disponible en: http://www.alcergiralda.org/02_erc/Nutricion_dialisis.pdf.

34. Rojas Romina N. Estado nutricional en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. [Tesis en Internet] Argentina. Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Medicina y Ciencia de la salud. 2013. 92 p. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112518.pdf>
35. Colaboradores de Wikipedia. Calidad de vida [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2018 [Citado 17 ago 2018]. Disponible en <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Calidad_de_vida&oldid=118291951
36. Rodríguez Marín J, García del Castillo JA, Carmen Terol M. concepto de calidad de vida. Rev. Psicooncología [Internet]. 2014 [citado 18 ago 2017]; 1. Disponible en: <https://institutosalamanca.com/blog/concepto-calidad-de-vida/>
37. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=142
38. Jiménez Castillo JA, Téllez Castillo CA, Esguerra GA. Conceptualización y medición de la calidad de vida en la infancia. **Diversitas** [Internet]. 2011. [citado 27 ago 2017]; 7 (1): 103-124. Disponible en: <<http://revistas.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/view/145/212>>.
39. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2004 [citado 27 ago 2017]; 11(8): 53-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462004000800004&lng=es
40. Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2004 [citado 27 ago 2017]; 27(3):2-6. Disponible

en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-que-es-como-se-mide-13058924#affa>

41. Herdman M., Baró E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. En: Badía X, Podzamczar D. Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH. 1ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2000. p. 19-33.
42. Grupo de la OMS sobre La calidad de vida. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*, 1995, 41: 1403-1409.
43. Enciclopedia Universal. Calidad de vida. [Internet]. Universal, de la enciclopedia libre Universal en español; 2011 [citado 27 ago 2018]. Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Calidad_de_vida&oldid=556803.
44. Mayo Clinic. Enfermedad renal en etapa terminal [Internet]. 2018 [citado 27 ago 2018]; disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/end-stage-renal-disease/symptoms-causes/syc-20354532>
45. Matarán Robles EM, Aguilar García R, Muñoz Becerra M. Incidencia y tipo de efectos adversos durante el procedimiento de hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2013 [citado 07 abr 2018]; 16(1): 36-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000100006>
46. Gonzáles Nieves Y, Herrera Jiménez LF, López Romero J, Nieves Achón Z. Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Psicología Científica.com*. [Internet]. 2011 [citado 07 abr 2018]; 13(20). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional>

- 47.** Moya Ruíz MA. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.*[Internet]. 2017 [citado 07 abr 2018]; 20(1): 48-56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842017000100007&lng=es.
- 48.** Colaboradores de Wikipedia. Modelo de Kübler-Ross. [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre.2018. [Actualizado 23 oct 2018; citado 07 nov 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Modelo_de_K%C3%BCblerRoss&oldid=111492735.
- 49.** Pupiales A. Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato, en el período comprendido entre enero y marzo del 2012”. [Tesis en Internet] Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2012. 119 p. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3015/1/RELACION%20DE%20LOS%20FACTORES%20PSICOSOCIALES%20CON%20LA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20%20DE%20LOS%20PACIENTES%20CON%20IRC.pdf>
- 50.** Ortego Maté MC, López Gonzáles S, Álvarez Trigueros ML. El apoyo social. [Internet]. España: Universidad de Cantabria [citado 07 abr 2018]; disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_13.pdf
- 51.** Capote Leyva E, Argudín Selier R, Mora González S, Capote Pereira L, Leonard Rupalé I, Moret Hernández Y. Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL-SFTM. *Medisur* [Internet]. 2015 [citado 27 ago 2017]; 13(4): 508-516. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2015000400007&lng=es.

- 52.** Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Rev. Dent. Chile [Internet]. 2005 [citado 27 ago 2017]; 96 (2): 28-35. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123542/Espinoza2005a.pdf>
- 53.** Torres A. A, Sanhueza A O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Cienc. enferm. [Internet]. 2006 [citado 27 ago 2017]; 12 (1):9-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000100002>
- 54.** Teorías intermedias. Mishel M. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. Recuperado de: The University of North Carolina at Chapel Hill. [Internet] Disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.pe/2013/06/merle-h-mishel-teoria-de-la.html>.
- 55.** Aristizábal Hoyo GP, Blanco Marlene Blanco Borjas D, Sánchez Ramos A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Rev. Enferm univer [Internet]. 2011[citado 27 ago 2017]; 8 (4): 16-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741840003>
- 56.** Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 Años: Una Aproximación Teórica. Hacia promoci. Salud [Internet]. 2007 [citado 16 may 2016]; 12(1): 11-24. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012175772007000100002&lng=en
- 57.** Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la Investigación. 5^{ta} ed. México: Mc Graw Hill, 1997.

