



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

"CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN TRATAMIENTO
DE HEMODIÁLISIS, UNIDAD DE DIÁLISIS HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL
VALDIVIA, CHILE, AGOSTO - NOVIEMBRE DE 2010"

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.
Profesor Patrocinante: Elizabeth Flores González.

INGRID WALESKA ROJEL MIRANDA.
DANIELA ALEJANDRA ROSAS DISSELKOEN.
VALDIVIA-CHILE
2010

Profesor Patrocinante:

Nombre : Elizabeth Flores González.
Profesión : Enfermera.
Grados : Magíster en Enfermería ©.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

Profesores Informantes:

1) -Nombre :Vinka Yussef Contreras.
-Profesión : Enfermera.
-Grados : Magíster en Enfermería ©.

-Instituto : Enfermería.
-Facultad : Medicina.
-Firma :

2) -Nombre : Cecilia Burgos Saelzer.
-Profesión : Enfermera.
-Grados : Enfermera.

-Instituto : Enfermería.
-Facultad : Medicina.
-Firma :

Fecha de Examen de Grado:

AGRADECIMIENTOS

INGRID WALESKA ROJEL MIRANDA.

Quiero dar gracias a Dios por darme a quienes han caminado siempre de mi mano, y que en este camino tan largo y ondulado han sido mi pilar fundamental, mi abrigo.... Mi amparo:

A Mi madre por caminar día a día junto a mí, por su entrega total e inculcarme siempre la perseverancia.

A mi padre por su comprensión, por entregarme el valor de la libertad y reflexión siempre positiva de la vida.

A mi hermana por su compañía, su amistad y transmitirme siempre su alegría.

Por su infinito amor.....

A todos quienes formaron parte de esta etapa de mi vida.

Muchas gracias.

DANIELA ALEJANDRA ROSAS DISSELKOEN.

“Sin una pieza, un puzzle no está completo...”

A cada una de las personas que hicieron posible mi puzzle... por ser esa pieza clave para completarlo...

A mis padres, Augusto y Patricia, por ser mis papitos!, por su esfuerzo, amor, cariño, comprensión y apoyo constante durante todos estos años, por compartir las alegrías y las tristezas, por esforzarse junto a mí y por mí para hacer mis sueños realidad... por hacerme creer que no existe nada que pudiera derribarlos, porque ayudaron a forjar uno de mis mayores sueños en la vida, ser una profesional de Enfermería...

A mi hermano Augusto, por alegrar mi vida, acompañar mis pasos, por su manera de vivir y por el silencioso apoyo que me entrega día a día.

A mis abuelitas Nonita, Ita y Sofi por haber hecho sacrificios para que mi pequeño y gran sueño de ser Enfermera se haga realidad...

A mi pololo Roberto, por ser simplemente él, por ser mis ojos cuando no quería ver, estar conmigo en los buenos y malos momentos, por su amor sincero, por enseñarme que los sueños si se pueden hacer realidad, por demostrarme que el amor es más que un sentimiento, es una forma de vida.

Finalmente gracias a Dios que ha puesto en mi vida a estas personas, me ha dado la fortaleza, entusiasmo y señales para escoger este camino de servicio con el cual tanto soñé.

*A nuestra Profesora guía Elizabeth Flores, por su dedicación y paciencia... Por reafirmarnos el compromiso de vocación ENFERMERA.
A todos los Profesores de Enfermería que aportaron en nuestro crecimiento personal y profesional.*

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. SUMMARY	6
3. INTRODUCCIÓN	7
4. MARCO TEÓRICO	9
5. OBJETIVOS	18
6. MATERIAL Y MÉTODO	19
7. RESULTADOS	25
8. DISCUSIÓN	36
9. CONCLUSIONES	40
10. BIBLIOGRAFÍA	44
11. ANEXOS	48

1. RESUMEN

En Chile se considera adulto mayor a las personas mayores de 65 años. A nivel mundial este rango etáreo está aumentando de forma acelerada. Es un grupo en donde se está más vulnerable a padecer algunas enfermedades, debido a la involución que sufre el organismo. Una de las patologías que día a día está más presente en la población y que es de gran impacto en la calidad de vida de las personas es la insuficiencia renal crónica terminal. Esta enfermedad crónica tiene como tratamiento la hemodiálisis, entre otros. Es por esto que se ha querido investigar cuál es la calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en nuestra realidad local, en el centro de diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV), en el periodo comprendido entre Agosto-Noviembre 2010. Esta investigación utilizó una encuesta socio demográfica y un cuestionario de calidad de vida específico para pacientes con patología renal, denominado *Kidney Disease Quality of Life – short form (KDQOL-sf)*. Se pudo concluir que la mayoría de los adultos mayores que se dializan en el HCRV corresponde a hombres, siendo las mujeres quienes ven más afectada su calidad de vida; y que según la encuesta el mayor porcentaje de pacientes percibe la afectación de su calidad de vida como moderada.

2. SUMMARY

In Chile people over 65 years old are considered elderly. Globally this age group is increasing very fast. It is a group where you are more vulnerable to some diseases due to the fact that the body undergoes involution. One of the pathologies that every day is more present in the population that is of great impact on quality of life of people is the end stage renal disease. This disease is threaded through hemodialysis. That is why we have tried to investigate what the quality of life is of older adults, who are undergoing hemodialysis at our local center of Valdivia Regional Hospital in the period from August to November 2010. This research used a sociodemographic survey and a quality of life questionnaire specifically for patients with renal disease, called Kidney Disease Quality of Life-short form (KDQOL-sf). It was concluded that most older adults who receive dialysis in the HCRV are men, but women's quality of life is most affected, and according to the poll the highest percentage of affected patients perceived their quality of life as moderate.

3. INTRODUCCIÓN

En el camino de la experiencia práctica de los profesionales de Enfermería en formación se ha podido conocer la realidad que vive el país en relación a la morbi mortalidad de los pacientes que se atienden en el servicio público de salud. Esta realidad apunta a la gran prevalencia de las enfermedades crónicas que se presenta en la población y a las complicaciones a las que arrastran estas patologías. Sin duda, el desarrollo de estas complicaciones se ve después de un largo tiempo en que el individuo ha debido convivir con la enfermedad, es decir, cuando el individuo ya ha alcanzado cierta edad y está llegando a la adultez mayor.

Coincidentemente este grupo etáreo, tanto a nivel nacional como mundial, ha presentado un paulatino incremento, dando lugar al llamado fenómeno de “envejecimiento de la población”, ya que a medida que transcurren los años son cada vez mas los adultos mayores que componen nuestra población.

Según Forttes y Massad (2009) esto es “debido básicamente a la reducción de las tasas de mortalidad, resultado del avance de la medicina y la implantación de políticas públicas, fundamentalmente asociadas a la salud y el trabajo”. Se suma a estos avances, el acceso de las mujeres al mundo laboral y llevar un control sobre su planificación familiar, reduciendo así las tasas de fecundidad.

De acuerdo al Ministerio de Planificación del Gobierno de Chile (2006) los datos obtenidos en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica de ese año, las personas mayores de 60 años alcanzaban al 13% de la población total del país.

Una de las enfermedades crónicas que más impacta la vida de los individuos por su gran complejidad y severidad es la Insuficiencia Renal. Según la Guía Clínica de Insuficiencia Renal Crónica Terminal del Ministerio de Salud Chile (2005), ésta “corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario, como adquiridas”.

El tratamiento que se ofrece en el país en la etapa terminal de esta enfermedad es la sustitución renal por diálisis o trasplante, que es un tratamiento muy limitante y demandante para los individuos, repercutiendo en los ámbitos psicológicos, emocionales y sociales de los pacientes, impactando directamente la calidad de vida de éstos.

Al recibir este tipo de tratamiento los individuos modifican la percepción de su calidad de vida, la forma en que reciben la atención del equipo de salud y cómo la enfermedad va repercutiendo en su vida diaria. Es por ello, que la opinión del paciente hoy en día es primordial para guiar la atención en salud, siendo ésta la única forma de poder orientar el actuar de los profesionales de salud en pro de mejorar la entrega de los servicios.

La importancia que tiene el siguiente estudio radica en que es necesario tener conocimiento de lo que sucede en la realidad local, siendo ésta la primera investigación de calidad de vida de los adultos mayores que se atienden en la Unidad de Diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia. Sumado a lo anterior lo fundamental de poseer información basada en evidencias para poder implementar mejoras en la atención.

El conocer experiencias cercanas de personas sometidas a este tratamiento genera una gran inquietud por comprender qué es lo que realmente sucede cuando se produce un cambio radical en la vida, para lo cual nadie está preparado, lo que motiva la realización de este estudio.

De acuerdo a todo lo anteriormente descrito, surge el interés de los autores por conocer como perciben la calidad de vida los pacientes adultos mayores sometidos a diálisis en la realidad local, unidad de diálisis Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV). La población total que se dializa en este centro corresponde a 96 pacientes, de los cuales 39 son adultos mayores que es la población objeto de esta investigación. A ellos se les aplicó el instrumento Kidney Disease Quality of Life –short form (KDQOL-sf) adaptado por J. Alonso y el grupo CALDVIA, además de un cuestionario de antecedentes personales y sociodemográfico.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. *El proceso de envejecimiento*

En el mundo, los países desarrollados definen como adultos mayores a las personas desde los 60 años para poder intervenir anticipadamente en las problemáticas de salud inherentes a esta edad, logrando así un mayor impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo etáreo. Sin embargo en Chile, de acuerdo a los censos realizados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), se considera como adultos mayores a las personas desde los 65 años.

Al hablar de adulto mayor, implícitamente se habla de envejecimiento. Para la Organización Mundial de la Salud (2002) “el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”, siendo éste un desafío, por ser un proceso permanente, presente a nivel mundial, que se manifiesta con una disminución en la capacidad de adaptación de los individuos (Saá, 2006).

El envejecimiento puede ser de tipo individual o poblacional. Cuando se habla de envejecimiento individual se refiere a todos los aspectos biopsicosociales que involucran a una persona, que la hacen única e irreplicable, siendo influenciado por las oportunidades y situaciones que ha debido enfrentar a lo largo de su vida, y el logro o no de haber podido afrontarlas.

Muchos autores han tratado de clasificar el ciclo vital en etapas, uno de ellos es Erickson (2000) quien divide las etapas del individuo en ocho, asociándolas con las características propias de cada grupo etáreo. A partir de los 65 años, comienza la etapa de Integridad del yo frente a la desesperación, en la cual las personas aceptan su vida como productiva o se desesperan por la incapacidad de volver a vivirla. Esta clasificación es importante, ya que al adulto mayor en esta etapa le es difícil encontrar las herramientas para adaptarse a las nuevas vivencias que la misma edad le impone, afectando netamente su adaptabilidad a nuevos procesos, como son las enfermedades.

Cuando se habla de envejecimiento poblacional se hace referencia a los cambios demográficos que están sufriendo todas las sociedades del mundo, debido a que cada día el número de individuos de edad avanzada aumenta en relación a los individuos de edades más jóvenes. Chile no está ajeno a esta realidad, ya que en los últimos 30 años vive una conversión hacia el envejecimiento demográfico de la población (Schkolnik, 2007).

De acuerdo al censo 2002, un 25,7% de la población es menor de 15 años y el 11,4% tiene 60 o más años. En cambio en 1960, estos mismos grupos de edad representaban el 39,6% y el 6,8%, respectivamente (Morales y Torrejón, 2003).

Hoy en día, la población envejecida ha cobrado importancia dentro de las políticas de salud, siendo un rango etáreo en donde se está más vulnerable a padecer algunas

enfermedades, que acarrear consecuencias significativas en salud tanto para la persona, como para lo sociedad a la cual pertenezca, y que a su vez genera un desafío para las políticas de salud.

Por la condición de salud de este grupo etáreo, ellos demandan una atención multidisciplinaria que abarque todas las aristas de un ser biopsicosocial y donde se considere el ambiente físico, social, familiar y espiritual en el cual está inserto y se desenvuelve (Reyes, Lange, Zabala y Arechavala, 2000).

Como señalan Marín y Gac (2006), el problema en un futuro no radicará en la sociedad que envejece, si no en la velocidad y la fuerza con que la población adulta mayor lo hace, por lo que esta situación requerirá de una preparación oportuna por parte del personal de salud y de las políticas de salud que rigen un país y su sociedad.

A esta edad el deterioro orgánico es inminente y el cuerpo humano va sufriendo múltiples cambios. Los riñones son órganos que se ven muy afectados con el envejecimiento debido a cambios en su estructura, con la consecuente pérdida paulatina de sus funciones, si a esto se le suma la presencia de patologías concomitantes o el uso prolongado de sustancias neurotóxicas, que incidirán en la aparición de una pérdida funcional de carácter patológico que afecten directamente al riñón y que pueden provocar la aparición de insuficiencia renal.

4.2. Enfermedad Renal Crónica

Los riñones cumplen múltiples funciones vitales para nuestro organismo. Estas funciones incluyen formación de orina, excreción de productos de desechos, regulación de electrolitos, ácidos y excreción de agua, y autorregulación de la presión arterial, además de otras funciones de carácter endocrino (Brunner y Suddarth, 2005).

