



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA**

Características influyentes en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados con enfermedad renal crónica terminal del Hospital Carlos Monge Medrano 2019-2020

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Br. Oscar Jose Alejandro Cuevas Guevara (ORCID: 0000-0002-2355-0617)

ASESOR:

Dr. Bazán Palomino Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades Crónicas no Trasmisibles

PIURA – PERÚ

2020

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado principalmente a Dios por darme la vida para escoger esta linda carrera que me llena de tanta satisfacción ayudar a los demás, a mis padres por ser un pilar muy importante en mi vida, su apoyo sus consejos que formaron en mí una gran persona, a mi hermana por apoyarme en las decisiones que he tomado a lo largo de la vida.

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a quien ha forjado mi camino y ha dirigido por este sendero correcto, a Dios el q en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y no cometerlos otra vez. A la universidad Cesar Vallejo quien me dio la bienvenida y las oportunidades que me brindo son incomparables.

PRESENTACIÓN

Este trabajo de investigación se encuentra en la Línea de investigación, enfermedades crónicas no transmisibles; concretamente a la llamada Enfermedad renal crónica terminal.

Se estudiarán las características de los pacientes hospitalizados con el diagnóstico de Enfermedad renal crónica terminal en relación con su estado funcional. Si se considera la importante función que cumple el riñón, la alteración de dichas funciones por multicausalidad ocasiona graves repercusiones sistémicas, y efectos nocivos orgánicos, psíquicos y socioeconómicos.

Los datos obtenidos nos permitieron sugerir y plantear estrategias de solución al problema.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PÁGINA DEL JURADO	iv
DECLARATORIA DE AUTENCIDAD	v
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLA Y GRÁFICAS	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA.....	11
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	11
2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN	11
2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	12
2.3.1 Población	12
2.3.2 Muestra	12
2.3.3 Criterios de inclusión	13
2.3.4 Criterio de exclusión	13
2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	13
2.5 MÉTODOS DE ANALISIS DE DATOS	13
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	14
III. RESULTADOS	15
Gráfica 01 Nivel de Calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal	15

Tabla 1 Características socio demográficas y CV de pacientes hospitalizados con ERCT.....	16
Tabla 2 Características Clínicas y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.....	18
Tabla 3 Características Laboratorio y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.....	20
Tabla 4 Características imagenológicas y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.....	21
Tabla 5 Características Terapéuticas y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.....	22
Tabla 6 Frecuencia de Hospitalizaciones de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal	23
Gráfica 02 Frecuencia de Hospitalizaciones en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal.	24-----
IV. DISCUSIÓN.....	25
V. CONCLUSIONES	27
VI. RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS	29
ANEXOS.....	31
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	31
ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
ANEXO 3: CARTA DE SOLICITUD PARA REALIZAR EL ESTUDIO.....	36

ÍNDICE DE TABLA Y GRÁFICAS

Gráfica 01 Nivel de Calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal	15
Tabla 1 Características socio demográficas y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal. de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal	16
Tabla 2 Características Clínicas y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal	18
Tabla 3 Características Laboratorio y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal	20
Tabla 4 Características imagen lógicas y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal	21
Tabla 5 Características Terapéuticas y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal	22
Tabla 6 Frecuencia de Hospitalizaciones de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal	23
Gráfica 02 Frecuencia De Hospitalizaciones De Pacientes Hospitalizados Con Enfermedad Renal Crónica Terminal	24

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características influyentes en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados por Enfermedad crónica terminal, en el Hospital Carlos Monge Medrano 2019- 2020.

Metodología: Se realizó una investigación no experimental correlacional prospectiva y transversal. La población estuvo constituida por todos los pacientes > es de 18 años con diagnóstico de IRCT atendidos por consultorio externo. Se trabajó con 65 pacientes que cumplieron los criterios de selección.

Dentro de los hallazgos del estudio La edad fue 41-60 años en el 30.8%. El sexo masculino fue de 43.1% para los casos con mala calidad de vida. El IMC promedio fue 32.3%. Los hábitos nocivos como: consumo alcohol y el tabaco están en el 26 y 30.8%. Presentaban una mala calidad de vida en el 81.5%. Para el caso de litiasis ésta en el 46.2% y las infecciones urinarias en el 72.3% y el consumo de aines está presente en 50.8%. Estando relacionadas estadísticamente.

Conclusiones: Predomina la calidad de vida mala, entre los pacientes atendidos. Se relaciona principalmente con: la edad, índice de masa corporal, tiempo de enfermedad y etiología litiásica y obstructiva, con antecedentes de consumo de aines y hábitos nocivos.

Palabras clave: Insuficiencia Renal crónica, calidad de vida, Juliaca.

ABSTRACT

Objective: To identify the characteristics influencing the quality of life of patients hospitalized for terminal chronic disease, at the Hospital Carlos Monge Medrano 2019-2020.

Methodology: A prospective and cross-sectional correlational non-experimental investigation was carried out. The population consisted of all patients > 18 years of age with a diagnosis of ESRD attended by an outpatient clinic. We worked with 65 patients who met the selection criteria.

Within the study findings: age was 41-60 years in 30.8%. Male sex was 43.1% for cases with poor quality of life. The average BMI was 32.3%. Harmful habits such as: alcohol and tobacco consumption are in 26 and 30.8%. They presented a poor quality of life in 81.5%. In the case of lithiasis this in 46.2% and urinary infections in 72.3% and the consumption of NSAIDs is present in 50.8%. Being statistically related.

Conclusions: Poor quality of life predominates among the patients attended. It is mainly related to: age, body mass index, time of illness and lithiasic and obstructive etiology, with a history of NSAID use and harmful habits.

Keywords: Chronic Renal Insufficiency, quality of life, Juliaca.

I. INTRODUCCIÓN

Se estudiaron las características de pacientes hospitalizados por diagnóstico de Enfermedad del renal crónica terminal; en correspondencia con su etapa funcional. Si se considera la significancia de las funciones que cumple el riñón, la alteración de dichas funciones por multicausalidad ocasiona graves repercusiones sistémicas, y efectos nocivos orgánicos, psíquicos y socioeconómicos.

En hospitales de complejidad III, hay atención a pacientes renales, con diagnóstico de Enfermedad renal crónica terminal, aquellos que tienen evoluciones desfavorables y cuya causa es múltiple. Conocemos la trascendental función que cumplen los exámenes laboratoriales complementarios, ecográficos, y específicamente aquellos que valoran la función del riñón, en el tratamiento correspondiente y la evolución de los pacientes. La dificultad está en médicos priorizan solo la parte asistencial de sus funciones, dejando en segundo plano; las consecuencias funcionales de las enfermedades. Conjuntamente, la priorización asistencial, ocasiona poca capacitación continua tanto personal como a los pacientes, y es forzoso la correlación con el problema, que los galenos tengan conocimientos de los conceptos y la experiencia de las medidas de diagnóstico y tratamiento de Enfermedad renal crónica terminal.

Ramirez S, et al. 2015, Un estudio de Honduras se denominó “Herramienta con el fin de cuantificar la calidad de vida en pacientes con ERCT y diálisis”, la finalidad fue establecer la relación de la enfermedad crónica terminal en la vida de los pacientes hospitalizados para diálisis peritoneal. Se entrevistó a 53 pacientes consecutivos ingresados en las salas de Medicina Interna - 2015. El instrumento analiza once áreas de la existencia de la calidad de vida. Encontrándose que la enfermedad crónica terminal impacta todos los aspectos evaluados, principalmente áreas de actividad social de los pacientes en el 82.89 %, laboral [76.89 %], económica y cognitiva [74.9 % cada una] y emocional [72.9 %]. El 30.19 % calificó su calidad = mala, el 41.49 % la calificó como regular, el 25.9 % de buena y el 1.99 % como muy buena.