58. Soria Trujano R, Vega Valero CZ, Nava Quiroz C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. Psicol.* [Internet]. 2009 [citado 26 ago 2017]; 14(20): 89-103. Disponible en:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405339X20090001000008&lng=pt&tlng=es.
59. Olvera Arreola SS, Müggenburg y Rodríguez Vigil MC. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial. *Biblioteca Lascasas* [Internet] 2014 [citado 02 nov 2017]; 10(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0771.php>
60. Martín F, Reig A, Sarró F, Ferrer R, Arenas D, González F, Gil T. Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). *DyT* [Internet] 2004 [citado 02 nov 2017]; 25 (2): 79-92. Disponible en: http://www.sedyt.org/revistas/2004_25_2/2502_079_o_martin.pdf
61. Figueroa R. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal, utilizando el cuestionario KDQOL-36; Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud: mayo 2010. [Tesis en Internet] Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2010. 39 p. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3661/1/Figueroa_Diaz_Rocio_Aida_2010.pdf
62. Carrillo-Algara AJ, Torres-Rodríguez GA, Leal-Moreno CS, Hernández-Zambrano SM. Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: Revisión integrativa. *Enferm Nefrol.* [Internet] 2018 [citado 17 nov 2017];

21(4):334-347. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v21n4/2255-3517-enefro-21-04-334.pdf>

- 63.** Vera-Villaruel P, Silva J, Celis-Atenas K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 [citado 17 ene 2018]; 142(10): 1275-1283. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872014001000007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>.
- 64.** Rojel I, Rosas D. Calidad de vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis, unidad de diálisis Hospital Clínico Regional Valdivia, Chile, agosto - noviembre de 2010. [Tesis en Internet] Chile: Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina Escuela de Enfermería; 2010. 66 p. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmr741c/doc/fmr741c.pdf>
- 65.** Organización Panamericana de la Salud, OMS. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas. Serie publicaciones, 2003. [Internet] 2003 [Citado 17 ago 2016]. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentostecnicos&alias=82-pautas-eticas-de-investigacion-en-sujetos-humanos-nuevasperspectivas&Itemid=1145
- 66.** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Resultados de la pobreza monetaria 2017. [Internet] 2017 [Citado 17 ago 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/presentacion_evolucion-de-pobreza-monetaria-2017.pdf
- 67.** Cámara del Comercio. Informe especial. Sube el costo de la canasta básica y aún no está del todo cubierta. [Internet] 2017 [Citado 17 ago 2018]. Disponible en: https://www.camaralima.org.pe/repositorioaps/0/0/par/r786_2/info_esp_786.pdf

- 68.** Zúñiga SM C, Dapuetto P J, Müller O H, Kirsten L L, Alid A R, Ortiz M L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 [citado 15 ago 2019]; 137(2): 200-207. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200003>.

ANEXOS

ANEXO 01

PLANILLA JUICIO DE EXPERTOS

Respetado Sr. ó Sra.: Usted ha sido seleccionado para evaluar los instrumentos que hacen parte de la investigación: **Adherencia Terapéutica y Calidad de vida de las Personas en Terapia de Hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis. Cajamarca, 2017**, realizado en el centro médico de apoyo: Laurent Centro de Hemodiálisis por la alumna de la escuela de post grado, Fany Marisol Carranza Vásquez.

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente. Agradecemos su valiosa colaboración.

Nombres y Apellidos del Juez.....

Formación Académica:.....

Áreas de Experiencia Profesional:.....

Cargo Actual:.....

Institución:

Objetivo de la investigación:

OBJETIVO GENERAL: Determinar y analizar la relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida de las personas en terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis. Cajamarca, 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características sociodemográficas de las personas con terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis. Cajamarca, 2017.
- Determinar la adherencia terapéutica de las personas con terapia de hemodiálisis de acuerdo a sus dimensiones. Laurent Centro de hemodiálisis. Cajamarca, 2017.
- Determinar la calidad de vida en sus diferentes dimensiones de las personas con terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de hemodiálisis. Cajamarca, 2017.

- Establecer la relación entre las dimensiones de la adherencia terapéutica y las dimensiones de la calidad de vida de las personas con terapia de hemodiálisis.

Laurent Centro de Hemodiálisis. Cajamarca, 2017.

Objetivo del juicio de expertos:

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda:

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1 No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2. Bajo Nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido

CARTA

Trujillo, 25 de julio de 2017

Estimada Lic. Fany

Le agradezco la oportunidad de participar en su estudio de investigación, luego de revisada la información enviada le remito la valoración solicitada en relación con el **anexo 2**.