Cuando el riñón no puede llevar a cabo de manera eficiente sus funciones y ha perdido más de un 25 % de funcionalidad total se habla de insuficiencia renal (Catoni y Palma, 2000). Cuando ésta enfermedad está en su etapa terminal el daño es creciente e irreversible y se denomina insuficiencia renal crónica.

Según la Guía Clínica de Insuficiencia Renal Crónica Terminal del Ministerio de Salud de Chile (2005), esta enfermedad “es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo” y la definen como una “situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario como adquiridas”. A nivel mundial esta patología es una situación de alto impacto, debido a factores como el aumento del número de individuos que padecen la enfermedad, alto costo de los tratamientos, lo que afecta la economía de los individuos y del país, además de que los tratamientos son invasivos y demandan un cambio en la vida del paciente que puede resultar muy difícil de sobrellevar (Ministerio de Salud, 2005).

La insuficiencia renal es un problema de salud pública importante en nuestro país debido al número creciente de personas que la padecen. Las etiologías más frecuentes relacionadas a la aparición de esta patología son, en primer lugar, la diabetes mellitus I y

II, luego la hipertensión arterial, la glomerulonefritis crónica y un porcentaje no menor de causa desconocida (Ministerio de Salud de Chile, 2005). Por lo tanto, un gran porcentaje de los pacientes que adquieren la enfermedad tienen como patología de base hipertensión arterial y diabetes mellitus, enfermedades crónicas que en Chile se encuentran bajo el manejo de la atención primaria donde la misión principal de enfermería, después de la prevención, es el evitar las complicaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El paciente con patología renal crónica requiere de atención integral de los profesionales de salud, en especial de enfermeros capacitados en la especialidad, que afronten de manera óptima la aparición de complicaciones y que sean capaces de generar una relación de ayuda eficaz para evitar y/o tratar el estrés, y la angustia del paciente al enfrentarse a una enfermedad que puede acabar con la vida.

Este trastorno produce numerosas complicaciones que tarde o temprano llevaran a la persona a la muerte si ésta no es tratada. La medicina con sus avances proporciona dos posibilidades de tratamiento; la diálisis y el trasplante renal. En los adultos mayores el tratamiento de elección es la diálisis debido al riesgo que implica someter a un anciano a una intervención quirúrgica por su condición de edad avanzada.

4.3. Diálisis y Hemodiálisis

La palabra diálisis, que procede del griego y significa “rotura de unión” define el fenómeno químico consistente en la difusión pasiva de solutos a través de una membrana que separa dos soluciones de distinta concentración. Esta difusión dependerá del gradiente de concentración entre ambas soluciones y de las características de la membrana, básicamente de su superficie eficaz y de su coeficiente de permeabilidad (Andreu y Force, 2001).

Si bien este tipo de tratamiento se viene utilizando hace algunas décadas, con el tiempo se han ido mejorando la técnica y equipos necesarios para llevar a cabo la diálisis, obteniendo mejores resultados, mejorando la supervivencia del paciente con insuficiencia renal terminal y evitando las complicaciones propias del tratamiento (Sarrias, Bardón y Vila, 2008). Estos procedimientos tienen como objetivo mantener la función renal, es decir, que no progrese, así poder conservar una homeostasis óptima, eliminando los desechos y productos que se retienen en el organismo, ya que los riñones enfermos no pueden hacerlo.

Al revisar literatura sobre el tema, se encontró que Botella (2002) define hemodiálisis como “la diálisis que se produce entre la sangre de un paciente y el líquido de diálisis, cuando la sangre circula de forma continua y extracorpórea a través de un elemento llamado dializador, en el cual entran en contacto sangre y líquido de diálisis, separados sólo por la membrana semipermeable del dializador”.

Esta modalidad de tratamiento es una terapia que se realiza intermitentemente, tres veces por semana, con una duración aproximada de cuatro horas por vez, de acuerdo a las condiciones de cada paciente y que debe llevarse a cabo en un centro especializado en el tema. Al someterse el individuo al tratamiento deberá cumplir con un régimen estricto en la dieta y en la ingesta de los líquidos, lo que modifica y limita en gran medida la vida

cotidiana del paciente, afectando así la interacción social, el ámbito psicológico y afectivo. Por otro lado, este tratamiento, a pesar de repercutir fuertemente en la vida del individuo y su familia, garantiza por varios años una adecuada calidad de vida, manifestada por la satisfacción de las necesidades biopsicosociales básicas de los individuos (Borroto, Almeida, Lorenzo, Alfonso y Guerrero, 2007).

En Chile, en Agosto del año 2003, “la prevalencia de pacientes en hemodiálisis a través de los 175 centros en el país (Red pública y privada), fue de 9.139 personas, de éstas 884 reciben hemodiálisis en Hospitales Públicos, en 23 Servicios de Salud”. Según distribución etárea, el 46% corresponde a adultos mayores (Ministerio de Salud, 2005).

Para llevar a cabo este tratamiento es necesario contar con un acceso vascular que permita un mayor flujo para el intercambio con el dializador, de fácil acceso, que sea cómodo y seguro y que permita al paciente vivir una vida prácticamente normal (Andreu y Force, 2001). En primera instancia, se utiliza un catéter de hemodiálisis temporal, que es un dispositivo plástico que se inserta en una vena, por lo general en las venas yugular o subclavia, o las venas femorales, y es usado cuando el paciente se encuentra en espera de que se realice una fístula arterio venosa (Inforenal, 2006). Este acceso, es uno de los más utilizados y se logra luego de una intervención quirúrgica donde el resultado es la unión o anastomosis de una arteria con una vena, generalmente la arteria radial con la vena cefálica. En caso de no realizarse una fístula arterio venosa, se utiliza un acceso denominado catéter de hemodiálisis permanente. Del adecuado funcionamiento de este acceso va a depender la calidad del tratamiento y por ende la calidad de vida de este tipo de pacientes.

Para el profesional de enfermería inmerso en este proceso, es prioridad mejorar y optimizar las actividades en relación al manejo de la fístula arterio venosa, para reducir complicaciones y prolongar el período de vida útil del acceso.

Sin duda, este acceso necesita de cuidados por parte de los usuarios y los profesionales de enfermería, para que sea utilizable de forma eficaz, lo que requiere un período de maduración de al menos seis semanas, mantener la integridad de los vasos y así pueda ser utilizado tempranamente, además de mantenerse permeable y en condiciones de ser utilizado, evitando complicaciones tales como: infección, trombosis y estenosis entre otras, ya que, como señala Segura y Gutiérrez (2005) éstas representan las principales causas de morbilidad, hospitalización y aumento de costo en los enfermos tratados con hemodiálisis.

El cuidado inmediato que se debe tener luego de la creación del acceso, hace referencia a la auscultación del soplo y la palpación del frémito, para corroborar la correcta intervención y demostrar así su permeabilidad, de no ser así se procederá a realizar un método de imagen como ultrasonido.

Los siguientes cuidados corresponden al período comprendido entre la intervención y la maduración del acceso, en el que el paciente juega un rol fundamental, ya que es el responsable de proteger la extremidad, cuidar el apósito, abstenerse de realizar actividades bruscas, evitar compresiones, como la toma de presión arterial y punciones en la

extremidad y realizar ejercicios moviendo suavemente mano- brazo, favoreciendo así la circulación (Andreu y Force, 2001).

Se incluyen los cuidados referentes a la manipulación propia del tratamiento para la hemodiálisis realizado por el profesional de enfermería, que debe estar capacitado y entrenado en éstos y en contenidos educativos para el paciente.

En algunas ocasiones estos cuidados son mal ejecutados por el adulto mayor, debido a las limitaciones propias de la edad, requiriendo la ayuda y supervisión de una tercera persona.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a hemodiálisis se ven amenazados por muchas pérdidas potenciales y cambios en su estilo de vida. Es importante que el adulto mayor conserve las redes sociales, ya que la enfermedad puede llegar a ser el mayor estresor relacionado con que un individuo tenga pocos contactos, por ende, se encuentren desprovistos de soporte emocional y de cuidados, afectando su calidad de vida (Arechabala, Palma y Catoni, 2001).

Una de los aspectos importantes a considerar cuando el paciente está en hemodiálisis es la dieta que deberá seguir, éstas restricciones impactarán directamente en la vida de la persona y en la calidad de ésta. Esto es aun más complicado, tomando en cuenta que en la sociedad chilena todo evento se celebra en torno a los alimentos y/o se está rodeado de individuos que desconocen los cuidados de esta enfermedad y que incitan a que el paciente pruebe un alimento que puede repercutir en su estado de salud (Kidney and Urologic Diseases, 2009).

Las complicaciones referentes a la dieta tienen su justificación en que de la alimentación el cuerpo obtiene los nutrientes que son absorbidos por la sangre desde los intestinos, esta sangre luego viajará a todas las células del cuerpo para entregarles el aporte de estos nutrientes y así producir energía, el resultado de todos estos procesos, llamado metabolismo, es un conjunto de desechos metabólicos que se eliminan a través de la orina y las deposiciones.

Cuando los riñones están enfermos estos desechos comienzan a acumularse en el organismo y son eliminados gracias a la hemodiálisis. Entre sesiones de hemodiálisis, estos desechos circularán en el organismo produciendo efectos nocivos para él. Es por ello que se debe cuidar lo que se ingiere y se bebe, a través de un buen plan de alimentación, para así disminuir la cantidad de desechos, logrando mejoría en la salud (Kidney and Urologic Diseases, 2009).

Como los riñones no son capaces de eliminar la orina, también se deberá cuidar la cantidad de líquidos que se beben entre diálisis, ya que éstos pueden acumularse causando edema y aumento de peso, además de incrementar la presión arterial sobrecargando directamente el trabajo del corazón generando así problemas cardíacos adicionales.

El tratamiento de hemodiálisis va acompañado, además de la dieta y restricciones en la ingesta de líquidos, de un desgaste en las actividades cotidianas, se reduce el tiempo

libre y se suma el deterioro físico para llevarlas a cabo, lo que perjudica las redes sociales, y por tanto la calidad de vida.

El ámbito laboral se ve afectado en las personas que reciben tratamiento de hemodiálisis, por la demanda de tiempo para permanecer conectado a una máquina, lo que origina no cumplir con horarios laborales. Sin embargo, en este grupo etéreo los individuos han culminado la etapa de trabajo, por lo que esta área no se ve fuertemente afectada (Marticorena, 2006).

Sin duda esta enfermedad somete a los pacientes a un tratamiento del cual los individuos son necesariamente dependientes, esto conlleva un cambio en la respuesta psicológica frente a determinadas situaciones, donde influye la personalidad previa, el entorno familiar y social (Daugirdas, Blake e Ing, 2003).

Es por esto que el profesional de enfermería debe abordar de forma integral todos los aspectos que involucran la vida del paciente en diálisis y más aún todo aquello que afecta su calidad de vida en la vejez.

4.4. Calidad de vida

A lo largo de la historia el hombre ha mostrado interés por conocer la calidad de la vida de las personas. A pesar de esto el concepto propiamente tal y la preocupación por evaluarlo es reciente. Es un concepto muy utilizado en diversas áreas, tales como la salud mental, la educación, la economía, la política, el mundo de los servicios en general y la salud (Gómez y Sabeih, 2000).

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Surge de este concepto el término calidad de vida relacionado con la salud (CVRS), considerado “como un constructo, basado en la percepción de la persona, del impacto que tiene la enfermedad o tratamiento en su capacidad para vivir una vida satisfactoria” (Zuñiga, Dapuetto, Müller, Kirsten, Alid y Ortiz, 2009).

Para evaluar la calidad de los servicios de salud, cuyo objetivo es la mejora del bienestar de los pacientes, se han hecho insuficientes las medidas tradicionales como mortalidad, morbilidad y expectativa de vida, por lo que es necesario introducir una nueva medida a través de instrumentos que permitan cuantificar la calidad de vida, manteniendo siempre la mejora de la calidad de los servicios de salud.

La importancia de medir la calidad de vida, variable subjetiva, radica en la obtención de un valor cuantitativo que represente el estado de salud de un individuo y que permita abordar temas de importancia en la salud actual (Tuesca, 2005).

Existen dos tipos de instrumento para medir la calidad de vida en salud, los genéricos y los específicos. Los primeros abarcan cualquier patología y son aplicables a la población en general y a grupo de pacientes. No así los instrumentos específicos que están relacionados con una enfermedad determinada que se quiere evaluar y que contienen dimensiones específicas de la CVRS (Tuesca, 2005). Uno de ellos es el Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQOL-sf, anexo n° 2), el cual cuantifica la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal o diálisis (Instituto Municipal de Investigación Médica, 2003).

Los instrumentos de evaluación de CVRS deben combinar características que le den sustento conceptual, confiabilidad y validez (que midan lo que realmente dicen medir), pero es fundamental además que sean relevantes culturalmente, es decir que pregunten sobre las cosas que realmente le importan a las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado (Schwartzmann, 2003).