Rebolledo P, et al. 2015. Otro estudio Español, Interpretación de los resultados de “calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia de diálisis por insuficiencia crónica terminal”. Se evaluó la calidad de vida en pacientes con terapia sustitutorio renal y trasplantados en Asturias, empleándose las escalas SF-36 como Karnofsky y el índice de comorbilidad obteniendo como consecuencia menores puntuaciones en pacientes con terapia sustitutorio renal en comparación con la población general y los trasplantados, y se encontró mayores puntuaciones en pacientes añosos para ambas terapias. Llegando a la conclusión: Existen importantes diferencias en la evaluación de la calidad de vida basado en edad.

Segui A, et al. 2015. En España “Calidad de vida en pacientes con Enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con diálisis”, en donde el objetivo fue la CV y las características personales de pacientes, con enfermedad crónica terminal. La muestra fue de 96 pacientes en diálisis. Se empleó el SF-36. Encontraron que la edad media= 62,11(a) IC (18-y 90 (a)). El sexo masculino = 53,1 % siendo casados en el 66,69 %, 60,39 % = jubilados y el 88,6 % viven acompañados. Para finalizar, el 65,6 % son portadores de fistulas. Llegando a la conclusión que la calidad de vida en pacientes está peor que la población general [3].

Cieza A. 2015. Prevalencia de Enfermedad renal crónica terminal en Lima. Con objetivo establecer la prevalencia de los pacientes urémicos, así como sus procedencias, tipo de cobertura y tratamiento existente. Dentro de los resultados encontramos que la tasa total fue de 122 pacientes por 1000000 de población. El 88.1 % de los pacientes contaban con un seguro - dialítico; el 3.069 % presentan un seguro transitorio y el 8.729 % carecían de cualquier seguro. El 92.79 % de los pacientes se ubicaba en Hemodiálisis Crónica, el 0.679 % en Diálisis Peritoneal y el 7.79 % en manejo conservador. Las causas fueron de No Precisable [33 %], glomerulonefritis [24 %], Nefritis Intersticial [16 %], Diabetes Mellitus [10 %], HTA [9 %], Poliquistosis Renal [4 %], Otros [4 %]. Se concluye que existe mucha Comorbilidad que precipita una enfermedad del riñón. [4].

Tsuchida D, et al J. 2015. Otro estudio en el año 2010 en Lima: Influencia de la ingesta proteica inicial en la supervivencia de pacientes con Enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis. El fin fue determinar si la ingesta proteica dietaría. de los 106 pacientes, 59,4 % fueron del sexo masculino y 40,59 % son del sexo femenino. La edad de los pacientes fue 51.59 ± 14.57 (a). El 65.1 % tuvieron baja ingesta proteica [$\leq 0.8\text{gr/Kg/d}$]. La supervivencia

no bajo en aquellos pacientes con baja ingesta proteica en el período inicial de diálisis. Sin embargo, la edad ≥ 60 (a) puede mejorar las condiciones de supervivencia. Llegando a concluir que La ingesta de proteínas iniciales en las cifras señaladas, no tuvo impacto sobre la supervivencia. [5].

Maquera D. Otro estudio en el año 2017 en Lima: Influencia de la ingesta proteica inicial en la supervivencia de pacientes con Enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis. El fin fue de TERMINAL si la ingesta proteica dietaría en noventa días de diálisis, disminuye la supervivencia de los pacientes Se seleccionaron 106 pacientes con diagnóstico de Enfermedad renal crónica terminal. El promedio de la ingesta proteica se calculó del índice de catabolismo proteico normalizado icp[n]. Dentro de los resultados encontramos que, de los 106 pacientes, 59,39 % fueron del sexo masculino y 40,59 % del sexo femenino. La edad fue 51.59 ± 14.57 (a). El icp[n]promedio fue de 0.75 ± 0.13 gr/Kg/d. El 65.1 % tuvieron baja ingesta proteica En el análisis de curvas de supervivencia, se concluyó que no disminuyó en aquellos pacientes con baja ingesta proteica en el período inicial de diálisis. [6].

Por otro lado, en la parte teórica, la edad es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona. Últimamente se hace referencia a la siguiente división: Adultos jóvenes de 18 a 29 (a), Adultos de 30 a 59 (a), y Adultos > es de 60 a más (a). En la población se encuentra una tasa de FG inferior a $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ en un 6,829 % esperado que en adultos mayores sea el 20,6 % [7-8].

En el caso del sexo, se refiere al conjunto de las especificaciones que caracterizan los individuos de una especie dictaminándolos en femenino/masculino, y hacen posible una reproducción para el cross over genético. La enfermedad crónica terminal exhibe diferencias según el sexo en prevalencia [$>$ en del sexo femenino], evolución [progresión más rápida en el sexo masculino] y pronóstico [las del sexo femenino jóvenes en diálisis $>$ mortalidad no cardiovascular y pierden la ventaja de supervivencia según las escalas de Kaplan]. La $>$ prevalencia de la enfermedad crónica terminal en del sexo femenino puede deberse a su $>$ esperanza de vida y llegada a la edad de riesgo de enfermedad del riñón crónica, o a inexactitud de las fórmulas para el filtrado, que las clasifican en un grado de enfermedad crónica terminal+ severo que el real. Hay que tener en cuenta que al estar elevada

prevalencia de la enfermedad crónica terminal el sexo femenino, en un estudio EEUU las de las mujeres constituían el grupo de > riesgo de iniciar diálisis de manera tardía, superando las minorías étnicas, los desempleados y los pacientes sin seguro de salud y con mayor mortalidad en pre diálisis [9].

En el caso del índice de masa corporal, Se obtiene con la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso} / [\text{Talla}]^2 = \text{kg}/\text{m}^2$, cuyos niveles se establecen en Niveles de IMC Estado nutricional, $IMC > 26$ Obesidad, $IMC = 20-25$ Buen estado Nutricional, $IMC = 17-19.9$ Desnutrición I, $IMC = 16-16.9$ Desnutrición II, $IMC < 16$ Desnutrición III. Numerosos estudios señalan la obesidad como factor asociados para la Enfermedad renal crónica terminal [10].

En el caso de hábitos nocivos el consumo frecuente de alcohol, chacchar coca, automedicación con fármacos, figuran entre los principales hábitos nocivos en la región, el hábito de fumar no es frecuente.

Varios estudios han realizado una evaluación descriptiva de hábitos de vida no saludables evidenciándose que el tabaquismo está presente en el 45,6 % de los sujetos y la ingesta de alcohol se presenta en el 82,2 % en la enfermedad renal crónica terminal [11].

Dentro de los factores clínicos, encontramos el tiempo de enfermedad, el cual es el tiempo transcurrido desde que empezaron las manifestaciones clínicas hasta el momento de la consulta. Este dato obtenido de buena manera es tan simple como útil, ya que nos permite diferenciar una enfermedad aguda de una crónica. Se considera Enfermedad crónica a la que tiene una duración > de 21 días.

Actualmente las guías consultadas como KDOQI -13, han detallado la definición de enfermedad renal crónica, como la presencia durante al <90 días de: a] $FG < 60$; o b] La lesión del riñón, basada en pruebas histológicas o por alteraciones en las técnicas de imagen, dosaje de albuminuria, o análisis alterados del sedimento urinario.