Atentamente. -



Dr. Jorge L. Yucra Lazo
Médico Nefrólogo
CMP 56962 - RNE 2958

JORGE L. YUCRA LAZO
MEDICO NEFRÓLOGO
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD
VIRGEN DE LA PUERTA

1. Aspectos sociodemográficos

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN N	OBSERVACIÓN
Suficiencia	4	
Claridad	3	El ítem de ingreso promedio mensual debería ser precisado, si son los ingresos del paciente o son los ingresos familiares; ya que algunos pacientes no trabajan y/o dependen de sus familiares.
Coherencia	4	Los ítems son coherentes.
Relevancia	4	El ítem de los ítems incluidos son relevantes.

2. Aspectos generales de la enfermedad

2.1. ¿Qué tiempo lleva en hemodiálisis?

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN N	OBSERVACIÓN
Suficiencia	4	
Claridad	4	
Coherencia	4	
Relevancia	4	

2.2. ¿Padece de otras enfermedades?

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN N	OBSERVACIÓN
Suficiencia	4	
Claridad	3	Es posible que un paciente tenga más de una sola enfermedad, por lo que se debe especificar si se puede elegir más de una opción.
Coherencia	4	
Relevancia	4	

2.3. ¿Considera que su enfermedad es?

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN N	OBSERVACIÓN
Suficiencia	4	
Claridad	3	La pregunta es algo imprecisa, se debe especificar a que enfermedad se está refiriendo, si es a la ERC u otra enfermedad que pudiera padecer el paciente.
Coherencia	3	No encuentro precisión en la alternativa "Es Grave", se debería tener en cuenta que es lo que se quiere medir con esa alternativa, para ser reformulada o retirada de la encuesta.
Relevancia	4	

2.4. ¿El acceso que usan para su hemodiálisis, corresponde a: ?

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN N	OBSERVACIÓN
Suficiencia	4	
Claridad	4	
Coherencia	4	
Relevancia	4	

2.5. ¿Cuánto es su peso seco? _____ Kg

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN N	OBSERVACIÓN
Suficiencia	4	
Claridad	3	Se debería reformular la forma de hacer la pregunta, se sugiere: ¿conoce cuál es su peso seco?
Coherencia	4	
Relevancia	4	

ANEXO 02

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS BASADA EN COMPORTAMIENTOS EXPLÍCITOS

Instrucciones: Elija una opción dentro de los cuadros y marque con una “X” lo que se le pide. Le suplicamos contestar todas las preguntas. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Si tiene alguna duda, pregunte al encuestador.

Día	Mes	Año

Fecha

N° de Encuesta

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo:

Hombre		1
Mujer		2

Edad:- _____ **Lugar de Procedencia:** _____

Nivel de Escolaridad:

Sin estudios		1	Secundaria		3
Primaria		2	Superior		4

Estado Civil:

Soltero(a)		1	Conviviente		3	Viudo(a)		5
Casado(a)		2	Separado(a)/ divorciado(a)		4			

Situación Laboral:

Trabajo Independiente		1	Trabajo a medio tiempo		2	No trabaja		3
-----------------------	--	---	------------------------	--	---	------------	--	---

Ingreso Promedio Mensual:

< a 500 soles		1	1001 a 1500 soles		3
500 1000 soles		2	> a 1500 soles		4

Financiamiento del Tratamiento :

SIS-FISSAL		1	SALUDPOL		2	Recursos Propios		3
------------	--	---	----------	--	---	------------------	--	---

Tiempo que lleva en hemodiálisis

De 3 a 11 meses

	1
--	---

 De 1 año a 3 años

	2
--	---

 De 4 a más años

	3
--	---

Enfermedades primarias

Diabetes Mellitus

	1
--	---

 Hiperplasia Prostática

	3
--	---

 Otras

	5
--	---

Hipertensión Arterial

	2
--	---

 Poliquistosis Renal

	4
--	---

II. ASPECTOS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Instrucciones: En un porcentaje del 0 al 100, qué calificación se pondría de acuerdo a qué tanto se asemeja lo que usted atiende su tratamiento y lo que dice el enunciado.