Hoy en día, considerar la calidad de vida en todas las etapas del ciclo vital, es de gran utilidad para la mejora de los servicios en salud. Cobra un sentido adicional cuando se habla de adulto mayor, ya que “en esta etapa de la vida se producen una serie de circunstancias que la hacen prioritaria y que son, entre otras, el aumento de las situaciones de dependencia en general, y el incremento de las enfermedades crónicas, en particular” (Yanguas, 2004). Tomando en consideración lo anteriormente descrito es que la calidad de vida en la vejez afecta no sólo a las personas mayores, sino también involucra a sus familias y al conjunto de la sociedad a la cual pertenece (Guzmán, 2006).

“El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo” (Botero y Pico, 2007).

4.5. Teoría de Enfermería involucrada

Según la Teoría de Enfermería del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, define “la buena vida como conseguir lo que se quiere, un enfoque que parece especialmente adecuado en el final de la vida”, esto denota la importancia que adquiere la opinión de los adultos mayores con enfermedad terminal, acerca de cómo logran el cumplimiento de sus demandas.

En esta teoría se definen las “acciones dirigidas a promover los siguientes desenlaces: ausencia de dolor, sentir bienestar, sentir dignidad y respeto, sentirse en paz y sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores” (Marriner y Raile, 2007).

La ausencia de dolor se centra en estar libre de sufrimiento o de molestias sintomáticas. Es importante que las enfermeras enfoquen parte de su atención a valorar y dar acogida a estas manifestaciones para tratar de dar solución dentro de lo que esté al alcance de forma terapéutica y/o emocional, o bien buscar las herramientas necesarias para el logro del objetivo planteado.

Cuando se habla de experiencia de bienestar se hace referencia a que es la sensación de no poseer molestia alguna, estar relajado, tranquilo y todo aquello que haga sentir la vida satisfactoria.

Al hablar de dignidad y respeto, se incorpora el principio de que cada individuo es único y se debe apreciar de forma holística contemplando todos sus aspectos biopsicosociales, con especial énfasis en el final de la vida por encontrarse muchas veces más necesitados de protección (Marriner y Raile, 2007).

Todo paciente terminal debe ser apreciado y respetado como un ser humano integral con sentimientos, ideas, pensamientos y creencias propias que lo hacen único e irreplicable.

La tranquilidad es un sentimiento de calma, armonía y satisfacción que el paciente con enfermedad terminal debe experimentar de forma constante para que su vida esté libre de angustias. Éste es un punto donde la enfermera juega un rol fundamental desde la entrega de información al paciente y su familia, la entrega de los cuidados terapéuticos de forma responsable y eficiente, hasta la compañía durante todo el proceso.

Cuando se habla de la proximidad de los allegados se hace referencia a la necesidad de conexión con otros seres humanos significativos para el paciente, que recíprocamente se preocupen de él, es así como al enfrentar la atención del adulto mayor con enfermedad renal terminal se debe valorar su entorno social y familiar para fomentar el apego y la preocupación de sus seres queridos y ayudar al paciente a reconocer sus herramientas para poder ser un aporte y jugar un rol dentro de su entorno. A la vez se debe fomentar un vínculo empático para que el paciente encuentre en la enfermera un pilar de apoyo.

4.6. Marco Empírico

Un estudio realizado por profesionales del área de la salud en el servicio de Nefrología en el complejo hospitalario de la Ciudad de Jaén, España en el año 2001, muestra interesantes resultados, involucra los adultos mayores con enfermedad renal en tratamiento con hemodiálisis durante al menos tres meses y utilizó el cuestionario de calidad de vida KDQOL-sf. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo; obteniendo las mujeres puntajes menores en todas las dimensiones. Además mostró que la calidad de vida está relacionada con depresión, deterioro cognitivo, nivel de autosuficiencia y tiempo en tratamiento de hemodiálisis (Gil, García, Foronda, Borrego, Sánchez, Pérez, Borrego, Viedma, Liébana, Ortega, Pérez, 2003).

Otro estudio realizado en el servicio de Nefrología de Hospitales de Barcelona: y la Clínica Puerta de Hieno en Madrid, donde la población en estudio incluyó ambos sexos, con edades comprendidas entre los 19 y 64 años de edad y donde también se utilizó el cuestionario de calidad de vida en pacientes con enfermedad renal KDQOL-sf, se obtuvo que la peor calidad de vida relacionada con salud que presentan las mujeres en hemodiálisis es el reflejo de las diferencias entre sexos, que también se presentan en la población general y se relacionan con la mayor prevalencia de la ansiedad y los síntomas depresivos en las mujeres (Vázquez, Valderrábano, Fort, Jofré, López, Moreno, Sanz, 2004).

La Universidad Católica Santísima Concepción en Concepción, que utilizó el cuestionario KDQOL-36, que es una versión abreviada del KDQOL-sf, con 36 ítems para la evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en diálisis, y la escala de Karnofsky, donde los pacientes incluidos fueron en su mayoría de sexo masculino y tenían una edad promedio de 54 años. Se obtuvo interesantes resultados en el cuestionario utilizado, donde los puntajes fueron considerablemente menores en pacientes con co-morbilidad asociada, diabetes o enfermedad coronaria. También se obtuvo menores puntajes en los pacientes que sólo poseían educación básica en relación a los pacientes con educación media superior. No hubo diferencias significativas en género, tiempo en diálisis, religión y estado civil (Zuñiga, Dapuzo, Müller, Kirsten, Alid y Ortiz, 2009).

En el Sur de Chile, en el año 2006, se realizó un estudio en el centro médico Dial-Sur en Osorno, con el objetivo de caracterizar a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis y describir la calidad de vida. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de antecedentes sociodemográficos y uno genérico de calidad de vida, SF-36. El universo utilizado fue la totalidad de los pacientes (22 pacientes), donde el 81,7% tiene más de 50 años de edad y de sexo femenino. En cuanto a la calidad de vida, la mayoría de los pacientes, la considera de regular a muy buena, es decir, que sólo algunas veces la enfermedad los limita en aspectos tales como la alimentación, la actividad física y social (Mera, 2006).

En Valdivia, en el año 2001 se realizó un estudio denominado “Medición de la calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis crónica en el centro médico Nefroval”. Se utilizó un cuestionario autoadministrado que consta de tres partes, instructivo que indica como completar el cuestionario, preguntas de información general de los pacientes y cuestionario genérico de salud SF-36 que mide el concepto de calidad de vida. La población final en estudio estuvo constituida por 70 personas con insuficiencia renal crónica terminal, de los cuales un 20% eran adultos mayores. Dentro de los resultados se obtuvo que en relación con la percepción de la calidad de vida, la mayor frecuencia (47,1%), la consideran regular refiriendo que la enfermedad los limita en sus actividades. Los pacientes que llevan entre seis meses a un año en diálisis perciben su calidad de vida en el rango de buena a excelente, determinando que a medida que van aumentando los años de tratamiento es menor la cantidad de pacientes que la perciben como buena (Perez, 2001).

5. OBJETIVOS

5.1. *Objetivo General*

Determinar la relación entre la calidad de vida y variables sociodemográficas de los pacientes adultos mayores que se atienden en la Unidad de Diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el periodo Agosto- Noviembre de 2010.

5.2. *Objetivos específicos*

En relación a los adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el periodo Agosto- Noviembre de 2010, se pretende:

1. Caracterizar a los pacientes en tratamiento de hemodiálisis según sus antecedentes socio-demográficos: sexo, edad, escolaridad, previsión, estado civil, procedencia, nivel socio económico, tiempo en tratamiento en hemodiálisis, tiempo de traslado desde lugar de procedencia hasta centro de diálisis, patologías concomitantes.
2. Identificar la percepción de calidad de vida según el ítem genérico de salud física y mental que cubre el cuestionario KDQOL-sf.
3. Identificar la percepción de calidad de vida según los tres ítems específicos de la enfermedad renal a través del cuestionario KDQOL-sf (Su enfermedad del riñón, Efectos de la enfermedad del riñón en su vida, Satisfacción con los cuidados recibidos)
4. Relacionar la percepción de calidad de vida global con las variables socio-demográficas cuantitativas de: edad, nivel socio económico, tiempo en tratamiento en hemodiálisis y tiempo de traslado desde lugar de procedencia hasta centro de diálisis.
5. Relacionar la percepción de calidad de vida global con las variables socio-demográficas cualitativas de: sexo, escolaridad, estado civil y procedencia.

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1. Tipo de estudio

Cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

En el paradigma cuantitativo predomina el contexto de la verificación, se utilizan técnicas de recolección de datos, con el fin de dar respuesta a las inquietudes del investigador y contribuir al conocimiento de fenómenos normas y leyes, busca los hechos y las causas de los fenómenos sociales prestando escasa atención a los estados subjetivos de las personas. El investigador controla el estudio y minimiza los sesgos para darle mayor validez (Pineda y Alvarado, 2008).

En esta investigación se desarrolló un estudio de tipo cuantitativo, pues cuantifica un evento; de diseño descriptivo, ya que se describe al individuo sociodemográficamente y se orientó a determinar cómo es la influencia en la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que se encuentran en tratamiento de diálisis, establecer asociaciones entre variables, para esto se estudió un conjunto de dimensiones que se podrían ver afectadas en ésta etapa de la enfermedad (Pineda y Alvarado, 2008). De corte transversal, ya que los datos que se recolectaron son en un tiempo delimitado único, con el propósito de describir y analizar las variables en estudio en un momento del tiempo dado, Agosto- Noviembre 2010 (Hernández, Fernández y Baptista, 2001).

6.2. Lugar de desarrollo

Esta investigación se llevó a cabo en la unidad de diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia.

6.3. Población en estudio

En el estudio se incluyeron 26 pacientes adultos mayores atendidos en la unidad de diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia que cumplieron con los criterios de inclusión, de un total de 39 pacientes adultos mayores de 65 años y más. Del total de la población tres pacientes presentaban hipoacusia severa, uno alzheimer, otro no accedió a participar, y los restantes fueron trasladados a otro centro de diálisis antes de comenzar la aplicación del instrumento.

6.4. Criterios de inclusión

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes adultos mayores de 65 años y más.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento por tres meses o más en hemodiálisis.
- Pacientes atendidos en la unidad de diálisis del HCRV.
- Que acepten y firmen el consentimiento informado.

6.5. Criterios de exclusión

Se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten participar de la investigación.
- Pacientes que no entreguen el consentimiento informado.
- Pacientes con diagnóstico insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis que registren menos de tres meses de tratamiento.
- Pacientes fallecidos durante el período Agosto- Noviembre 2010.
- Pacientes con enfermedad que lo imposibilite dar a conocer su respuesta.

6.6. Recolección de datos

La recolección de información se realizó a través de dos instrumentos, uno correspondiente a antecedentes sociodemográfico (anexo n°1) y el siguiente al cuestionario KDQOL-sf (anexo n° 2), correspondiente a un instrumento específico para cuantificar la percepción de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal, obtenido desde la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del Instituto Municipal de Investigación Médica (2003) de Barcelona, autorizado por el coordinador de dicha Unidad, Dr. Jordi Alonso Caballero. Este cuestionario está constituido por tres dimensiones específicas, su enfermedad del riñón, efectos de la enfermedad del riñón en su vida, satisfacción con los cuidados recibidos, que contiene 43 ítems para pacientes con enfermedad renal. Así como una dimensión genérica, su salud en general, que contiene 36 ítems del cuestionario SF-36,

Los 43 ítems específicos corresponden a:

- Síntomas/problemas (12 ítems)
- Efectos de la enfermedad renal en la vida diaria (8 ítems)
- Carga de la enfermedad (4 ítems)
- Situación laboral (2 ítems)
- Función cognitiva (3 ítems)
- Relaciones sociales (3 ítems)
- Función sexual (2 ítems)
- Sueño (4 ítems)
- Apoyo social (2 ítems)
- Actitud del personal de diálisis (2 ítems)
- Satisfacción del paciente (1 ítem)

Los 36 ítems genéricos corresponden a:

- La función física (10 ítems)
- Limitaciones de rol por problemas de salud físicos (4 ítems)
- Limitaciones de rol por problemas de salud emocionales (3 ítems)
- La función social (2 ítems)
- Bienestar psicológico (5 ítems)
- Dolor (2 ítems), vitalidad/cansancio (4 ítems)
- Percepción global de la salud (5 ítems)

Los valores numéricos para las respuestas a algunos de los ítems del KDQOL-SF están precodificados de tal manera que un número más alto representa una mejor percepción de salud, por lo tanto una mejor calidad de vida (afectación leve: 65-100 puntos, afectación moderada: <65->30 puntos, afectación severa: < 30 puntos). La consistencia del instrumento considera valores del alfa Cronbach superiores a 0,7 o 0,8 que son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala a utilizar.

Ambos instrumentos fueron explicados previamente a los sujetos de estudio por las investigadoras, y luego autoadministrados, en caso de dificultad para responder, debido a alguna limitación física de los adultos mayores, se les ayudó en la lectura y escritura de los cuestionarios.