Factores iniciadores están configurados como los que empiezan con daño del riñón: Enfermedades infecciones, enfermedades sistémicas, enfermedades de tipo autoinmunes, Infecciones urinarias, enfermedades litiasicas del riñón es con su respectiva Obstrucción,

consumo de medicamentos nefrotóxicos, con los antiinflamatorios no esteroideos, HTA, DM. [12]

Los Factores de progresión: que empeoran el daño del riñón y aceleran el deterioro funcional del riñón : presencia de proteína urinaria persistente, Enfermedades crónicas no controladas, consumo de cigarrillos, alteraciones del colesterol, baja de Hb, Enfermedad cardiovascular asociada, sobrepeso y Obesidad, y en el caso de los Factores de estadio final: Son los que incrementan la morbi mortalidad en situación de fallo del riñón , baja frecuencia de diálisis, Acceso vascular temporal para diálisis, baja de Hb, baja e albumina, interconsulta tardía a la especialidad de nefrología. [8]

Tasa de Filtración glomerular, existen algunas ecuaciones para determinar la TFG. Durante los últimos veinticinco años se han reportado muchas ecuaciones para una rápida determinación de la TFG, como la de Cockcroft-Gault. [13]

Dado que la creatinina se produce en el musculo, el peso usado es el ideal, o el peso corporal actual del paciente, en caso de que este fuese < que el peso corporal ideal. La fórmula de Jelliffe también es utilizada para determinar el filtrado. Ambas ecuaciones tienen un funcionamiento aceptable [12].

La creatinina es el examen de filtración endógena de uso + frecuente en la práctica nefrológica. Creatinina > 1.2 miligramos sobre decilitro, respectivamente, indica un deterioro de la fisiología del riñón [13].

Nitrogeno Ureico > 25 miligramos sobre decilitro, indica un deterioro importante de la fisiología del riñón [12].

Albuminemia. El rango de normalidad para esta proteína es de 3.2 a 5.4 gr % de suero. La > utilidad de la albúmina radica en que es un trasador pronóstico asociado a déficit nutricional. [14].

En nefrología todos estos estudios de laboratorio clínico ayudan para valorar el deterioro de la función renal. La tasa media de baja es > en pacientes con proteinuria aumentada, DM,

HTA. [1] Tasa de pérdida en la función renal es equivalente 0,7 a 1 a partir de los 40 (a). [2] progresión del daño del riñón cuando la baja de la Filtración glomerular es > 5 ml/min/año / > 10 ml/min en 05 (a). [3]. Se tendrá que determinar el nivel de progresión a razón de dos valores, el nivel de % a comparación de su estado basal y el escalonamiento mayor o grave del deterioro de la función renal.[4] Para la valoración de la progresión de la enfermedad del riñón se recomienda la estimación del FG basal y la albuminuria Se tendrá que determinar la progresión de acuerdo a dos valores, el nivel de porcentaje a comparación de su estado basal y el escalonamiento mayor o grave del deterioro de la función renal, se sugiere la valoración de datos clínicos como la cantidad de albumina en orina y la TFG basal con el fin de obtener mayor información y fortalecer del estado la función renal y su progresión así como también vigilancia de la FG cada trimestre con el fin de descartar procesos agudos como depleción de volumen inducido por fármacos entre otros q alteren la fisiología del glomerulo[8].

En el caso del ultrasonido basado en ondas sonoras de alta frecuencia, para observar estructuras u órganos extracorpóreos. La ecografía es una gran herramienta para chequear la insuficiencia del riñón. Normalmente deben presentar una eco estructura conservada indican que probablemente estemos ante un fracaso del riñón agudo pre renal, parenquimatoso o vascular. Por el contrario, unos riñones pequeños, desestructurados o con parénquima adelgazado son típicos de la enfermedad del riñón crónica. [14]

Hay que tener en cuenta el aumento exponencial en el # de ancianos afectados de enfermedad crónica terminal, tanto la monitorización cuidadosa, como el tratamiento pre dialítico adecuado adquieren cada vez $>$ importancia. [14]

Una valoración temprana genera aumento de la supervivencia. El tratamiento de los pacientes con enfermedad crónica terminal contempla los siguientes aspectos:

Detección de factores de enfermedad crónica terminal. Prevenir la progresión de la enfermedad. [13]

Las modificaciones que se tiene que hacer para la dieta de los pacientes, debe implicar una reducción proteínica moderada en particular, con los pacientes con filtrado glomerular por debajo de 20, así mismo; se debe realizar una observación de los parámetros nutricionales especialmente en gerontos: la dieta debe contener un aproximado de 35 a 40 kilocalorías por kilogramo de peso y aportadas por carbohidratos y lípidos. Así como dentro de las

recomendaciones se debe también tener en cuenta; el control de la presión arterial alta lo cual es un óbice para la progresión, de la enfermedad renal cuyos objetivos se deben estar enfocados a que la presión diastólica esté por debajo de 80 milímetros de mercurio asimismo se debe recomendar que la dieta sea baja en sal y el paciente no debe consumir alcohol y debe tener un control del sobrepeso, por otro lado aquellos pacientes con consumo de IECAS o los nuevos antagonistas de la angiotensina tipo 2 son considerados los medicamentos más beneficiosos para utilizar en estos pacientes sin embargo hay que tener en cuenta que algunas dos pacientes pueden generar hiperpotasemia. [12]

El médico debe tener en cuenta que fármacos de tipo diuretico deben darse a los pacientes, con hiperhidratación debiendo ser específicamente fármacos que actúan a nivel de la asa renal con filtrado glomerular es menores a 30, y se debe tener en cuenta que está contraindicado la prescripción de medicamentos ahorradores de potasio, por otro lado se debe controlar los lípidos ya que éstos dañan la filtrado glomerular por lo cual su control resulta tener un efecto muy beneficioso para estos pacientes aunque a veces las regímenes dietéticos son insuficientes requiriendo también; inhibidores de las enzimas que procesan los triglicéridos por lo cual tener en cuenta el control del metabolismo tanto el fósforo como del calcio, se debe ir disminuyendo el contenido proteico y se debe dar suplementos de calcio generalmente de 2 a 6 gramos. Teniendo en cuenta el filtrado glomerular menor de 40 así como la administración de vitamina D. También se debe hacer control de glucosa al fin de evitar mayor daño del filtrado y en caso de pacientes diabéticos tipo 2 se debe utilizar los antidiabéticos como las sulfonilureas o las biguanidas y asimismo prestar atención al tratamiento sintomático: si se requiere una monitorización más estricta del paciente con especial atención a los pacientes adultos mayores con síntomas cardiovasculares trastorno del metabolismo del agua o del sodio con hiperpotasemia y acidosis metabólica respectivamente también tener en cuenta las alteraciones de la hemostasia, que pueden ser producidas por efectos secundarios de una disfunción plaquetaria y se debe controlar la concentración de magnesio en sangre así como los síntomas gastrointestinales producto al tratamiento de la diálisis o síntomas neuromusculares que indican la alteración de la concentración de urea posterior o al inicio de la diálisis. [8].