Comportamientos Explícitos	Porcentaje de Cumplimiento										
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Control sobre medicamentos y alimentación											
1. Ingiero mis medicamentos de manera puntual.											
2. No importa que el tratamiento sea por largo tiempo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.											
3. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.											
4. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.											
5. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.											
6. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.											
7. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.											
Seguimiento médico conductual											
1. Me hago análisis clínicos en los periodos que el médico me indica.											
2. Asisto a mis consultas de manera puntual.											
3. Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud											
4. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.											
5. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.											
6. Me hago mis análisis clínicos periódicamente como me lo recomienda el médico, aunque no esté enfermo.											
7. Me inspira confianza que el personal de salud demuestren conocer mi enfermedad.											
Autoeficacia											
1. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.											
2. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.											
3. Cuando los síntomas desaparecen, dejo el tratamiento aunque no esté concluido.											
4. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.											
5. Para que yo siga el tratamiento, es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.											
6. Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.											
7. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.											

ANEXO 03

Cuestionario Enfermedad Del Riñón y Calidad De Vida (KDQOL™-36)

Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud y bienestar. La forma en que usted califique su calidad de vida será una de las mejores maneras para saber cómo le está yendo.

SU SALUD

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

1. Su salud en general es:

Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
2. <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, barrer, jugar billar o caminar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Subir <u>varios</u> escalones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Durante el último mes (4 semanas), ¿A causa de su salud física, ha tenido usted alguno de los siguientes problemas?

	Sí	No
--	----	----

4. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado en su trabajo u actividad del diario vivir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades del diario vivir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Durante el último mes (4 semanas), ¿A causa de algún problema emocional (como sentirse ansioso o deprimido) ha tenido usted alguno de los siguientes problemas?

	Sí	No
6. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado en su trabajo u actividades del diario vivir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades del diario vivir <u>con menos cuidado</u> de lo usual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

8. Durante el último mes (4 semanas) ¿Cuánto ha dificultado el dolor en su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante el último mes (4 semanas). Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante el último mes (4 semanas)?

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9. ¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1
10. ¿Ha tenido mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1

11. ¿Se ha sentido desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

12. Durante el último mes (4 semanas), ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SU ENFERMEDAD DEL RIÑÓN

¿En qué medida considera cierta o falsa en su caso cada una de las siguientes afirmaciones?

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
13. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Me siento una carga para la familia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Durante el último mes (4 semanas), ¿cuánto le molestó cada uno de las siguientes?

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
17. ¿Dolores musculares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. ¿Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. ¿Calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. ¿Picazón en la piel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. ¿Sequedad de piel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. ¿Falta de aire?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. ¿Desmayos o mareo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. ¿Falta de apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. ¿Agotado/a, sin fuerzas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. ¿Náuseas o molestias del estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28a. ¿Problemas con el acceso vascular?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria, mientras que a otras no. ¿Cuánto le afecta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas?

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
29. ¿Limitación de líquidos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. ¿Limitaciones en la dieta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. ¿Su capacidad para trabajar en la casa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. ¿Su capacidad para viajar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. ¿Depender de médicos y de otro personal de salud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35. ¿Su vida sexual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. ¿Su aspecto físico?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ANEXO 04

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Escala de Adherencia Terapéutica

ALFA DE CROMBACH

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Válido	32	100
Excluido	0	0
Total	32	100