6.7. Tabulación y Plan de análisis:

Una vez obtenidos los datos para el estudio se procedió a crear una base de datos en el programa Microsoft Office Excel, que luego fue analizado con el paquete estadístico SPSS. Previamente se procedió a calcular el puntaje obtenido en cada cuestionario de forma manual siguiendo la puntuación del instrumento facilitado por el coordinador Dr. Jordi Alonso Caballero del Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona España.

La descripción sociodemográfica de la población estudiada, se realizó mediante gráficos y tablas de distribución de frecuencia. A partir de los antecedentes analizados, se estudió las posibles relaciones entre datos sociodemográficos.

6.8. Descripción y operacionalización de las variables

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Género	Condición física que diferencia al sexo masculino del sexo femenino.	- Femenino - Masculino
Edad	Tiempo vivido transcurrido en años.	- 65-70 años - 71-75 años - 76-80 años - Más de 81 años
Previsión de Salud	Sistema de salud al cual pertenece el paciente.	- PRAIS - FONASA - ISAPRE - OTRA

Estado Civil	Condición civil que tiene una persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Casado - Soltero - Separado o Divorciado - Viudo - Conviviente estable
Nivel Educativo	Nivel de estudios alcanzados por una persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Básica Completa - Básica Incompleta - Media Completa - Media Incompleta - Técnica o Superior
Ingreso Promedio Mensual	Cifra de ingreso económico declarado por el paciente como recurso monetario (en pesos, \$) de uso familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de \$80.000 - Entre \$81.000 a \$150.000 - Entre \$151.000 a \$300.000 - Más de \$300.000
Procedencia	Lugar de residencia del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Rural - Urbano
Tiempo de traslado	Tiempo (en minutos) en trasladarse desde lugar de procedencia hasta centro de diálisis	<ul style="list-style-type: none"> -0-15 minutos -16-30 minutos -31 - 45 minutos -46- 60 minutos -Más de 60 minutos
Enfermedades crónicas concomitantes	Presencia o ausencia de enfermedades crónicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión Arterial - Diabetes Mellitus - Enfermedades Cardíacas - Dislipidemia - Otras
Tiempo en Hemodiálisis	Tiempo en tratamiento con hemodiálisis transcurrido en años.	<ul style="list-style-type: none"> - 3meses - 1 año - 1-2 años - 2-3 años - Más de tres años
Salud en general	Percepción que tiene el paciente sobre su estado de salud en general mediante el cuestionario de calidad de vida genérico SF-36	<ul style="list-style-type: none"> - Afectación leve - Afectación Moderada - Afectación Severa

Enfermedad del riñón y efectos de la enfermedad del riñón en su vida	Percepción que posee el paciente de cómo afecta la enfermedad del riñón en su vida diaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Afectación leve - Afectación Moderada - Afectación Severa
Calidad de Vida Global	Percepción que tiene el paciente sobre su Calidad de vida evidenciada en puntaje	<ul style="list-style-type: none"> - Afectación leve - Afectación Moderada - Afectación Severa

6.9. Rigor ético

Esta investigación fue guiada por un ideal ético basado en los cuatro principios de la bioética, que dan el sustento al que hacer profesional, más aún en la participación activa del enfermera/o en investigaciones que involucren a seres humanos, sin olvidar que sus intervenciones para mejorar la práctica de salud, deberán dirigirse en beneficio de los mismos (Poblete y Sanhueza, 2005).

Todos los adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis que cumplieron con los criterios de inclusión tuvieron igual derecho a decidir participar de la investigación (principio de Justicia).

Según el principio de Autonomía se consideró que cada ser humano es capaz de decidir por sí mismo, ya que es un ser autónomo, por lo que fue imprescindible contar con la autorización previa del sujeto para la realización de esta investigación por medio de un consentimiento informado (anexo n° 3). Estas decisiones quedaron plasmadas con la firma de éste, indicando el rechazo o la aceptación a la participación en la investigación. Los autores ratificaron que al paciente no le quedó ninguna duda en lo que consiste la investigación en la cual participó y que no será expuesto a ningún daño ni prejuicio (principio de no-maleficencia), además que esta información será privada y confidencial, protegiendo la identidad de cada uno de los participantes en el estudio.

El propósito de la investigación es instaurar mejoras en la atención a los pacientes y lograr así una mejoría en la calidad de vida de éstos (principio de beneficencia).

Se contó además con la autorización por escrito de la Unidad de Diálisis del Hospital Clínico Regional de Valdivia y del departamento de la Gestión del Cuidado de enfermería para llevar a cabo dicha investigación (anexo n°4).

Se solicitó autorización para ejecutar el proyecto de tesis al Comité de Ética del Hospital Clínico Regional de Valdivia, mediante una ficha de registro y evaluación, más una carta dirigida a la presidenta del Comité Ético-Científico del Servicio de Salud Valdivia, que fue remitida por el profesor patrocinante de la investigación (anexo n°6).

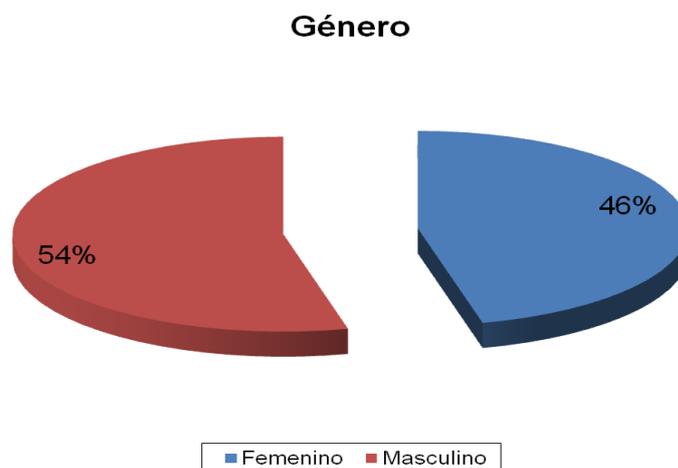
Considerando las implicancias éticas que sustentan la profesión de enfermería y el desarrollo de un trabajo de investigación, es que las autoras contemplan como fundamental

poseer un certificado de uso del cuestionario KDQOL-sf, obtenido desde la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) de Barcelona España, autorizado por el coordinador Dr. Jordi Alonso Caballero, que acredite la validez y el permiso de uso (anexo nº 5).

7. RESULTADOS.

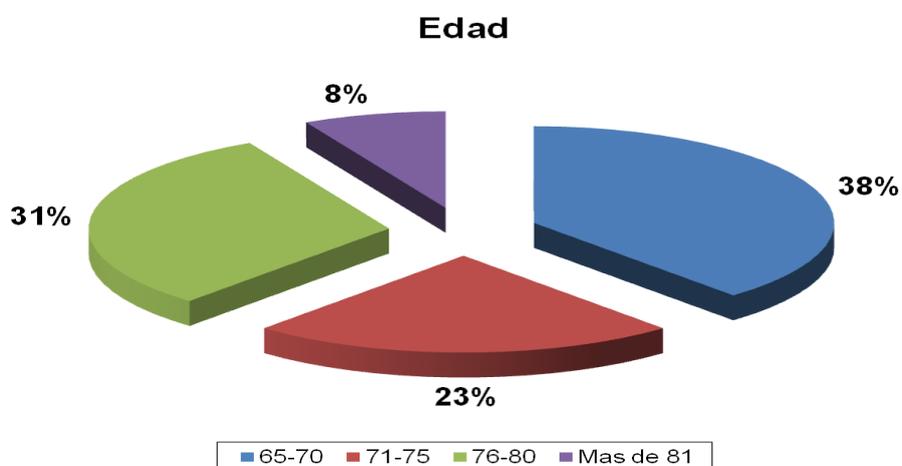
7.1. Resultados Caracterización sociodemográfica.

Grafico N° 1: Distribución porcentual de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según Género. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



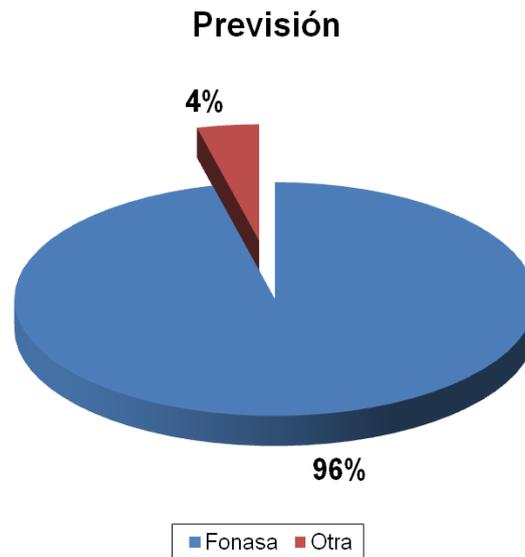
En el gráfico se aprecia una diferencia entre la cantidad de hombres y mujeres. Del total de la población el 54% corresponde al sexo masculino.

Grafico N° 2: Distribución porcentual de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según rangos de edad. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



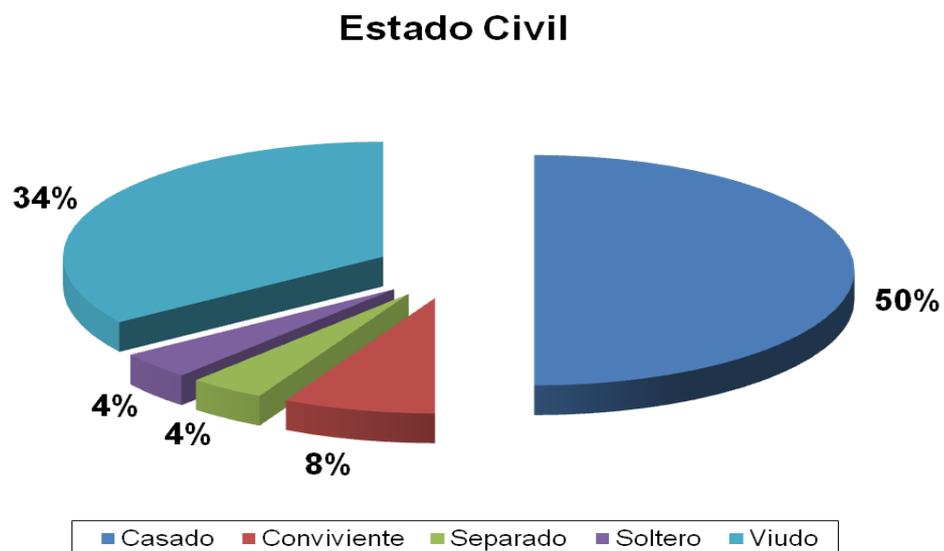
De acuerdo al gráfico, las edades que predominan son entre los 65-70 años de edad (38%) y entre los 76-80 años de edad (31%). El 8% de los pacientes tiene una edad mayor a los 80 años.

Gráfico N° 3: Distribución porcentual de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según previsión de salud HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



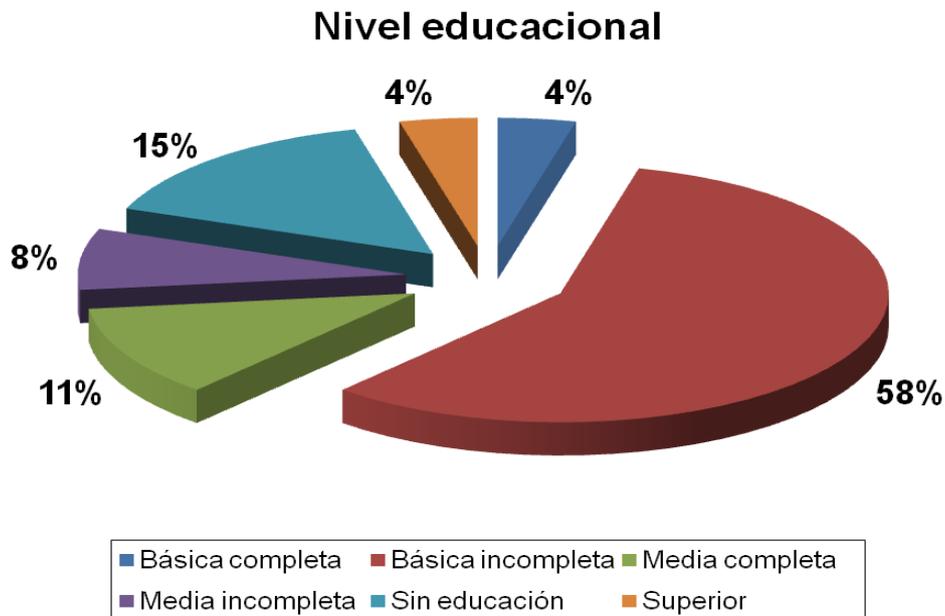
En relación a la previsión de salud, el 96% de la población se encuentra dentro del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el 4% restante corresponde a otra previsión.