En el caso de tratamiento de reemplazo del riñón puede estar ubicado en cualquiera de las modalidades de diálisis y se define como un riñón que no puede depurar dentro de los límites

normales mucho va a depender de las condiciones clínicas del paciente así como su condición física y mental. la elección va a depender de los deseos del paciente, de acuerdo a la experiencia profesional aunque en ningún método va a ofrecer las ventajas con respecto a la diálisis. [12]

El caso de la diálisis peritoneal se realiza la depuración a través de las membranas peritoneales naturalmente, se trata de un tratamiento que el paciente puede realizar en su casa tras un periodo de adiestramiento, se utiliza una solución dializante que se infunden las cavidades peritoneales y generalmente esto se realiza en horas de la noche, pero tiene complicaciones como: diverticulitis, peritonitis, hernias entre otros problemas de la columna. [14]

La hemodiálisis consiste en el tratamiento de depuración realizado a través de una fístula y a través de un mecanismo extracorpóreo de una membrana artificial, donde la sangre es filtrada teniendo en cuenta ciertas desventajas especialmente con el acceso vascular en personas adultas mayores. [12]

En el caso de la ultrafiltración lenta puede amortiguar el síndrome de desequilibrio asociado a la hemodiálisis, especialmente en pacientes añosos teniendo mejores grado satisfacción con respecto al estilo de vida y estado funcional. [1]

Respecto trasplante de riñón constituyen tratamiento para la enfermedad renal crónica pero es alternativo, ya que los retornos de la supervivencia ha mejorado en los últimos años con los cuidados perioperatorios y nuevos fármacos que afectan la respuesta inmune reduciendo considerablemente los límites en torno a la edad del paciente. [12]

Existe cierto interés por evaluar la CV, no obstante la aparición de tal concepto; es relativamente reciente según la organización mundial de la Salud manifiesta: la percepción personal de cada individuo con respecto a la situación de su vida presenta un contexto cultural y vivencial sobre los intereses de cada individuo ya que es un concepto multifocal de difícil medición. [12]

Es por ello que en los últimos años los avances tecnológicos aplicados a las ciencias médicas han hecho que aumenten la cantidad de años que presentan los pacientes con enfermedades crónicas es por ello que la calidad de vida está relacionada con la salud y es un fundamento importante en las ciencias de la salud que necesita la evaluación de resultados es por ello que el objetivo fundamental de tratamiento de estos pacientes que están sometidos a diálisis debe ir orientados a conseguir una mejor calidad de vida dando la estabilidad de los criterios clínicos. [14]

En hospitales de complejidad III, se generan atenciones diarias a toda la población, con diagnóstico de ERCT, que tienen generalmente desfavorables avances de la enfermedad y cuya etiología es variada. Por ello, los pacientes deben cumplir con los exámenes laboratoriales complementarios, ecográficos, y específicamente los relacionados con la evaluación de la función del riñón, en el tratamiento correspondiente y la evolución de los pacientes. El problema se enfoca que muchos galenos priorizan la parte asistencial de sus actividades, dejando en segundo plano el contexto de la repercusión funcional de las enfermedades. Además, la priorización asistencial, ocasiona baja de las actividades en educación para el personal, pacientes, y además de la función de la investigación en estas áreas, por lo que es necesario en correlación con el presente problema que los galenos, tengan alto dominio de la práctica y también de la teoría, sobre actividades de diagnóstico y terapéutica de Enfermedad renal crónica terminal.

El presente trabajo de investigación debe contribuir a optimizar el conocimiento de la incidencia, la etiología, las formas de presentación, el cuadro clínico, los exámenes de confirmación diagnóstica, y principalmente tomar decisiones terapéuticas, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad por Enfermedad renal crónica terminal.

Es transcendental contribuir a la solución del problema de salud pública que constituye la calidad de vida y más aún la relacionada con las enfermedades que afectan al riñón. Si se considera las numerosas e importantes funciones que cumple este órgano, la alteración de dichas funciones por las enfermedades ocasiona repercusiones sistémicas.

Es de impacto social, estudiar y determinar el compromiso de la calidad de vida, por ser un proceso muy frecuente que trae consigo efectos nocivos orgánicos, psíquicos y socioeconómicos.

También va a contribuir en mejorar la función médica asistencial, docente y de investigación, debido a que se mejorarán las Guías de diagnóstico y tratamiento, en beneficio de los pacientes.

El objetivo se realizó con la finalidad de Identificar las características influyentes en la calidad de vida (CV) de los pacientes hospitalizados por Enfermedad renal crónica terminal (ERCT), en el Hospital Carlos Monge Medrano de Octubre 2019 a Marzo 2020.

Y en el caso de los objetivos específicos:

- 1) Comprobar cómo influyen las características sociodemográficas en la calidad CV de los pacientes hospitalizados por ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano de octubre 2019 a marzo 2020.
- 2) Comprobar cómo influyen las características clínicas en la CV de pacientes hospitalizados por ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano de octubre 2019 a marzo 2020.
- 3) Determinar cómo influyen las características laboratoriales en la CV de los pacientes hospitalizados por ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano de octubre 2019 a marzo 2020.
- 4) Comprobar cómo influyen las características imagenológicas en la CV de pacientes hospitalizados por ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano de octubre 2019 a marzo 2020.
- 5) Comprobar cómo influyen las características terapéuticas en la CV de los pacientes hospitalizados por ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano de octubre 2019 a marzo 2020.
- 6) Determinar la frecuencia de la hospitalización por Enfermedad renal crónica terminal en el Hospital Carlos Monge Medrano en el de octubre 2019 a marzo 2020.

II. METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se llevó a cabo una investigación no experimental, Correlacional pues el personal investigador no modificó variable alguna, solo se limitó a relacionar las variables presentación de los eventos y luego procedió a medirlos y describirlos. El tipo de investigación fue prospectiva y transversal.

2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	Definido por la edad, imc,y habitos nocivos de una persona.		Años, sexo, imc, y hábitos nocivos.	Cualitativa Nominal
FACTORES CLINICOS	Condición biológica que determina el estado de salud de una persona.		Tiempo de enfermedad, etiología,	Cualitativa Nominal
LABORATORIO	Condición biológica que determina el estado de pruebas para medir IRC en una persona.		Urea, creatinina, Acido Úrico, BUN, depuración de creatinina.	Cualitativa Nominal
IMAGENOLÓGICOS.	Condición que determina el estado de pruebas en imágenes para medir IRC en una persona.		Ecografía.	Cualitativa Nominal
TERAPÉUTICOS	Tratamiento que recibe el paciente.		Invasivos no invasivos.	Nominal
CALIDAD DE VIDA	Esla percepción personal de un individuo de su situación de vida,	Bienestar emocional Funcionamiento Social	Alta [21-40] Media [41-60]	Cualitativa Ordinal

dentro de una perspectiva cultural en que vive y en correlación a sus valores, expectativas e intereses	Labora Familiar Conyugal <hr/> Energía fatiga Independencia Función Cognitiva Efectos del procedimiento de diálisis <hr/> Impacto económico Calidad de vida general	Baja [61-80]
---	--	-----------------

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.3.1 POBLACIÓN

La población conformada en la investigación fue constituida por todas las personas mayores de edad con insuficiencia renal crónica en estadio v hospitalizados en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre Octubre del 2019 y Marzo 2020.

2.3.2 MUESTRA

Según reportes de la oficina de estadística del hospital, se atendieron 65 pacientes con IRC terminal entre Octubre del 2019 y Marzo 2020. Se trabajó común nivel de confianza de 95 %, precisión de 5 %, una prevalencia esperada de alta calidad de vida del 49 %, según Castillo [14].

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

n= 65 pacientes

Se realizó un muestreo no probabilístico es decir por conveniencia hasta completar el número requerido en la muestra.

2.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Historia clínica accesible, completa de los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital. que acepten participar en la encuesta
2. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal con terapia sustitutoria renal (hemodiálisis), con más de tres meses en tratamiento.
3. Pacientes que deseen participar del estudio

2.3.4 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Pacientes sin tratamiento sustitutorio renal
- Pacientes con Enfermedad psicológica o psiquiátrica.
- Pacientes con algún compromiso de la conciencia al momento que se realizó el ingreso y no pudo dar buena información
- Pacientes que expresaron su no aceptación a participar en la investigación

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Se realizó una entrevista a cada sujeto, en el área de nefrología, para confirmar que cumple con todos los criterios necesarios para el estudio objetivo. A continuación, se les muestra el Cuestionario de Calidad de Vida Ramírez Duron y se les indicó la finalidad del mismo, para contestar el cuestionario.