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach

0.913

c1	8	9	10	10	5	6	5	10	5	10	10	10	5	10	6	5	10	9	10	10	9	8	5	8	10	10	10	10	9	10	10	10	8
c2	8	8	10	10	5	8	5	10	10	10	5	10	5	10	10	5	10	10	9	10	10	8	5	8	9	10	10	8	9	10	10	10	9
c3	9	5	8	10	5	7	5	10	10	10	1	8	7	7	4	3	5	5	5	10	8	5	10	5	5	5	10	10	9	7	10	10	10
c4	10	10	10	10	10	10	8	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10
c5	9	8	8	10	5	8	8	10	10	10	1	8	7	7	4	3	5	5	5	9	8	5	5	5	5	5	10	10	10	7	6	8	8
c6	10	10	10	10	5	8	9	10	10	10	10	10	10	10	10	5	10	10	10	2	8	8	7	8	10	10	10	10	10	10	10	10	10
c7	10	10	8	10	5	6	9	10	10	10	5	10	5	7	2	1	10	7	0	10	7	3	7	8	5	10	10	8	9	3	6	10	10
ct	9.143	8.571	9.143	10	5.714	7.571	7	10	9.286	10	5.286	9.429	7	8.714	6.571	4.571	8.571	8	7	8.714	8.571	6.714	7	7.286	7.714	8.571	10	9.429	9.429	8.143	8.857	9.286	10
s1	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	5	10	10	10	10	5	10	10	10	10	6	8	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10
s2	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	4	10	10	10	10	10	10	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10
s3	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8	5	10	10	9	10	7	8	10	9	8	10	10	10	9	10	10	10	10
s4	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	5	10	10	10	10	6	10	10	10	10	9	8	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10
s5	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	7	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10
s6	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	5	2	8	10	9	10	5	8	8	2	10	10	10	10	10	10	10	10	10
s7	10	9	10	10	5	8	10	10	10	5	10	10	10	10	10	8	9	10	9	6	5	8	5	9	10	10	9	10	10	10	10	10	10
st	10	9.857	10	10	5	9.714	10	10	10	9.286	8.571	10	10	10	9	5.714	9.571	10	9.571	9.429	7.429	8.571	8.571	7.429	9.714	10	9.857	10	9.857	10	10	10	10
a1	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8	10	10	10	10	7	10	8	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
a2	8	5	10	10	5	7	10	10	5	10	5	10	8	9	8	10	10	10	9	10	9	8	2	2	9	9	10	8	8	10	10	9	9
a3	10	10	10	10	6	10	10	10	10	10	10	10	9	10	10	7	10	10	10	10	9	10	10	2	10	10	10	10	10	10	10	10	10
a4	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	2	10	10	10	10	10	10	10	10	10
a5	8	10	10	10	9	10	9	10	10	9	8	8	10	9	10	5	10	4	9	10	8	10	10	8	10	10	10	10	8	10	10	10	10
a6	10	10	8	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10
a7	10	10	8	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8	8	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10
at	9.429	9.286	9.429	10	5.714	9.571	9.857	10	9.286	9.857	9	9.714	9.571	9.714	9.714	8.571	10	9.143	9.714	10	8.714	9.429	8.429	5.286	9.857	9.857	10	9.714	9.429	10	10	9.857	10

**PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA
Y ENFERMEDAD RENAL (KDQOL)**

Tabla 2. Puntaje promedio KDQOL-36, porcentaje menor de 50 y alfa de Cronbach

	$\bar{x} \pm DS$	Puntaje <50	Alfa de Cronbach
Síntomas (S)	75,58 ± 16,2	8%	0,82
Carga (C)	28,82 ± 25,6	80%	0,67
Efecto (E)	56,76 ± 22	43%	0,76
PCS ¹	38,17 ± 11	80%	–
MCS ²	45,01 ± 12,1	61%	–

¹Physical Component Summary score. ²Mental Component Summary score.

Fuente: Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". Ref. Bibl. 68

ANEXO 05

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN TERAPIA DE HEMODIÁLISIS. LAURENT CENTRO DE HEMODIÁLISIS. CAJAMARCA, 2017”

Declaración de la investigadora

Soy Lic. Enf. Fany Marisol Carranza Vásquez, especialista en Cuidados del Enfermero en Nefrología con Mención en Diálisis y maestrante de Salud Pública de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca. El presente documento tiene como propósito brindarle toda la información necesaria para que pueda decidir si participar o no en este estudio. Aprecio que lea con cuidado este documento; usted puede preguntar sobre alguna duda que tenga respecto a objetivo de este estudio, de los procedimientos y los riesgos potenciales y beneficios. Una vez que todas tus dudas fueron aclaradas, puede decidir voluntariamente si participar o no del estudio.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es evaluar el apego al tratamiento de hemodiálisis y la calidad de vida.

Procedimientos del estudio

Si usted decide participar en este estudio, se le dará un cuestionario con preguntas relacionadas a información general como sexo, edad, procedencia, nivel de escolaridad, estado civil, situación laboral e ingreso promedio mensual; aspectos básicos acerca de su enfermedad: tiempo en hemodiálisis, otras enfermedades que padece y finalmente los aspectos relacionados al cumplimiento de medicamentos y dieta, seguimiento médico conductual y autoeficacia. Además de otro cuestionario sobre su calidad de vida valorando aspectos sobre su salud, su enfermedad del riñón y efectos de la enfermedad del riñón en su vida.

Riesgo, estrés, incomodidad

El principal riesgo para los participantes es la pérdida de confidencialidad, y el estrés e incomodidad que pueden producir algunas de las preguntas. Sin embargo, recuerde que toda la información es confidencial y se mantendrá anónima.

Beneficios del estudio

El estudio trae como beneficio que permitirá al profesional de enfermería y el equipo de salud la formulación de herramientas necesarias acerca de medidas preventivas, manejo y de mantenimiento de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

Otra información

Si usted decide participar en este estudio, no tendrá que realizar ningún tipo de pago. Recuerde que toda la información será codificada y guardada de manera confidencial. Si publicamos los resultados de este estudio, no se usarán nombres ni datos que puedan identificarlo.