Gráfico N° 4: Distribución porcentual de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según estado civil HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



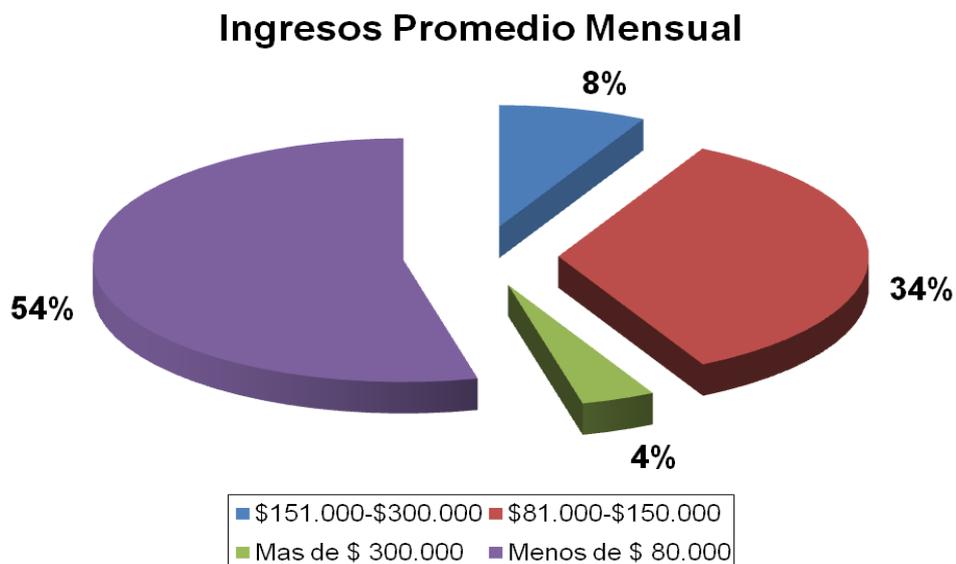
En relación al estado civil de los pacientes, la mayoría de ellos están casados, correspondiendo al 50% de la población total, seguido de un 34% que se encuentra viudo.

Gráfico N° 5: Distribución porcentual de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según nivel educacional. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



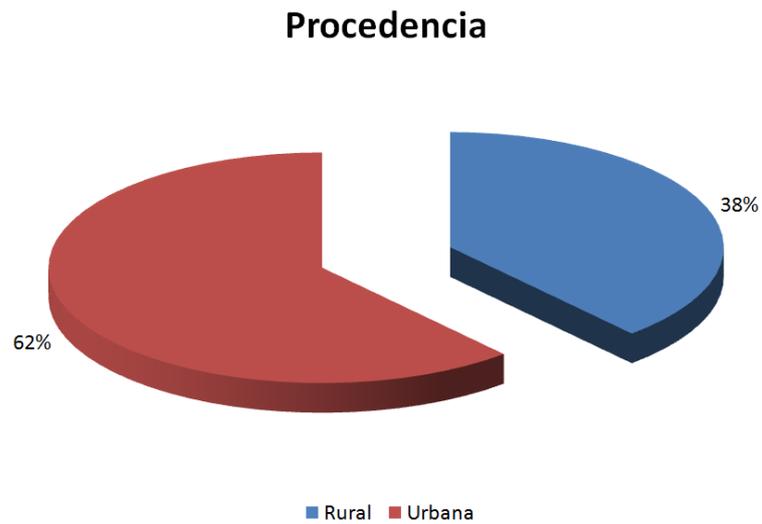
Según el gráfico, el mayor porcentaje obtiene un 58% perteneciente a nivel educacional básico incompleto. Cabe mencionar, que un 15% de la totalidad de pacientes no presenta estudios. Sólo un 4% tiene estudios superiores.

Gráfico N° 6: Distribución porcentual de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según ingreso promedio mensual. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



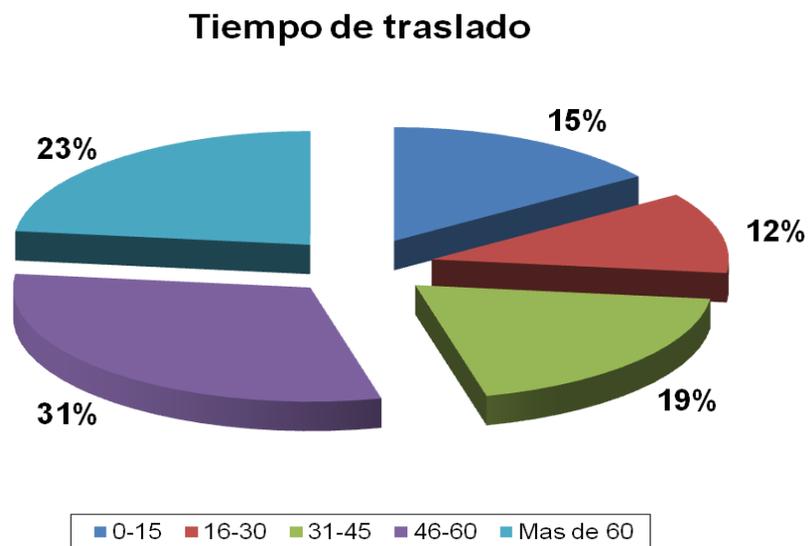
En relación al ingreso promedio mensual de los pacientes adultos mayores, la mayoría de ellos reciben un ingreso inferior a los \$80.000, correspondiendo al 54% de la población total.

Gráfico N° 7: Distribución porcentual de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según procedencia. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



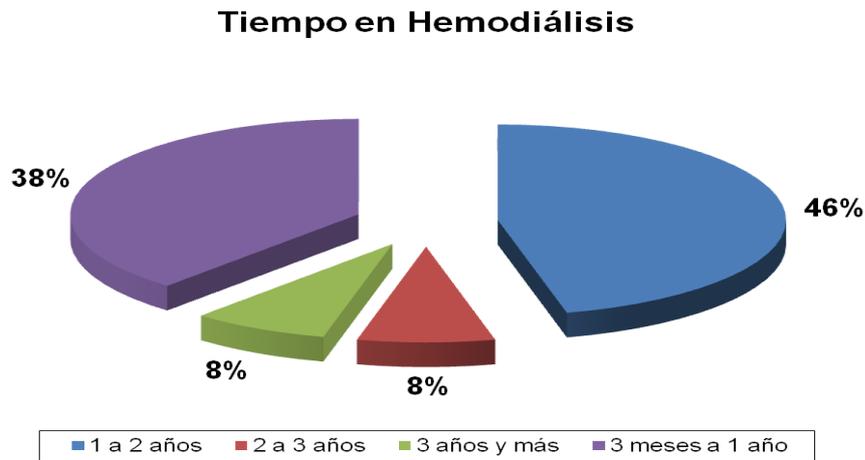
Según el gráfico, el 62% de la población total de adultos mayores son de procedencia urbana.

Gráfico N° 8: Distribución porcentual de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según tiempo de traslado en minutos hasta el centro de diálisis. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



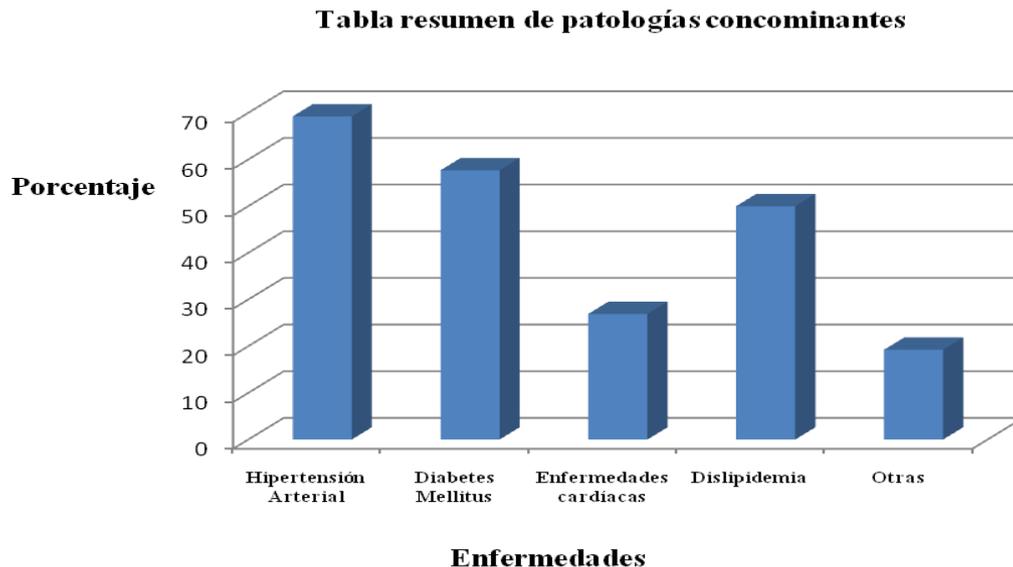
En el gráfico se aprecia que el 31% de la población encuestada demora entre 46- 60 minutos, seguido de un 23% que demora más de 60 minutos en trasladarse desde su hogar hasta el centro de salud.

Gráfico N° 9: Distribución porcentual de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según tiempo en tratamiento de hemodiálisis. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



De este gráfico destaca que el 46% de los pacientes en hemodiálisis iniciaron su tratamiento hace 1 y 2 años.

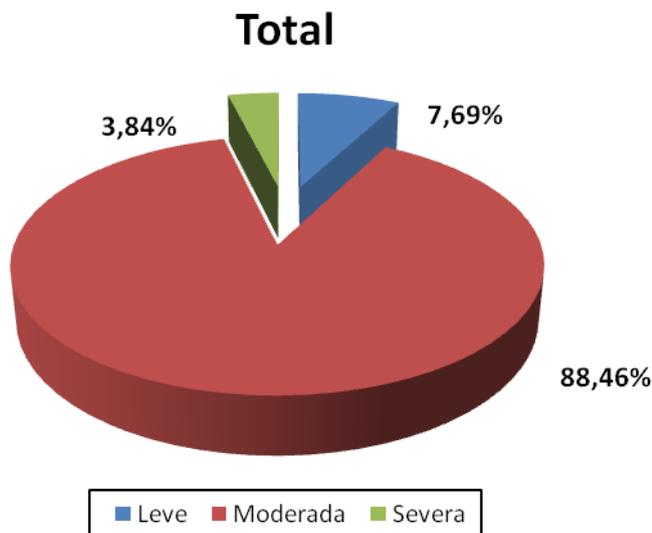
Gráfico N° 10: Distribución porcentual de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según presencia de patologías concomitantes. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



Según el gráfico, de la población total de adultos mayores un 69,23% son portadores de hipertensión arterial; un 57,69% padece diabetes mellitus; mientras que un 50% es afectado por dislipidemia.

7.2. Resultados estadísticos según el Cuestionario KDQOL-sf.

Gráfico N° 1: Distribución porcentual de los pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según nivel de afectación de su calidad de vida. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.



De acuerdo al gráfico, se aprecia que la mayoría (88,46%) de la población en estudio percibe su calidad de vida con una afectación moderada.

Tabla N° 1: Calidad de Vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según puntaje global y por dimensiones. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.

Calidad de vida	N	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Media	Moda	Desviación Estándar
Calidad de vida global	26	23,58	73,52	49,93	51,87	10,25654793
Salud en general	26	3,88	82,7	46,07	46,8	16,09631376
Su enfermedad del riñón	26	29,77	61,36	46,06	40,9	7,560354214
Efectos de la enfermedad del riñón en su vida	26	31,66	84,47	55,3	N/A	12,97480913
Satisfacción con los cuidados recibidos	26	63,88	100	90,27	100	10,86804819

En relación a la percepción de la calidad de vida global el promedio obtiene una afectación moderada, al igual que en las dimensiones de: salud en general, su enfermedad del riñón y efectos de la enfermedad del riñón en su vida. Sólo la dimensión de satisfacción con los cuidados recibidos en el centro de atención de salud obtiene una afectación leve.

Tabla N° 2: Calidad de Vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según puntaje global y edad en años. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.

Estadísticos descriptivos						
Rangos de edad en años		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
65-70	Calidad de vida global	10	23,58	73,52	48,65	13,06766
71-75	Calidad de vida global	6	35,68	58,18	48,49	8,63818
76-80	Calidad de vida global	8	41,62	65,50	51,90	8,63383
Más de 81	Calidad de vida global	2	44,91	60,56	52,73	11,06622

En cuanto a la calidad de vida global con respecto a la edad en años, se observa que el grupo etáreo que posee menor afectación es el de más de 81 años de edad. Se destaca que no existen diferencias significativas entre los otros rangos de edad.

Tabla N° 3: Calidad de Vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según puntaje global y nivel socio económico. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.

Estadísticos descriptivos						
Promedio ingreso mensual		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
\$151.000-\$300.000	Calidad de vida global	2	48,37	57,25	52,81	6,27911
\$81.000-\$150.000	Calidad de vida global	9	35,68	73,52	51,86	12,04178
Mas de \$ 300.000	Calidad de vida global	1	60,56	60,56	60,56	---
Menos de \$ 80.000	Calidad de vida global	14	23,58	60,27	47,51	9,54952

Referente a la variable promedio ingreso mensual, la mayor afectación en la calidad de vida global se aprecia en aquellos pacientes que perciben menores ingresos mensuales (menos de \$80.000), los que corresponde a la mayoría de los pacientes del estudio.