2.5 MÉTODOS DE ANALISIS DE DATOS

Se procesó con el SPSS®v.25 todos los datos que se recolectaron. El análisis + interpretación de las variables, se efectuó mediante el uso de valores reales y su % para variables nominales y ordinales. Así mismo se usaron representaciones gráficas

y las tablas correspondientes. Se utilizó análisis no paramétrico para establecer la relación de las variables. Prueba de Chi cuadrada de Pearson y Fisher.

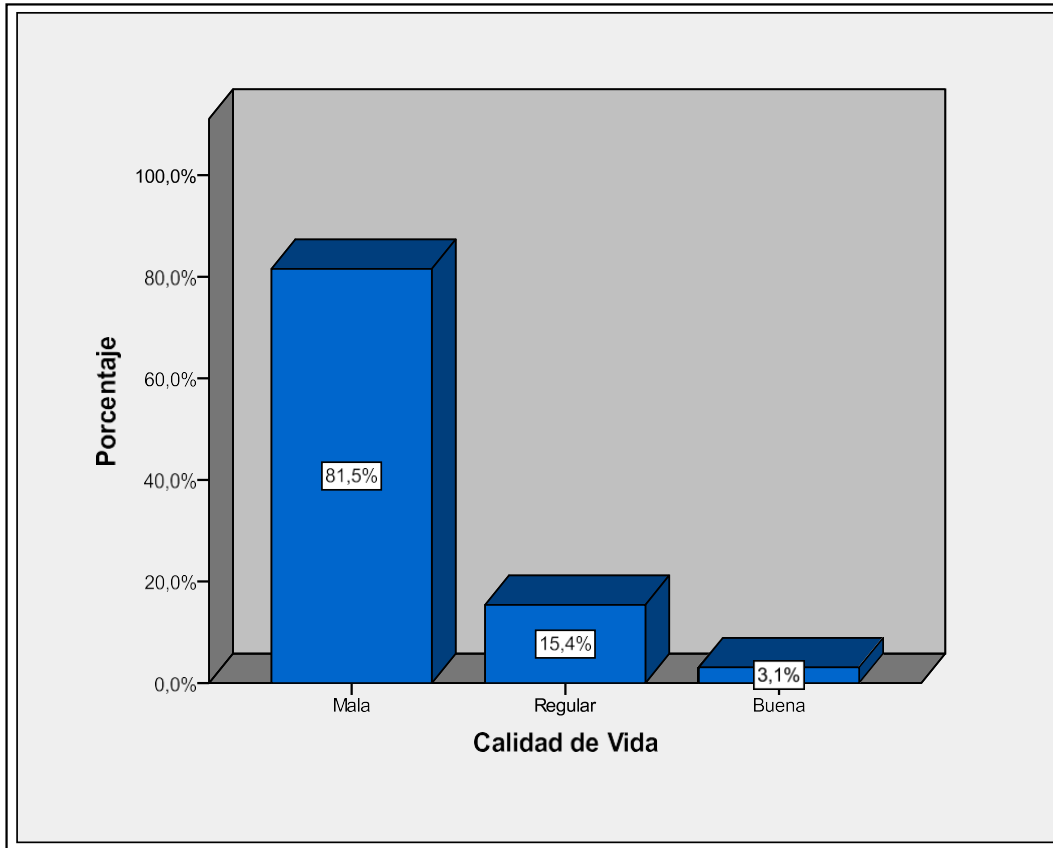
2.6 ASPECTOS ÉTICOS

A los participantes se les informó de la investigación y los objetivos de la investigación. Se les comunicó que la participación era voluntaria y de no aceptar, tendrían la seguridad de recibir una atención humana, sin desmedro de sus relaciones con la institución o el personal.

Cada paciente renal, ofreció su aprobación en un acta firmada y sellada con su huella digital, por él mismo. La información recogida fue codificada y confidencial, publicando los resultados globales y con fines científicos y de investigación.

III. RESULTADOS

GRÁFICA 01 NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA TERMINAL.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la gráfica observamos que el nivel de calidad de vida es malo en el 81.5 % de los pacientes con enfermedad crónica renal.

Tabla 1 Características socio demográficas y CV de pacientes hospitalizados con ERCT.

		Calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.					
		Mala		Regular		Buena	
		N	%	N	%	N	%
Sexo+	Femenino	25	38,5%	3	4,6%	0	,0%
	Masculino	28	43,1%	7	10,8%	2	3,1%
Edad*	20-40	17	26,2%	0	,0%	0	,0%
	41-60	20	30,8%	5	7,7%	0	,0%
	61-80	9	13,8%	3	4,6%	2	3,1%
	+80	7	10,8%	2	3,1%	0	,0%
Índice de masa Corporal*	Normo peso	21	32,3%	10	15,4%	2	3,1%
	Sobrepeso	20	30,8%	0	,0%	0	,0%
	Obesidad	2	3,1%	0	,0%	0	,0%
	Obesidad de clase I	6	9,2%	0	,0%	0	,0%
	Obesidad de Clase II	4	6,2%	0	,0%	0	,0%
Hábitos nocivos*	Alcohol	17	26,2%	0	,0%	0	,0%
	Tabaco	20	30,8%	5	7,7%	0	,0%
	Coca	9	13,8%	3	4,6%	2	3,1%
	Fármacos	7	10,8%	2	3,1%	0	,0%

*Prueba de Fisher [$p < 0.05$] + Prueba de Chi cuadrada de Pearson [$p > 0.05$]

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La CV de los pacientes hospitalizados con ERCT nosotros encontramos que principalmente son de sexo masculino en el 43.1% de los pacientes con una mala calidad de vida, en el caso de las del sexo femenino principalmente se da en el 38.5% para una mala calidad de vida, la edad se observamos que el mayor porcentajes oscilan entre los 41 a 60 años de edad, con una condición de mala calidad de vida, en el 30.8% en el caso del índice masa corporal observamos que la > parte de los pacientes presenta un normopeso con 32.3% para una mala calidad de vida y con obesidad en el 3.1% y con sobrepeso en el 30.8% respectivamente;

finalmente con respecto a los hábitos nocivos encontramos que el alcohol y el tabaco: están presentes en el 26 y 30.8% respectivamente siendo los principales hábitos nocivos de pacientes del renales. Estadísticamente la edad, el índice masa corporal y los hábitos nocivos están relacionados ante la prueba no paramétrica de Fisher.

Tabla 2 Características Clínicas y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.

		Calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.					
		Mala		Regular		Buena	
		N	%	N	%	N	%
Tiempo de enfermedad [años]*	menos 1 años	8	12,3%	1	1,5%	2	3,1%
	1-2 años	12	18,5%	5	7,7%	0	,0%
	3-4 años	26	40,0%	4	6,2%	0	,0%
	+5años	7	10,8%	0	,0%	0	,0%
Etiología de Diabetes Mellitus	Si	37	56,9%	8	12,3%	2	3,1%
	No	16	24,6%	2	3,1%	0	,0%
Etiología Hipertensión arterial+	Si	39	60,0%	5	7,7%	2	3,1%
	No	14	21,5%	5	7,7%	0	,0%
Etiología de enfermedades autoinmunes+	Si	25	38,5%	3	4,6%	0	,0%
	No	28	43,1%	7	10,8%	2	3,1%
Etiología de enfermedades sistémicas.+	Si	30	46,2%	8	12,3%	2	3,1%
	No	23	35,4%	2	3,1%	0	,0%
Etiología de litiasis del riñón*.	Si	30	46,2%	9	13,8%	0	,0%
	No	23	35,4%	1	1,5%	2	3,1%
Etiología de infecciones urinarias	0	6	9,2%	0	,0%	0	,0%
	Si	47	72,3%	10	15,4%	2	3,1%
	No	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Etiología de Obstrucción de vías urinarias bajas*	Si	25	38,5%	9	13,8%	0	,0%
	No	28	43,1%	1	1,5%	2	3,1%
Etiología por consumo de aines*	Si	33	50,8%	10	15,4%	2	3,1%
	No	20	30,8%	0	,0%	0	,0%

*Prueba de Fisher [$p < 0.05$] +Prueba de Chi cuadrada de Pearson [$p > 0.05$]

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto al tiempo de enfermedad estos presentan en su > de 3 a 4 años del diagnóstico en el 40% de los casos o un nivel de calidad de vida malo por otro lado le etiología diabetes mellitus está presente en el 56.9% de este nivel de calidad de vida y asimismo en el caso de

la hipertensión en el 60% por otro lado la etiología de enfermedades autoinmunes está presente en 38.5 de los pacientes y el caso de enfermedades sistémicas están presentes en el 46.2% para el caso de la litiasis que se ubica a nivel del parénquima del riñón ésta se encuentran presentes en el 46.2% y el caso de las infecciones urinarias en el 72.3% para etiología asociativa se da en el 38.5% y en el caso de consumo de aines está presente en el 50.8%.

Para las pruebas no paramétricas de Fisher encontramos una significación no significativa que no se establece la relación entre las variables tiempo de enfermedad en años etiología de litiasis del riñón obstrucción de vías urinarias bajas y consumo de aines respectivamente.

Tabla 3 Características Laboratorio y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.

		Calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.					
		Mala		Regular		Buena	
		N	%	N	%	N	%
Urea elevada+	Si	27	41,5%	7	10,8%	2	3,1%
	No	26	40,0%	3	4,6%	0	,0%
Creatinina elevada+	Si	25	38,5%	7	10,8%	2	3,1%
	No	28	43,1%	3	4,6%	0	,0%
Acido Urico elevada+	Si	47	72,3%	8	12,3%	2	3,1%
	No	6	9,2%	2	3,1%	0	,0%
Nitrógeno Ureico [BUN] elevado+	Si	44	67,7%	10	15,4%	2	3,1%
	No	9	13,8%	0	,0%	0	,0%
Depuración de Creatinina Disminuida+	Si	27	41,5%	7	10,8%	2	3,1%
	No	26	40,0%	3	4,6%	0	,0%

+Prueba de Fisher y Chi cuadrada de Pearson [p>0.05]

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En el caso de las características laboratoriales encontramos que la urea elevada en el 41.5% la creatinina en el 38.5 el ácido úrico es 72.3 el nitrógeno ureico en el 67.7 la depuración de creatinina está disminuida en el 41.5% todos ellos dentro del nivel de calidad de vida malo. Todas estas variables son independientes entre sí con respecto a la calidad de vida.

Tabla 4 Características imagenológicas y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.

		Calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.					
		Mala		Regular		Buena	
		N	%	N	%	N	%
Ecografía patológica+	Si	43	66,2%	10	15,4%	2	3,1%
	No	10	15,4%	0	,0%	0	,0%

+Prueba de Fisher y Chi cuadrado de Pearson [$p>0.05$]

Fuente: Ficha de recolección de datos.

A nivel de las características imagenológicas encontramos que los pacientes que tienen mala calidad de vida: están presentes una ecografía con afectación del parénquima del riñón en el 66.2% y en el 15.4% no se aprecia una ecografía patológica. Ambas variables son independientes entre sí al de las pruebas no paramétricas.

Tabla 5 Características Terapéuticas y calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.

		Calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.					
		Mala		Regular		Buena	
		N	%	N	%	N	%
Tratamiento No invasivo+	Si	27	41,5%	7	10,8%	2	3,1%
	No	26	40,0%	3	4,6%	0	,0%
Tratamiento invasivo+	Hemodiálisis	50	76,9%	10	15,4%	2	3,1%
	Diálisis Peritoneal	3	4,6%	0	,0%	0	,0%

+Prueba de Fisher y Chi cuadrada de Pearson [p>0.05]

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En el caso el tratamiento no invasivo está presente en el 41.5% de los que presentan una mala calidad de vida y en el 40.4% en los que no presentan ese tipo de tratamiento no invasivo para el caso de los suplementos de hemodiálisis están presentes en el 76.9% en el caso de diálisis peritoneal en el 4.6% respectivamente para el nivel de calidad de vida malo.

Tabla 6 Frecuencia de Hospitalizaciones de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.

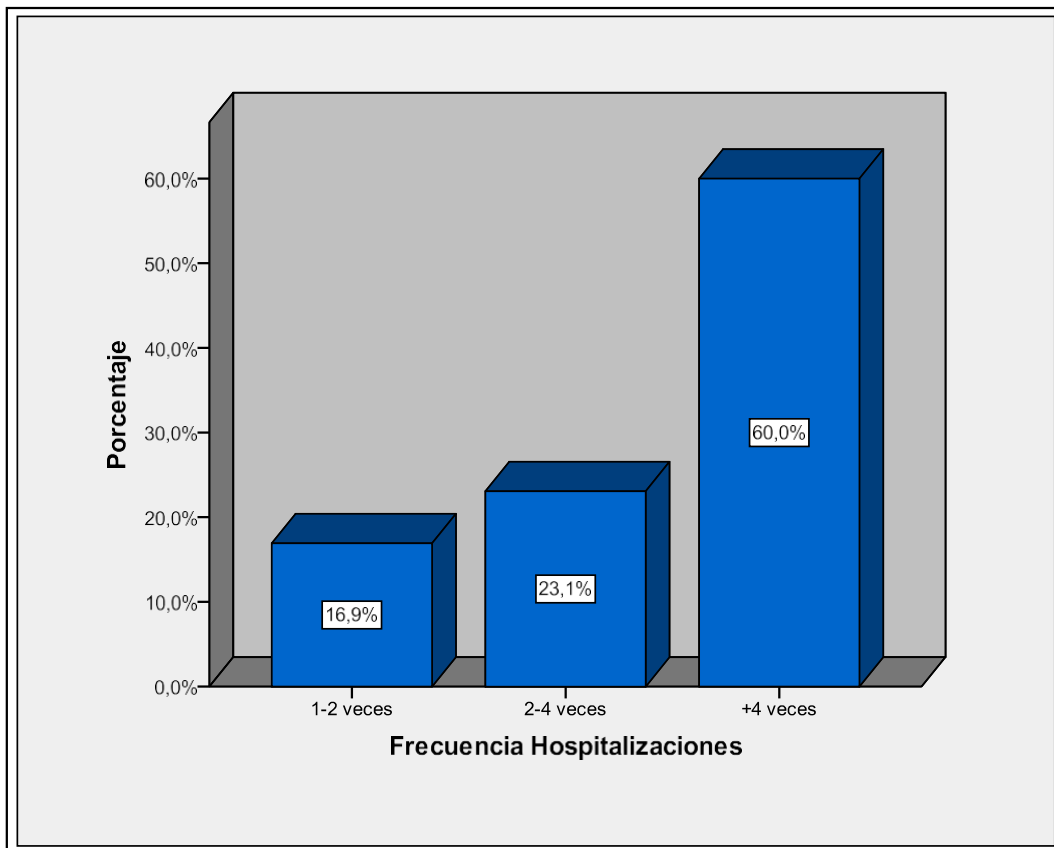
		Calidad de vida de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica terminal.					
		Mala		Regular		Buena	
		N	%	N	%	N	%
Frecuencia Hospitalizaciones*	1-2 veces	2	3,1%	7	10,8%	2	3,1%
	2-4 veces	12	18,5%	3	4,6%	0	,0%
	+4 veces	39	60,0%	0	,0%	0	,0%

*Prueba de Fisher y Chi cuadrada de Pearson [$p < 0.05$]

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La frecuencia de hospitalización está en más de 4 veces al mes en el 60% de los casos para una calidad de vida mala de una a dos veces en el 10.8% para una calidad de vida regular y de una a dos veces con el 3.1% para una calidad de vida buena, esos datos están relacionados entre sí ante las pruebas estadísticas.