No está obligado a participar del estudio. Nadie se va a molestar si no desea participar en este estudio. Recuerde que en cualquier momento puede cambiar de opinión y retirarse del estudio.

Para mayor información, o cualquier pregunta puede ponerse en contacto con mi persona. Lic.

Enf: Fany Marisol Carranza Vásquez, investigadora del estudio, al número: 955605593.

Si acepta participar, lo hace en forma voluntaria, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento. En señal de ello, firme este documento en el lugar que corresponde.

Participante: Nombre y Apellidos (Letra imprenta)

Firma

ANEXO 06

COSTOS DE LA CARTERA DE ATENCIÓN DEL FISSAL-2017

SERVICIO DE SESION DE HEMODIALISIS POR PACIENTE						
N°	DESCRIPCIÓN	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD ANUAL	FRECUENCIA	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
1	HEMODIALISIS (Sesión)(2)	Sesión	159	Semanal	360.00	57,240.00
TOTAL						57,240.00
<small>(2) La sesión de hemodiálisis se brinda sin reprocesamiento, ni reúso del dializador, según lo descrito</small>						
SERVICIO DE ATENCIONES POR PACIENTE						
N°	DESCRIPCIÓN	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD ANUAL	FRECUENCIA	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
1	Consulta Nefrológica	Consulta	12	Mensual	70.00	840.00
2	Atención en Salud Mental	Atención	12	Mensual	40.00	480.00
3	Atención en Nutrición	Atención	12	Mensual	40.00	480.00
4	Atención en Servicio social	Atención	12	Mensual	40.00	480.00
TOTAL						2,280.00
SERVICIO DE EXPENDIO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE						
N°	MEDICAMENTOS	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD ANUAL	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL	
1	Hierro (como sacarato) 20 mg Fe/mL INY 5 mL	UNIDAD	48	8.00	384.00	
2	Epoetina alfa (Eritropoyetina) 2000 UI/mL INY 1 mL	UNIDAD	144	13.00	1,872.00	
3	Vitamina B12 Hidroxicobalamina 1mg/mL INY 1mL	UNIDAD	144	3.16	455.04	
4	Piridoxina 50mg tab	UNIDAD	360	0.33	118.80	
5	Tiamina 100 mg tab	UNIDAD	360	0.09	32.40	
6	Ácido fólico 0.5 mg tab	UNIDAD	360	0.08	28.80	
7	Calcio Carbonato 500 mg (Equiv.a 500 mg de Calcio) tab	UNIDAD	1080	0.56	604.80	
TOTAL					3,495.84	

Fuente: Registro de Laurent Centro de Hemodiálisis E.I.R.L.

EXÁMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE						
N°	EXAMENES DE LABORATORIO	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD ANUAL	FRECUENCIA	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
1	Urea(2)	EXAMEN	24	Mensual	25.92	622.08
2	Creatinina en sangre	EXAMEN	12	Mensual	9.03	108.36
3	Hematocrito	EXAMEN	12	Mensual	6.5	78.00
4	Dosaje de Hemoglobina	EXAMEN	12	Mensual	7.97	95.64
5	Electrolitos Séricos	EXAMEN	12	Mensual	60	720.00
6	Fósforo en sangre	EXAMEN	12	Mensual	11.67	140.04
7	Calcio sérico	EXAMEN	12	Mensual	11.67	140.04
8	Proteínas: fraccionamiento y determinación cuantitativa por electroforesis	EXAMEN	4	Trimestral	60	240.00
9	fosfatas alcalina	EXAMEN	4	Trimestral	20.54	82.16
10	TGO transaminasa glutámico oxala	EXAMEN	6	Bimensual	12.39	74.34
11	TGP transaminasa glutámico pirúvi	EXAMEN	6	Bimensual	13.05	78.30
12	ELISA o prueba rápida par HIV-1 Y H	EXAMEN	2	Semestral	35.4	70.80
13	Prueba de sífilis cualitativa (VDRL)	EXAMEN	2	Semestral	15.93	31.86
14	Paratohormona (PTH)	EXAMEN	2	Semestral	54.77	109.54
15	Detección de antígeno de superficie de virus de Hepatitis B (HBsAg) por ELISA	EXAMEN	2	Semestral	72.95	145.90
16	Detección de anticuerpos para antígeno de superficie Hepatitis B (HBs-Ag)	EXAMEN	2	Semestral	100.14	200.28
17	Detección de anticuerpos totales para núcleo de virus de Hepatitis B (Total Anti-HB Core)	EXAMEN	2	Semestral	71.67	143.34
18	Determinación de anticuerpos para Hepatitis C	EXAMEN	2	Semestral	66.9	133.80
19	Hierro sérico	EXAMEN	2	Semestral	30	60.00
20	Ferritina	EXAMEN	2	Semestral	45	90.00
21	Saturación de transferrina	EXAMEN	2	Semestral	52.5	105.00
	TOTAL					3,469.48
Nota: (2)Corresponde a la determinacion de la úrea en sangre pre y post dialisis para el cálculo de Ktv.La toma de muestra se						
	SERVICIO TOTAL POR AÑO					66,485.32