Tabla N° 4: Calidad de Vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según puntaje global y tiempo en tratamiento en hemodiálisis. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.

Estadísticos descriptivos						
Tiempo en tratamiento de hemodiálisis		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
1 a 2 años	Calidad de vida global	12	35,68	65,50	50,6233	8,44290
2 a 3 años	Calidad de vida global	2	40,06	57,92	48,9900	12,62893
3 años y más	Calidad de vida global	2	23,58	60,27	41,9250	25,94375
3 meses a 1 año	Calidad de vida global	10	38,29	73,52	50,8890	9,82260

En relación a la percepción de la calidad de vida y el tiempo en hemodiálisis de los pacientes en estudio, se puede apreciar que aquellos pacientes que llevan menor tiempo en tratamiento de hemodiálisis ven menos afectada su calidad de vida global, en contraposición con aquellos que llevan mayor tiempo en tratamiento y que por tanto la consideran más afectada.

Tabla N° 5: Calidad de Vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según puntaje global y tiempo de traslado en minutos desde lugar de procedencia hasta centro de diálisis. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.

Estadísticos descriptivos						
Tiempo de traslado en minutos		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
0-15	Calidad de vida global	4	40,06	48,37	43,8775	3,57360
16-30	Calidad de vida global	3	44,04	58,18	51,3633	7,08360
31-45	Calidad de vida global	5	38,29	60,56	50,5760	9,06844
46-60	Calidad de vida global	8	41,62	65,50	52,7550	7,28226
Mas de 60	Calidad de vida global	6	23,58	73,52	48,9467	17,70119

De acuerdo a la variable de tiempo de traslado en minutos desde lugar de procedencia hasta centro de diálisis según calidad de vida global no existe mayor significancia estadística, ya que el tiempo en minutos no es directamente proporcional a nivel de afectación de la calidad de vida global. Destaca que los pacientes que demoran entre 0-15 minutos perciben una peor calidad de vida.

Tabla N° 6: Calidad de Vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según puntaje global y sexo. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.

Estadísticos descriptivos						
Genero		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Femenino	Calidad de vida global	12	23,58	60,27	46,1317	9,40308
Masculino	Calidad de vida global	14	35,68	73,52	53,1871	10,13626

Según la variable sociodemográfica género, el sexo masculino percibe menor afectación en su calidad de vida global que el sexo femenino.

Tabla N° 7: Calidad de Vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según puntaje global y escolaridad. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.

Estadísticos descriptivos						
Nivel Educativo		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Básica completa	Calidad de vida global	1	47,93	47,93	47,9300	---
Básica incompleta	Calidad de vida global	15	35,68	57,92	48,6933	6,77989
Media completa	Calidad de vida global	3	23,58	65,50	45,8167	21,07632
Media incompleta	Calidad de vida global	2	38,29	58,18	48,2350	14,06435
Sin educación	Calidad de vida global	4	44,04	73,52	56,3475	13,40367
Superior	Calidad de vida global	1	60,56	60,56	60,5600	---

Considerando la variable nivel educacional, respecto a calidad de vida global no existe una diferencia considerable en la escolaridad del paciente encuestado. Cabe destacar que el único paciente que cuenta con estudios superiores percibe una mejor calidad de vida global, por tanto una menor afectación.

Tabla N° 8: Calidad de Vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según puntaje global y previsión. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.

Estadísticos descriptivos						
Previsión de salud		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Fonasa	Calidad de vida global	25	23,58	73,52	49,9932	10,46300
Otra	Calidad de vida global	1	48,37	48,37	48,3700	---

No se aprecia diferencia significativa en pertenecer a diferentes previsiones y calidad de vida global. Destaca que la casi la totalidad de los pacientes estudiados pertenecen a FONASA.

Tabla N° 9: Calidad de Vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según puntaje global y estado civil. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.

Estadísticos descriptivos						
Estado Civil		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Casado	Calidad de vida global	13	35,68	73,52	52,2977	10,57203
Conviviente	Calidad de vida global	2	52,70	57,92	55,3100	3,69110
Separado	Calidad de vida global	1	42,25	42,25	42,2500	---
Soltero	Calidad de vida global	1	52,02	52,02	52,0200	---
Viudo	Calidad de vida global	9	23,58	60,27	45,9378	10,82546

Los pacientes con estado civil separado y viudo son los que aprecian más afectada su calidad de vida global, por consiguiente los adultos mayores casados o convivientes perciben una mejor calidad de vida global.

Tabla N° 10: Calidad de Vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis según puntaje global y procedencia. HCRV. Agosto - Noviembre 2010.

Estadísticos descriptivos						
Procedencia		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Rural	Calidad de vida global	10	23,58	73,52	50,0570	12,44948
Urbana	Calidad de vida global	16	35,68	65,50	49,8519	9,07287

Se puede apreciar que la mayoría de los pacientes adultos mayores viven en zona urbana. Respecto a la afectación de calidad de vida global, la procedencia no es significativa.

8. DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en esta investigación arrojan que respecto al género de los pacientes, la mayoría corresponde al sexo masculino, constituyendo el 54% del total. Esto coincide con lo obtenido en otras investigaciones, por ejemplo en el estudio “Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario Kidney Disease Quality of life (KDQOL-36)” realizado en la Universidad Católica Santísima Concepción en Concepción Chile por Zuñiga y col., (2009), donde el porcentaje de sexo masculino estuvo dado por el 54,5%. Otra investigación realizada en el servicio de Nefrología en el complejo hospitalario de la Ciudad de Jaén, España en el año 2001 sobre calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis obtuvo que las mujeres superan a los hombres en cantidad con un 52,9 %. Además, una investigación realizada en la ciudad de Osorno, Chile sobre “Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis”, concuerda con el estudio anterior, predominando el sexo femenino con un 63,6%.

Respecto a la edad de los pacientes, se constató que el mayor porcentaje se obtuvo en rangos de edad entre 65-70 años de edad (38%) y entre los 76-80 años (31%).

La previsión de salud de los pacientes encuestados corresponde principalmente a FONASA (Fondo Nacional de Salud), pues el 96 % de ellos refiere pertenecer a este grupo. Dicho resultado es totalmente concordante con la realidad nacional, pues dicho sistema otorga cobertura en salud al 85% de la población total chilena que se encuentra en tratamiento de hemodiálisis (Ministerio de Salud, 2005).

En cuanto al estado civil, destaca que el 50% de la población estudiada son personas casadas, y el 34% está constituido por personas viudas. Estas cifras concuerdan con los estudios realizados en la Universidad Católica Santísima Concepción en Concepción Chile por Zuñiga y col., (2009) y en el servicio de Nefrología de los Hospitales: Gregorio Marañón, Príncipe de Asturias, Valle Hebrón en Barcelona y la Clínica Puerta de Hierro en Madrid por Vázquez y col., (2004), donde el porcentaje de los pacientes casados es un 64,3% y un 65,7% respectivamente.

Al igual que en el estudio calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis en el Centro Médico Dial-Sur en Osorno, Chile (Mera, 2006) en relación a la variable escolaridad, se puede señalar que se obtuvo el mayor porcentaje (58%), para educación básica incompleta, al igual que el estudio “Medición de la calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis crónica en el centro médico Nefroval” en donde se obtuvo un 47,1% para enseñanza básica incompleta. Es importante destacar que en este estudio, sólo el 4% tiene un nivel de estudios de enseñanza superior, lo que es contradictorio, ya que estos pacientes deben recibir constantemente una gran cantidad de información referente a su patología y cuidados que deben asumir en su hogar.

Dentro de la población estudiada se constató que en relación al ingreso promedio mensual de los pacientes adultos mayores, la mayoría de ellos reciben un ingreso inferior a los \$80.000, correspondiendo al 54% de la población total. No encontrándose referencia en los estudios anteriormente señalados.

Otra de las variables analizadas es procedencia, en donde el 62% de la población total de adultos mayores son de procedencia urbana, concordando con el estudio realizado en el servicio de Nefrología en el complejo hospitalario de la Ciudad de Jaén, España (Gil y col., 2001) que obtuvo un 52,9%, también con el estudio calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis en el Centro Médico Dial-Sur en Osorno, Chile donde se obtuvo un 59% (Mera, 2006). Finalmente concuerda con el estudio “Medición de la calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis crónica en el centro médico Nefroval” en donde se obtiene un 77% de pacientes provenientes de zona urbana (Perez, 2001).

De la población de adultos mayores estudiada, el tiempo de traslado en minutos desde el lugar de procedencia hasta el centro de diálisis del HCRV, el mayor porcentaje de pacientes demora entre 46-60 minutos en llegar a la unidad, lo que corresponde a un 31%, seguido de un 23% que demora más de 60 minutos. Esto corresponde a más de la mitad de la población en estudio. Cabe destacar que esta variable es significativa en cuanto a demanda de tiempo que el paciente dedica a su tratamiento, y el nivel de desgaste que provoca.

Respecto al tiempo en hemodiálisis del grupo en estudio, la mayoría (46%) de los pacientes lleva entre 1 y 2 años en tratamiento. Dato que coincide con el estudio realizado por Mera, en el año 2006, que obtiene un 45%.

En relación a las patologías crónicas asociadas que presenta la totalidad de la población en estudio, se puede señalar que un 69,23% son portadores de hipertensión arterial; un 57,69% padece diabetes mellitus; mientras que un 50% es afectado por dislipidemia. Cabe señalar que la mayoría de los pacientes encuestados presentan dos o más patologías asociadas a la insuficiencia renal crónica. Esto, sin duda, es relevante si se considera que mientras más patologías presente una persona, su calidad de vida podría verse más afectada.

Según el cuestionario KDQOL-sf, un 88,46% de los pacientes adultos mayores encuestados percibe su calidad de vida global con una afectación moderada, resultado semejante al estudio “Medición de la calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis crónica en el centro médico Nefroval” en donde se obtuvo un 81,4% de pacientes en hemodiálisis que perciben su calidad de vida entre buena a regular.

De las dimensiones que considera el cuestionario KDQOL-sf, la más alta puntuación obtenida fue para la dimensión de satisfacción con los cuidados recibidos en el centro de salud, con 90,27 puntos. Por el contrario, la dimensión percibida con mayor nivel de afectación fue la de su enfermedad del riñón con 46,06 puntos, situándose por debajo de la calidad de vida global (49,93 puntos).

En cuanto a la calidad de vida global con respecto a la edad en años, es posible determinar que el grupo etáreo que presenta un menor nivel de afectación en su calidad de vida son los pacientes mayores de 81 años de edad, con 52,73 puntos. La mayor frecuencia de pacientes (10) se encuentra en el rango de 65-70 años de edad y perciben su nivel de afectación con una puntuación de 48,65. Por lo tanto, los rangos de edad en los adultos mayores no son estadísticamente significativos.

EL estudio realizado en el servicio de Nefrología en el complejo hospitalario de la Ciudad de Jaén, España (Gil y col., 2001) indica que ciertos datos epidemiológicos como: edad, el lugar de procedencia no influyeron en la percepción de la calidad de vida de los encuestados, al igual que en el presente estudio. En éste destaca que no existen diferencias significativas referentes a la edad, ya que el grupo en cuestión posee una edad igual o superior a los 65 años, siendo éste rango muy estrecho. En cuanto a la procedencia tampoco se ve influida la calidad de vida por ésta, a diferencia del estudio realizado por Pérez (2001) que indica que los pacientes provenientes de Valdivia presentan una calidad de vida en un rango de buena a excelente, mientras que aquellos del área rural perciben una peor, debido al cansancio que implica los periódicos viajes, la cantidad de tiempo que emplean en ellos y el gasto económico que significa.

En relación al nivel socioeconómico, dato importante si tomamos en cuenta que este grupo no está en etapa productiva, donde el 100% de los pacientes no realiza actividad remunerada, de acuerdo al ítem situación laboral de la dimensión efectos de la enfermedad del riñón en su vida, la mayor afectación la percibe el grupo con ingresos mensuales inferiores a \$80.000, que correspondería a la pensión de vejez que reciben. Es decir, que la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que se dializan en el HCRV es directamente proporcional al ingreso con el que cuentan. Todo lo anterior concuerda con el estudio realizado en Concepción, Chile por Zuñiga y col., (2009) donde las personas con limitaciones para realizar una actividad laboral obtuvieron puntajes significativamente menores en su calidad de vida.