Gráfica 02 Frecuencia de Hospitalizaciones en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

La > parte de los pacientes presentan una frecuencia de asistencia de más de 4 veces al hospital en el 60% de los casos.

IV. DISCUSIÓN

Desde las perspectivas de Ramírez [1] sobre el estudio de desarrollo instrumento con el fin de cuantificar la CV en pacientes ERCT. encontramos que estos pacientes: si bien es cierto están hospitalizados para ser dializados solo por vía catéter peritoneal a diferencia de nuestra investigación donde se incluye pacientes con tratamiento en hemodiálisis, ciertas características dentro de 11 áreas como la parte emocional laboral, económica, familiar conyugal, los cuales también fueron evaluados de manera conjunta y se establecieron la calidad de vida teniendo > impacto en la parte social laboral y económica por lo cual es coincidente con la investigación, teniendo en cuenta que la mayor parte de ellos presenta un nivel de vida malo o bajo en más del 60% de la muestra seleccionada. Sin embargo en el caso de Rebolledo [2] que estudia la interpretación de resultados de calidad de vida en pacientes de terapia sustitutiva encontraron por ejemplo que la mayor cantidad de pacientes afectados establecen + 65 años, sin embargo al evaluar en este caso las características de nuestra población; nosotros observamos que nuestra población es relativamente más joven; teniendo pacientes entre los 40 y 60 años respectivamente por otro lado, Seguí [3] en el año 2015 especifica la calidad de vida en un trabajo español y en ese sentido, utilizaron la calidad de vida a través del test sf-36 encontrando que la calidad de vida es peor especialmente en pacientes con 62 años y del sexo masculino por lo cual no es coincidente con nosotros teniendo en cuenta que la > parte de pacientes en el trabajo neto está bajo los 60 años y definitivamente los más afectados son las personas de sexo masculino y aquellas personas más hábitos nocivos.

Cieza [4] establece la prevalencia enfermedad del riñón terminal en Lima estableciéndose que la tasa oscila entre 122 pacientes por millón de habitantes por respecto a ese dato hay que tener en cuenta: que dentro de la población afectada la mayor parte presenta un nivel de calidad de vida malo en el 60% de los casos; sin embargo en las características clínicas se observa que la uremia no fue precisada en el 23% de los casos; hay que tener en cuenta que las características laboratoriales que nosotros evaluamos estuvieron presentes en todos los casos sin embargo estos No tuvieron impacto ante las pruebas estadísticas aplicadas para establecer la calidad de vida.

Tsuchida [5] da en el 2015 establece la influencia de ingesta proteica en la supervivencia de pacientes con enfermedad crónica terminal por lo cual utiliza en este caso pruebas estadísticas proyectiva a través de las curvas de kaplan meyer. Sin embargo el estudio difieren del nuestro ya que no ve la supervivencia sin embargo establece: la calidad de vida que tienen estos pacientes tenían en cuenta que el 60% de la población muestreada presente una mala calidad de vida de acuerdo al indicador.

Para el caso de Maquera [6] establece la influencia de ingesta proteica en pacientes con enfermedad crónica terminal en hemodiálisis teniendo en cuenta ellos el mayor porcentaje fueron del sexo masculino en el 60% lo cual: es coincidente con nuestro estudio sin embargo con respecto a la ingesta calórica no fue objeto de estudio de nuestra investigación, teniendo en cuenta además que la población afectada fue de 60 años una población más envejecida con respecto al nuestra población, en donde evaluamos para pacientes desde 40 - 60 años es decir que las enfermedades metabólicas infiere mayor daño a más temprana edad.

V. CONCLUSIONES

- Existen características influyentes en la CV de los pacientes hospitalizados por ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- Las características sociodemográficas [edad, IMC y hábitos] influyen de manera significativa en la CV los pacientes hospitalizados con ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- Las características clínicas [tiempo de enfermedad, litiasis] no existe influencia en la CV de los pacientes hospitalizados por ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- Las características laboratoriales no influyen en la CV de los pacientes hospitalizados por ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- Las características imagenológicas no influyen en la CV de los pacientes hospitalizados por ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- Las características terapéuticas no influyen en la CV de los pacientes hospitalizados por ERCT, en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- La frecuencia de la hospitalización es más de 4 veces en el 60% por ERCT en el Hospital Carlos Monge Medrano

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda fortalecer el seguimiento de pacientes con IRC en tratamiento crónico con la finalidad de mantener el adecuado nivel de calidad de vida que a la fecha de evaluación se observa.
- Se recomienda realizar investigación futura en los dominios identificados como en el caso de los pacientes con consumo de aines, con litiasis del riñón , y mayores tiempos de enfermedad.

REFERENCIAS

- 1] Ramírez F. Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con Enfermedad crónica terminal y diálisis. Una experiencia en Honduras. Rev Med Hond 2015; 70:3-8.
- 2] Rebollo P., González M., Bobes J., Saiz P., y Ortega F. Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia crónica terminal. Rev, Nefrología. Vol. XX. Número 5. 2015.
- 3] Seguí A., Amador P., Ramos A. Calidad de vida en pacientes con Enfermedad crónica terminal en tratamiento con diálisis Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2015; 13 [3]: 155/160.
- 4] Cieza J., Huamán C., Alvarez C., Gómez J., Castillo W. Prevalencia de Enfermedad crónica terminal en la ciudad de Lima*Perú, enero 1990. Rev. Perú. epidemiol. 2015 Vol5[1]:22-7.
- 5] Tsuchida Fernández Marisa Beatriz, Estremadoyro Stagnaro Luis, Cieza Zevallos Javier. Influencia de la ingesta proteica inicial en la supervivencia de pacientes con insuficiencia crónica terminal en hemodiálisis. Rev Med Hered [Internet]. 2014 Abr [citado 2020 Oct 23];10[2]:69-75. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X1999000200005&lng=es.
- 6] Maquera A. Afrontamiento y adaptación en pacientes con Enfermedad crónica terminal sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno - 2017 [citado 2020 Oct 23] ; Disponible en : <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/4793>.
- 7] Cjuro A., Flores M. Depresión y Calidad de Vida en pacientes con Enfermedad crónica terminal que acuden a Hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas S.A.C. – Cendial Juliaca, 2018.
- 8] Martínez A., y colaboradores. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad del riñón crónica. Rev. Nefrología 2015;34[2]: 243-62.
- 9] Arenas M., Martín-Gómez A., Carrero J., Ruiz M. Cantero. La nefrología desde una perspectiva de género. Rev. Nefrología 2018; 38[5]:463–465.
- 10] Aschner P. La importancia de estimar la obesidad abdominal. Rev. Acta Médica Colombiana 2015 Vol. 38 N°3.