Fuente: Registro de Laurent Centro de Hemodiálisis E.I.R.L.

ANEXO 07

Tabla 3a: Adherencia terapéutica: Porcentaje de cumplimiento de los ítems de la dimensión de medicamentos y alimentación de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.

Adherencia terapéutica: Porcentaje de cumplimiento	N	%
Ingiero medicamentos puntual		
Alta = 68 -100%	24	75
Moderada = 34 - 67%	8	25
Ingiero medicamentos a la hora indicada		
Alta = 68 -100%	26	81.3
Moderada = 34 - 67%	6	18.7
Deja de fumar y bebidas alcohólicas		
Alta = 68 -100%	31	96.9
Moderada = 34 - 67%	1	3.1
Hace ejercicio		
Alta = 68 -100%	22	68.8
Moderada = 34 - 67%	5	15.6
Baja = 10 -33%	5	15.6
Respeto la dieta rigurosa		
Alta = 68 -100%	19	59.4
Moderada = 34 - 67%	11	34.4
Baja = 10 -33%	2	6.2
Come sólo lo permitido		
Alta = 68 -100%	19	59.4
Moderada = 34 - 67%	10	31.2
Baja = 10 -33%	3	9.4
Total	32	100.0

Fuente: Escala de adherencia terapéutica de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

ANEXO 08

Tabla 6a. Calidad de Vida: Ítems de la dimensión salud física de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.

Ítems	Criterio	N	%
Salud física en general	Excelente	2	6.3
	Muy buena	1	3.1
	Buena	20	62.5
	Pasable	5	15.6
	Mala	4	12.5
Limitación en actividades moderadas	Mucho	3	9.4
	Un poco	17	53.1
	Nada	12	37.5
Limitación en subir varios escalones	Mucho	3	9.4
	Un poco	14	43.8
	Nada	15	46.8
A causa de su salud física ha logrado hacer menos	Si	24	75.0
	No	8	25.0
A causa de su salud física ha tenido limitaciones	Si	21	65.6
	No	11	34.4
	Nada	12	37.5
Ha dificultado el dolor	Un poco	9	28.1
	Moderadamente	8	25.0
	Bastante	2	6.3
	Extremadamente	1	3.1
Total		32	100.0

Fuente: Cuestionario KDQOL de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

ANEXO 09

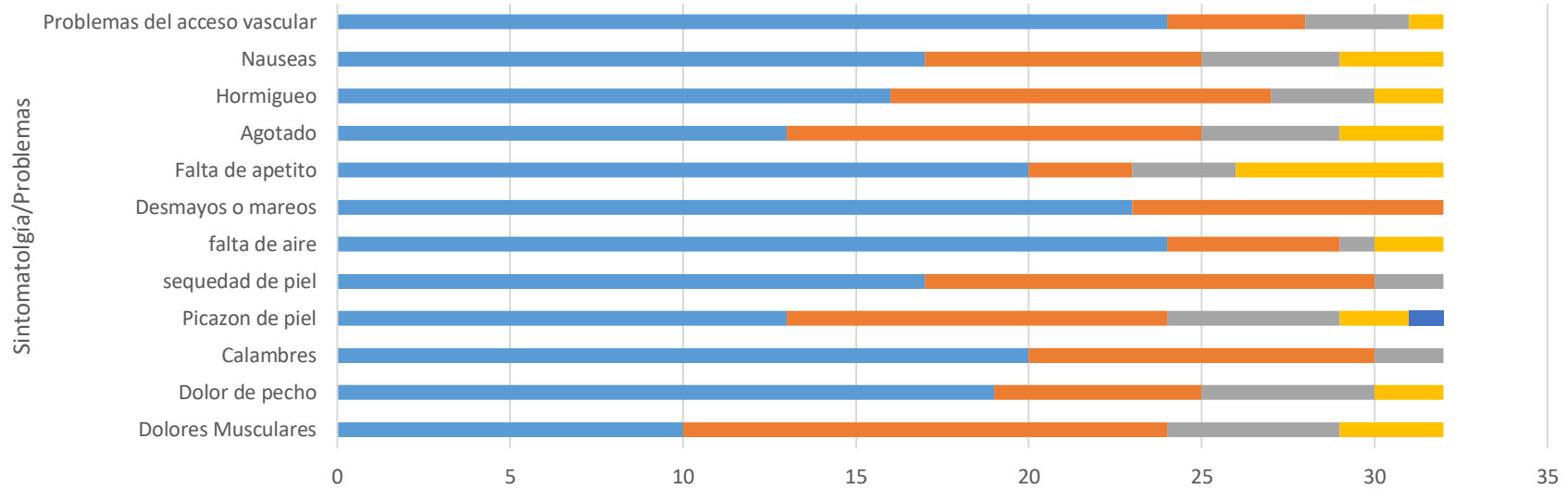
Tabla 6b. Calidad de Vida: Ítems de la dimensión salud mental de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.