Con respecto al sexo de los pacientes dializados la mayoría de éstos son de género masculino, los que perciben su afectación de la calidad de vida con 53,18 puntos, a diferencia de las mujeres que son menos y perciben una mayor afectación en su calidad de vida. Resultados que concuerdan con numerosos estudios como Gil y col., (2001), donde las mujeres mostraron peores resultados en su nivel de afectación y donde se concluyó que el sexo influye de forma significativa; y en el estudio de Vásquez y col., (2004), donde la peor calidad de vida relacionada con salud la presentan las mujeres en hemodiálisis, y se concluye que es el reflejo de las diferencias entre sexos, que también se presentan en la población general y se relacionan con la mayor prevalencia de la ansiedad y los síntomas depresivos en las mujeres. La investigación de Pérez, M. (2001) se contrapone a cabalidad, ya que los pacientes femeninos perciben su calidad de vida en el rango de buena a excelente en comparación al sexo masculino donde éstos perciben una calidad de vida en el rango de regular a mala, lo que se atribuye a que la mayor parte de los encuestados de sexo masculino son jefes de hogar en edad productiva y no pueden cumplir plenamente con este rol.

La variable tiempo en tratamiento de hemodiálisis indica que aquellos pacientes que llevan menor tiempo ven menos afectada su calidad de vida global, con 50,88 puntos

para los pacientes que llevan entre 3 meses a un año en tratamiento, seguido de 50,6 puntos para los pacientes entre 1 a 2 años en diálisis. En estos dos rangos se distribuye casi la totalidad de la población en estudio. Lo que concuerda con la tesis “Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. Centro medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006”, donde un 77.3% de los pacientes que participaron en el estudio llevaban entre 1 y 2 años en tratamiento los que percibían su calidad de vida en el rango de muy bueno a regular. Así, se puede inferir que a mayor tiempo en tratamiento de hemodiálisis los pacientes perciben un deterioro en su calidad de vida, por su condición de vejez. En la tesis de Pérez (2001) se concluye que a medida que van aumentando los años en tratamiento es menor la cantidad de pacientes que perciben su calidad de vida de buena a excelente, y se atribuye a que la terapia se va haciendo cada vez más agotadora.

La variable tiempo de traslado en minutos desde el lugar de procedencia hasta el centro de diálisis, no ha sido evaluada en otros trabajos de investigación. Se consideró importante evaluar ya que la mayoría de los pacientes son trasladados en ambulancia desde y hacia sus hogares y centro de diálisis, el tiempo es extenso y el proceso agotador, sin embargo se aprecia que aquellos pacientes que demoran menos tiempo en minutos en llegar al centro de diálisis, entre 0 a 15 minutos, perciben una calidad de vida más afectada con 43,87 puntos.

Diferentes investigaciones realizadas por Pérez (2001) y Zuñiga y col., (2009) concluyen que a mayor nivel educacional es mejor la percepción de la calidad de vida. Este estudio concuerda con lo anterior, ya que los pacientes con educación superiores presentan un puntaje más elevado en el cuestionario utilizado. Sin embargo destaca que aquellos pacientes sin educación perciben una mejor calidad de vida, que los que poseen estudios incompletos. Dato que puede justificarse con el supuesto de que el nivel de información que manejan este tipo de individuos no les permite comprender la magnitud de la patología que padecen.

En el presente estudio, la variable estado civil influye en la calidad de vida percibida por los pacientes encuestados. Siendo los con estado civil separado y viudo aquellos que la aprecian más afectada, debido a que se encuentran sin su pareja o aquella persona que los ha acompañado durante su vida. Por ende, aquellos pacientes casados o que conviven perciben una mejor calidad de vida, dato que concuerda con el estudio realizado en el Centro Médico Dial-Sur en Osorno, Chile por Mera (2006), donde se afirma que la principal red de apoyo son los cónyuges.

9. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados sociodemográficos obtenidos en esta investigación, se concluye que el sexo masculino corresponde a la mayoría de la población en estudio (54%). La calidad de vida global del género masculino fue de 53,18 puntos, y del género femenino, de 46,13 puntos, de un total de 100, es decir que el sexo masculino percibe menor afectación en su calidad de vida global que el sexo femenino.

En relación a la edad, un 38% posee entre 65-70 años de edad, seguido de un 31% que posee entre 76-80 años. Referente a la calidad de vida global con respecto a la edad en años, se observa que el grupo etáreo que posee menor afectación es el de más de 81 años de edad. Se destaca que no existen diferencias significativas entre los otros rangos de edad.

La mayoría de los pacientes (96%) de la población se encuentra dentro del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el 4% restante corresponde a otra previsión. Cabe destacar que ninguno de los pacientes se encuentra afiliado a Isapre como sistema de Previsión.

En relación al Estado Civil, la mayoría de encuestados están casados, correspondiendo al 50% de la población total, los cuales perciben su calidad de vida con un menor nivel de afectación que aquellos que se encuentran separados o viudos (34%). En la Teoría de Enfermería del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, se hace referencia a la necesidad de conexión con otros seres humanos significativos para el paciente, que recíprocamente se preocupen de él, lo que queda de manifiesto a través de la mejor percepción de la calidad de vida de los pacientes casados y convivientes.

En relación al Nivel Educativo, un 58% posee un nivel educativo básico incompleto. Cabe mencionar, que un 15% de la totalidad de pacientes no presenta estudios y que sólo un 4% tiene estudios superiores. Este último en relación a la calidad de vida global percibe una menor afectación.

Respecto al ingreso promedio mensual, la mayoría de ellos recibe un ingreso inferior a los \$80.000, correspondiendo al 54% de la población total. La mayor afectación en la calidad de vida global se aprecia en aquellos pacientes que perciben menores ingresos mensuales, lo que disminuye la posibilidad de acceder a mejores dietas acordes a su enfermedad, y por ende a menor autocuidado.

La procedencia de los pacientes es en su mayoría urbana (62%), no siendo significativa en el nivel de afectación de su calidad de vida. De la totalidad de los pacientes el 54% demora más de 46 minutos en trasladarse desde su hogar hasta el centro de atención de salud. El tiempo de traslado en minutos según calidad de vida global indica no existir mayor significancia estadística, ya que el tiempo en minutos no es directamente proporcional a nivel de afectación de la calidad de vida global.

Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis un 46% de los pacientes llevan en tratamiento entre 1 y 2 años.

La percepción de la calidad de vida en relación al tiempo en tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio, indica que aquellos pacientes que llevan menor tiempo en tratamiento ven menos afectada su calidad de vida global, en contraposición con aquellos que llevan mayor tiempo en tratamiento y que por tanto la consideran más afectada. Tomando en cuenta que el tratamiento de hemodiálisis va acompañado de restricciones en la dieta y en la ingesta de líquidos, de un desgaste en las actividades cotidianas, de disminución en el tiempo libre, y redes sociales, de deterioro físico propio de la edad, lo que perjudica gradualmente la calidad de vida. Por tanto, a mayor tiempo en tratamiento, mayor nivel de afectación.

En relación a la presencia de patologías concomitantes, la gran mayoría de la población en estudio posee más de dos patologías asociadas a la enfermedad renal crónica, dato concordante con la realidad nacional donde las etiologías más frecuentes relacionadas a la aparición de la insuficiencia renal son, en primer lugar, la diabetes mellitus I y II, luego la hipertensión arterial, la glomerulonefritis crónica.

Respecto a la calidad de vida, el puntaje global obtenido es de 49,93 puntos de un óptimo de 100. Las dimensiones salud en general y su enfermedad del riñón resultaron ser las más afectadas, con 46,07 y 46,06 puntos respectivamente, lo que demuestra el fuerte impacto que provoca la enfermedad renal en el paciente. La dimensión donde se aprecia una mejor calidad de vida es satisfacción de los cuidados recibidos en el centro de diálisis, lo que denota la importancia de brindar cercanía y proximidad a través de los cuidados otorgados a los pacientes, lo que se expone en la teoría de Enfermería del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore.

De la población total el 88,46% presenta una afectación moderada, el 7,69 % afectación leve y el 3,84 % afectación severa.

PROYECCIONES DEL TRABAJO PARA ENFERMERÍA Y LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

La enfermería es la ciencia del cuidado del ser humano. Cuando se habla de “cuidar” no tan sólo se refiere a esta acción en el individuo enfermo, sino también hoy el cuidar, en esta profesión, abarca el trabajar en la promoción y prevención de situaciones que puedan afectar la salud del individuo. Es así como se han definido 4 áreas del rol de enfermería: la asistencial, educacional, administrativa y de investigación; con el fin de poder ejercer la profesión de forma global, sin dejar escapar ningún aspecto en la atención y así poder mejorar las intervenciones en salud.

Una de éstas áreas es la investigación, la cual se vuelve fundamental cuando se quiere conocer la realidad en torno a un tema de salud, conocer la incidencia de factores de riesgo en la población, así como antecedentes de morbimortalidad, sobre efectividad de nuevas técnicas de atención y evaluar las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, dentro de muchas otras.

El poder guiar el actuar mediante el conocimiento de lo que realmente percibe el paciente, es un pilar fundamental a la hora de atender a alguien y brindarle una atención de calidad.

Es así como el poder medir la calidad de vida a través de una investigación en determinados grupos de individuos, entrega valores concretos de cómo perciben la atención estos pacientes, lo que se traduce en cual es la calidad y efectividad de las intervenciones de enfermería desde la perspectiva del usuario.

Si a esto se le suma el cambio demográfico existente en el mundo y en el país, es de gran relevancia poder conocer qué pasa con la población adulta mayor, ya que su opinión es vital para mejorar la calidad de la atención brindada en los servicios de salud, más aún cuando estos adultos mayores se encuentran bajo manejo terapéutico invasivo y demandante, como lo es la hemodiálisis.

Para ello se hace necesario que la unidad de diálisis del Hospital Clínico Regional de Valdivia permita abrir las fronteras hacia nuevas visiones, pudiendo incorporar las herramientas que los futuros profesionales identifiquen a través de la investigación realizada.

Estos datos no tan sólo servirán para poder evaluar la satisfacción de la atención, sino también para formular nuevos programas de intervención, gestionar la participación de otros profesionales en los planes de atención y políticas públicas, para brindar una atención multidisciplinaria y también poder identificar las falencias del personal sanitario, lo que permitirá incorporar capacitaciones adecuadas al personal, ya sea profesional o técnico.

Finalmente los resultados de esta investigación proporcionarán un parámetro de comparación para futuras investigaciones y evaluaciones dentro de la unidad y poder determinar si las nuevas planificaciones adoptadas han sido certeras o se necesita de nuevas acciones para mejorar la atención.

Todo esto en pro de instaurar mejoras concretas, buscando siempre poder brindar la mejor atención a los pacientes y colaborar en una real evolución positiva en la calidad de vida de éstos.

10. BIBLIOGRAFÍA

Andreu, L. y Force, E. (2001). *500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal*. Editorial Masson. Capítulo 4, página 55.

Arechabala, M., Palma, E. y Catoni, M. (2001). Revista de Enfermería: Apoyo social percibido por un grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis crónica. Extraído el 30 de agosto de 2010 desde <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5202-apoyo.htm>

Borroto, G., Almeida, J., Lorenzo, A., Alfonso, F., Guerrero, C. (2007). Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamiento de hemodiálisis o trasplante renal. *Revista Cubana de Medicina* 46 (3).

Botella, J. (2002). *Manual de Nefrología Clínica*. Editorial Masson. Capitulo 26, Página 255.

Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, Vol 12, pp. 11 – 24. Extraído el 10 de mayo de 2010 desde http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf

Brunner y Suddarth. (2005). *Manual de enfermería medico quirúrgica*. 10° ed. México: McGraw-Hill Interamericana. pp 1378,1460-1464.

Catoni, S. y Palma, E. (2000). Aprendiendo a vivir con hemodiálisis. *Manual de autocuidado para el paciente en hemodiálisis*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Extraído el 20 de abril de 2010 desde <http://www.senferdialt.cl/pdf/aprendiendo-a-vivir.pdf>

Daugirdas, J., Blake, P. e Ing, T. (2003). *Manual de Diálisis*. 2° ed. Barcelona, España: Masson.

Erickson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.

Forttes, P. y Massad, C. (2009). *Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. 1st Edición. Santiago: Maval.

Gil, M., García, M., Foronda, J., Borrego, J., Sánchez, M., Pérez, P., Borrego, J., Viedma, G., Liébana, A., Ortega, S., Pérez, V. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Revista de Nefrología* v.23 n 6.

Gómez, M. y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid. Extraído el 10 de mayo de 2010 desde <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

Guzmán, J. (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. CELADE. Extraído el 10 de mayo de 2010 desde http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/28240/W113_1.pdf

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2001). Metodología de la investigación. Segunda edición. México: McGraw-Hill.

Inforenal (2006). Soporte y recursos para pacientes con enfermedad renal. Catéteres para hemodiálisis. Extraído el 30 de septiembre de 2010 desde http://mexico.renalinfo.com/treatment/end_stage_kidney_failure/haemodialysis/haemodialysis_catheters.html

Instituto municipal de investigación médica. (2003). Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Barcelona., Extraído el 14 de marzo de 2010 desde <http://bibliopro.imim.es/new-ficha.asp?id=163>

Kidney and Urologic Diseases (2009). Insuficiencia renal: Coma bien para sentirse bien durante el tratamiento de hemodiálisis. Extraído el 15 de mayo de 2010 desde <http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/eatright/index.htm>

Marín, P. y Gac, H. (2006). Manual de Geriátría y Gerontología. 3rd Edición. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. 6° ed. España: Elsevier de España.