- 11] Neira Urrutia C, Oliva Mella P., Osses Paredes C.. Función del riñón y factores asociados en el desarrollo de la enfermedad crónica terminal en adultos. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2015 Vol 30[4].
- 12] Suardíaz, Cruz, Colina. Laboratorio clínico. Editorial Ecimed. La Habana-Cuba. 2015.
- 13] Rivera M., Quereda C. La ecografía realizada por el nefrólogo: nuestra experiencia. Servicio de Nefrología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Rev.. NefroPlus 2019; Vol 2[1]:9-16.
- 14] Seguí A., Amador P., Ramos A. Calidad de vida en pacientes con Enfermedad crónica terminal en tratamiento con diálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2015; Vol 13 [3]: 155-160.
- 15] Moya R. Estadística descriptiva. Conceptos y aplicaciones. Lima-Perú. Editorial San Marcos; 2004.
- 16] Pérez L. Estadística básica para las Ciencias sociales y Educación. Lima-Perú. Editorial San Marcos; 2004.
- 17] Tamayo J. Estrategias para diseñar y desarrollar proyectos de investigación en Ciencias de la Salud. Lima-Perú. Editorial San Marcos; 2002.
- 18] Camacho J. Estadística con SPSS para Windows. Madrid: Alfaomega. Ra-Ma; 2001.
- 19] Dawson-Saunders B. Bioestadística médica. Segunda Edición. México: Manual Moderno; 2000.
- 20] Ferrán M. SPSS para Windows. Análisis Estadístico. España: Osborne McGraw-Hill; 2001.
- 21] Hernández R., Fernández C., y Baptista P. Metodología de la Investigación. 4a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“CARACTERÍSTICAS INFLUYENTES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2019-2020.”

El propósito de la presente investigación es hacer una valoración de la calidad de vida de los pacientes del Hospital Carlos Monje Medrano de Juliaca. Por lo que solicito a usted su participación voluntaria en el estudio.

Antes de tomar una decisión sobre su participación lea con atención lo siguiente:

1. Se aplicará un formulario en forma de cuestionario de preguntas para conocer las características socioeconómicas y la valoración de la calidad de vida de los adultos que participen en el estudio.
2. Toda la información que usted nos ofrezca es considerada CONFIDENCIAL y solo será utilizada con fines de la investigación.
3. En caso de no desear participar puede hacerlo y puede retirarse sin que esto implique ningún prejuicio actual ni futuro para su persona.

En conocimiento y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles:

YO:, con DNI,
Domiciliado en, ACCEDO A PARTICIPAR Y DAR MI
CONSENTIMIENTO en el presente estudio según las exigencias que este supone y de las
cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha.....

Firma de participante: _____

Firma del investigador: _____

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS INFLUYENTES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2019-2020.

La siguiente encuesta es anónima, le agradeceremos que marque con una X lo que más realizó en el último semestre de estudio

Ficha N° _____

1.1 Características socio demográficas

1.1.1 Sexo

a) Masculino.

b) Femenino

1.1.2. Edad

.....años

1.1.3. IMC

..... Kg/m²

1.1.4. Hábitos nocivos

Alcohol [si] [no]

Tabaco[si] [no]

Coca [si] [no]

Medicación con fármacos[si] [no]

1.2 Factores clínicos

1.2.1 Tiempo de enfermedad

... días.

1.2.2 Etiología

a) Diabetes mellitus Si [] / No []

b) Hipertensión Si [] / No []

c) Enfermedades autoinmunes Si [] / No []

d) Infecciones sistémicas Si [] / No []

e) Infecciones urinarias Si [] / No []

f) Litiasis del riñón Si [] / No []

g] Obstrucción de las vías urinarias bajas Si [] / No []

h] AINES Si [] / No []

1.3 Exámenes de laboratorio

1.3.1 Urea...miligramos sobre decilitro Valores altos Si [] / No []

1.3.2 Creatinina... miligramos sobre decilitro Valores altos Si [] / No []

1.3.3 A. úrico... miligramos sobre decilitro Valores altos Si [] / No []

1.3.4 BUN... miligramos sobre decilitro Valores altos Si [] / No []

1.3.5 Depuración de creatinina...ml/min Valores altos Si [] / No []

1.4 Imagenológicas

1.4.1 Ecografía Valores patológicos Si [] / No []

[Especificar].....

.....

1.5 Terapéuticos

1.5.1 No invasivos Si [] / No []

[Especificar].....

.....

1.5.2 Invasivos Valores altos Si [] / No []

a] Diálisis peritoneal

b] Hemodiálisis

2. CALIDAD DE VIDA [Test de Ramirez F. et all.]

A. Bienestar emocional

1] ¿Se siente triste?

a] Si, b] No

2] ¿Siente ganas de llorar?

a] Si, b] No

3] ¿Se siente nerviosa[a], angustiado [a] o ansioso[a]?

a] Si, b] No

4] ¿Está más irritable o enojón que antes?

a] Si, b] No

B. Funcionamiento social

5] ¿Su enfermedad le impide hacer visitas a sus amistades o salir a pasear?

a] Si, b] No

C. Laboral

6] ¿Considera que su rendimiento en el trabajo ha disminuido desde que enfermó?

a] Si, b] No

7] La enfermedad le impide trabajar?

a] Si, b] No

D. Familiar

8] ¿Siente que le es menos útil a su familia?

a] Si, b] No

9] ¿Ha perdido el apoyo de su familia durante su enfermedad?

a] Si, b] No

E. Conyugal

10] ¿Su enfermedad le ha generado problemas con su pareja?

a] Si, b] No

11] ¿Ha disminuido su interés sexual?

a] Si, b] No

6. Energía/fatiga

12] ¿En la mañana se siente peor?

a] Si, b] No

13] ¿Se siente cansado o decaído?

a] Si, b] No

F. Independencia

14] ¿Se siente usted una persona independiente?

a] Si, b] No

15] ¿Se siente inseguro con falta de confianza en si mismo[a]?

a] Si, b] No

G. Función cognitiva

16] ¿Le cuesta trabajo concentrarse?

a] Si, b] No

H. Efectos del procedimiento de diálisis

17] ¿Ha tenido alguna complicación durante la diálisis?

I. Impacto económico

18] ¿Su enfermedad le dificulta ganar dinero para cubrir sus necesidades?

a] Si, b] No

J. Calidad de vida en general

19] ¿Cómo cree que ha sido su vida en el último mes?

a] Mal, b] Bien

20] ¿Cómo le va en la vida?

a] Mal, b] Bien

Puntaje Final de calidad de vida:.....puntos [De 0 a 20]

Las respuestas a tienen 0 puntos cada una.

Las respuestas b tienen 1 puntos cada una.

ANEXO 3: CARTA DE SOLICITUD PARA REALIZAR EL ESTUDIO

Juliaca, 5 de octubre 2019.

Director Hospital Carlos Monge Medrano.

Juliaca

De mi consideración:

Aprovecho la ocasión de saludarlo cordialmente y por este medio le informo que estoy realizando un Proyecto de Investigación para presentar mi Tesis para optar por el Título de Médico Cirujano en la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Cesar Vallejo de Piura el trabajo de investigación está referido a la “CARACTERISTICAS INFLUYENTES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2019-2020”, por lo que solicito su autorización para poder entrevistar a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acuden a consulta externa de nefrología del hospital que usted dignamente representa.

Con la seguridad de contar con su apoyo le reitero a usted mis > es consideraciones.

Atentamente.



Br. Oscar Jose Alejandro Cuevas Guevara