Fuente:	Ítems	Criterio	N	%
	A causa de algún problema emocional ha logrado hacer menos	Si	16	50
		No	16	50
	A causa de algún problema emocional ha hecho actividades con menos cuidado	Si	9	28.1
		No	23	71.9
	Se ha sentido tranquilo y sosegado	Siempre	13	40.6
		Casi Siempre	9	28.1
		Muchas Veces	3	9.4
		Algunas Veces	6	18.8
		Casi Nunca	1	3.1
	Se ha sentido con mucha energía	Siempre	6	18.8
		Casi Siempre	10	31.2
		Muchas Veces	3	9.4
		Algunas Veces	11	34.4
	Se ha sentido desanimado y triste	Casi Nunca	2	6.2
		Siempre	7	21.9
		Muchas Veces	1	3.1
		Algunas Veces	16	50.0
	Total	Casi Nunca	8	25.0
			32	100.0

Cuestionario KDQOL de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

ANEXO 10

Gráfico 7a: Calidad de vida: Items de la dimensión sintomatología/problemas de la ERC de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.



	Dolores Musculares	Dolor de pecho	Calambres	Picazon de piel	sequedad de piel	falta de aire	Desmayos o mareos	Falta de apetito	Agotado	Hormigueo	Nauseas	Problemas del acceso vascular
■ NADA	10	19	20	13	17	24	23	20	13	16	17	24
■ UN POCO	14	6	10	11	13	5	9	3	12	11	8	4
■ REGULAR	5	5	2	5	2	1	0	3	4	3	4	3
■ MUCHO	3	2	0	2	0	2	0	6	3	2	3	1
■ MUCHISIMO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO 11

Tabla 7a. Calidad de vida: Ítems de la dimensión carga de la enfermedad renal de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.

Ítems	Criterio									
	Totalmente cierto		Bastante cierto		No se		Bastante falso		Totalmente falso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Interfiere demasiado en mi vida	8	25	10	31.3	3	9.4	7	21.8	4	12.5
Me ocupa demasiado tiempo	5	15.6	14	43.8	1	3.1	7	21.9	5	15.6
Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad	6	18.7	11	34.4	0	0.0	4	12.5	11	34.4
Me siento una carga para mi familia	7	21.9	7	21.9	2	6.2	6	18.7	10	31.3
Total	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

Fuente: Cuestionario KDQOL de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.

ANEXO 12

Tabla 7b: Calidad de vida: Ítems de la dimensión efectos de la enfermedad renal de las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis - Cajamarca, 2017.

Ítems	Criterio									
	Nada		Un Poco		Regular		Mucho		Muchísimo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Limitación de Líquidos	5	15.6	12	37.5	6	18.8	6	18.8	3	9.3
Limitación en Dieta	10	31.3	13	40.6	3	9.4	5	15.6	1	3.1
Afecta la Capacidad para Trabajar	6	18.8	10	31.3	7	21.8	8	25.0	1	3.1
Afecta la Capacidad para viajar	9	28.1	9	28.1	6	18.8	5	15.6	3	9.4
Depender de Médicos y otro personal de salud	8	25.0	15	46.8	2	6.3	5	15.6	2	6.3
Tensión y preocupaciones por ERC	8	25.0	8	25.0	8	25.0	6	18.7	2	6.3
Afecta su vida sexual	12	37.5	11	34.4	4	12.5	4	12.5	1	3.1
Afecta su aspecto físico	9	28.1	15	46.9	3	9.4	4	12.5	1	3.1
Total	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

Fuente: Cuestionario KDQOL de las personas en terapia de hemodiálisis. LCH. 2017.