Martcorena, A. (2006). Diario de diálisis: Algunas respuestas sobre la diálisis. Extraído el 30 de agosto de 2010 desde <http://diariododialisis.wordpress.com/2006/09/26/despejando-dudas/>

Mera, M. (2006). Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno, Chile 2006. Tesis para optar al grado de Lic. En Enfermería. Valdivia, UACH, Facultad de Medicina.

Ministerio de Planificación. Gobierno de Chile. (2006). Encuesta de caracterización Socioeconómica. Extraído el 15 de abril de 2010 desde http://www.mideplan.cl/casen/publicaciones/2006/Resultados_Adulto_Mayor_Casen_2006.pdf

Ministerio de Salud (2005). *Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal*. 1st Edición. Santiago: Minsal.

Morales, H. y Torrejón, M. (2003). Censo 2002. Síntesis de Resultados. Instituto Nacional de Estadísticas. Extraído el 10 de abril de 2010 desde <http://www.ine.cl>

Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra Extraído el 6 de mayo de 2010 desde http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento Activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2),74-105.

Organización Mundial de la Salud (2006). II encuesta de calidad de vida y salud Chile Extraído el 22 de marzo del 2010 desde <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>

Perez, M. (2001). Medición de la calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis crónica. Centro Médico Nefroval. Valdivia, Chile 2000. Tesis para optar al grado de Lic. En Enfermería. Valdivia, UACH, Facultad de Medicina.

Pineda, E. y Alvarado, E. (2008). Metodología de la investigación. 3° ed: Organización Panamericana de la Salud.

Poblete, M. y Sanhueza, O. (2005). Principios bioéticos para la práctica de investigación de enfermería. *Revista de Enfermería*, 13(3), 161-165.

Reyes, A., Lange, I., Zabala, M. y Arechavala, C. (2000). Formación e investigación en Enfermería gerontogeriatrica en Chile. Boletín de la escuela de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol 29, No 1-2. Extraído el 15 de abril de 2010 desde <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/FormacionInvest.html>

Saá, N. (2006). Lenguaje y envejecimiento. Pontífice Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina. Extraído el 10 de abril del 2010, desde <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2006/lenguaje.pdf>

Sarrias, X., Bardón, E. y Vila, M. (2008). *El paciente en pre-diálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica*. Nefrología: publicación oficial de la Sociedad Española de Nefrología, ISSN 0211-6995, Vol. 28, N°. Extra 3.

Schkolnik, M. (2007). Adulto Mayor en Chile, enfoque estadístico. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas. Extraído el 12 de abril de 2010 desde http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería* v.9 n.2.

Segura, R. y Gutiérrez, J. (2005). Guía de acceso vascular en hemodiálisis. *Revista de Angiología*, 57 (2), 117-118.

Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Salud Uninorte, 21, 76-86.

Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López, J., Moreno, F., Sanz, D. (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento de hemodiálisis. *Revista de Nefrología* v.24 n.2.

Yanguas, J. (2004). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Extraído el 10 de mayo de 2010 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>

Zuñiga, C., Dapuerto, J., Müller, H., Kirsten, L., Alid, R. y Ortiz, L. (2009). Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario KDQOL-36. *Revista Médica de Chile* 137:200-207.

11. ANEXOS

Anexo n° 1

Cuestionario Sociodemográfico

FECHA:...../...../.....

Encuesta N°

Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una X o el número en el espacio que corresponda a la situación.

VARIABLES DEMOGRAFICAS	CATEGORIA
Sexo	Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>
Edad	65-70 años <input type="checkbox"/> 71-75 años <input type="checkbox"/> 76-80 años <input type="checkbox"/> Más de 81 años <input type="checkbox"/>
Previsión de Salud	Prais <input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> Isapre <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
Estado Civil	Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
Nivel educacional	Básica Completa <input type="checkbox"/> Básica Incompleta <input type="checkbox"/> Media Completa <input type="checkbox"/> Media Incompleta <input type="checkbox"/> Técnica o Superior <input type="checkbox"/> Sin educación <input type="checkbox"/>
Ingreso Promedio Mensual	Menos de \$80.000. <input type="checkbox"/> Entre \$81.000 a \$150.000 <input type="checkbox"/> Entre \$151.000 a \$300.000 <input type="checkbox"/> Más de \$300.000 <input type="checkbox"/>
Procedencia	Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>
Tiempo en traslado desde lugar de procedencia hasta centro de diálisis	0-15 minutos <input type="checkbox"/> 16-30 minutos <input type="checkbox"/> 31- 45 minutos <input type="checkbox"/> 46-60 minutos <input type="checkbox"/> Más de 60 <input type="checkbox"/>

<p>Enfermedades concomitantes.</p>	<p>Crónicas</p> <p>Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedades Cardíacas <input type="checkbox"/></p> <p>Dislipidemias <input type="checkbox"/></p> <p>Otras <input type="checkbox"/></p>
<p>Tiempo en tratamiento de Hemodiálisis</p>	<p>3 meses-1 año <input type="checkbox"/></p> <p>1-2 años <input type="checkbox"/></p> <p>2-3 años <input type="checkbox"/></p> <p>Más de 3 años <input type="checkbox"/></p>

Anexo n° 2

Cuestionario KDQOL-SF

FECHA:...../...../.....

Encuesta N°

SU SALUD

1. En general, usted diría que su salud es: (Marque una sola casilla por pregunta)

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
-----------	-----------	-------	---------	------

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año? (Marque una sola casilla por pregunta)

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
---	--	---	---------------------------------------	--

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

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores			
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.			
c. Coger o llevar la bolsa de la compra			
d. Subir varios pisos por la escalera			
e. Subir un solo piso por la escalera			
f. Agacharse o arrodillarse.			
g. Caminar un kilómetro o más.			
h. Caminar varias manzanas.			
i. Caminar una sola manzana.			
j. Bañarse o vestirse por sí mismo.			

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? (Marque una sola casilla por pregunta)

No	Sí
----	----

a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?		

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

No	Sí
----	----

a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?		
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?		
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?		

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (Marque una sola casilla por pregunta)

Nada	Mucho	Bastante	Regular	Un poco
------	-------	----------	---------	---------

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (Marque una sola casilla por pregunta)

No, ninguno	Sí, mucho	Sí, moderado	Sí un poco	Sí, muy poco	Sí, muchísimo
-------------	-----------	--------------	------------	--------------	---------------

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (Marque una sola casilla por pregunta)

Nada	Mucho	Bastante	Regular	Un poco
------	-------	----------	---------	---------

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo... (Marque una sola casilla por pregunta)

Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
---------	--------------	--------------	---------------	-----------------	-------

a. se sintió lleno de vitalidad?						
b. estuvo muy nervioso?						
c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle						
d. se sintió calmado y tranquilo?						
e. tuvo mucha energía?						
f. se sintió desanimado y triste?						
g. se sintió agotado?						
h. se sintió feliz?						
i. se sintió cansado?						

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (Marque una sola casilla por pregunta)

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
---------	--------------	---------------	-----------------	-------

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases. (Marque una sola casilla por pregunta)

Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
-------------------	-----------------	----------	----------------	------------------

a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
b. Estoy tan sano como cualquiera					
c. Creo que mi salud va a empeorar					
d. Mi salud es excelente					

SU ENFERMEDAD DEL RIÑÓN

12. ¿En qué medida considera CIERTAS o FALSAS en su caso cada una de las siguientes afirmaciones? (Marque una sola casilla por pregunta)

Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
-------------------	-----------------	----------	----------------	------------------

a. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida					
b. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo					
c. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón					
d. Me siento una carga para la familia					

13. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. Dé a cada pregunta la respuesta que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo... (Marque una sola casilla por pregunta)

Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
---------	--------------	--------------	---------------	-----------------	-------

a. se aisló, o se apartó de la gente que le rodeaba?						
b. reaccionó lentamente a las cosas que se decían o hacían?						
c. estuvo irritable con los que le rodeaban?						
d. tuvo dificultades para concentrarse o pensar?						
e. se llevó bien con los demás?						
f. se sintió desorientado?						

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?
(Marque una sola casilla por pregunta)

Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------	-------	-----------

a. ¿Dolores musculares?					
b. ¿Dolor en el pecho?					
c. ¿Calambres?					
d. ¿Picores en la piel?					
e. ¿Sequedad de piel?					
f. ¿Falta de aire?					
g. ¿Desmayos o mareo?					
h. ¿Falta de apetito?					
i. ¿Agotado/a, sin fuerzas?					

j. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?					
k. ¿Náuseas o molestias del estómago?					
l. Sólo para pacientes en hemodiálisis:					
¿Problemas con la fístula?					
m. Sólo para pacientes en diálisis peritoneal:					
¿Problemas con el catéter?					

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

15. Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas? (Marque una sola casilla por pregunta)

Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------	-------	-----------

a. ¿Limitación de líquidos?					
b. ¿Limitaciones de dieta?					
c. ¿Su capacidad para trabajar en casa?					
d. ¿Su capacidad para viajar?					
e. ¿Depender de médicos y otro personal sanitario?					
f. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad de riñón?					
g. ¿Su vida sexual?					
h. ¿Su aspecto físico?					

Las dos siguientes preguntas son personales y se refieren a su vida sexual. Sus respuestas son importantes para comprender los efectos de la enfermedad del riñón en la vida de las personas.

16. ¿Hasta qué punto supusieron un problema cada una de las siguientes cosas, durante las 4 últimas semanas? (Marque una sola casilla por pregunta)

Ningún problema	Muy poco problema	Algún problema	Mucho problema	Muchísimo problema
-----------------	-------------------	----------------	----------------	--------------------

a. Disfrutar de su actividad sexual					
b. Excitarse sexualmente					

En la siguiente pregunta valore cómo duerme usted en una escala que va de 0 a 10, por favor. El 0 representa que duerme “Muy mal” y el 10 representa que duerme “Muy bien.”

Si cree que usted duerme justo entre “Muy mal” y “Muy bien,” rodee con un círculo el número 5, por favor. Si cree que duerme un poco mejor que el nivel 5, rodee el número 6. Si cree que duerme un poco peor, rodee el 4 (y así sucesivamente).

17. En una escala que va de 0 a 10, valore cómo duerme usted en general. (Marque una sola casilla por pregunta)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy mal					Muy bien				

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo... (Marque una sola casilla por pregunta)

	Nunca	Sólo alguna vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
a. ¿Se despertó por la noche y le costó volverse a dormir?						
b. ¿Durmió todo lo que necesitaba?						
c. ¿Le costó mantenerse despierto durante el día?						

19. En relación con su familia y sus amigos, valore su nivel de satisfacción con... (Marque una sola casilla por pregunta)

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Bastante Satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	---------------------	----------------

a. El tiempo que tiene para estar con su familia y sus amigos				
b. El apoyo que le dan su familia y sus amigos				

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿realizó un trabajo remunerado? (Marque una sola casilla por pregunta)

Si	No
----	----

21. ¿Su salud le ha impedido realizar un trabajo remunerado? (Marque una sola casilla por pregunta)

Si	No
----	----

22. En general, ¿cómo diría que es su salud? (Marque una sola casilla por pregunta)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La peor salud posible				A medias entre la	Mejor y la peor salud				La mejor salud posible

SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS RECIBIDOS

23. Piense en la atención que recibe en la diálisis. Valore, según su grado de satisfacción, la amabilidad y el interés que muestran hacia usted como persona. (Marque una sola casilla por pregunta)

Muy malos	Malos	Regulares	Buenos	Muy buenos	Los mejores	Excelentes

24. ¿En qué medida considera CIERTAS o FALSAS en su caso cada una de las siguientes afirmaciones? (Marque una sola casilla por pregunta)

	Totalmente cierta	Cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. El personal de diálisis me anima a ser todo lo independiente posible					
b. El personal de diálisis me apoya para hacer frente a mi enfermedad del riñón					

Muchas gracias por su colaboración

Anexo n° 3



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: "Calidad de vida en pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis, Unidad de Diálisis Hospital Clínico Regional Valdivia, Chile, agosto - octubre de 2010"

Investigadores Responsables:

Ingrid Rojel Miranda

Fono: 09-71911984; e – mail: chicawale@hotmail.com

Daniela Rosas Disselkoen

Fono: 09-87063683; e – mail: dannyrosas_@hotmail.com

Profesor patrocinante: Elizabeth Flores González

Edificio Ciencias del Cuidado en Salud, 3° piso. Universidad Austral de Chile

Fono: (63) 221132 – Fax: (63) 213352; e – mail: idaflores@uach.cl

Se me ha informado que se está ejecutando un estudio cuyo objetivo es determinar la calidad de vida relacionada con la hemodiálisis en pacientes adultos mayores que se encuentran en tratamiento en la unidad de diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el periodo agosto octubre de 2010. Se me ha explicado que el propósito de este trabajo es instaurar mejoras en la atención a los pacientes y lograr así una mejoría en la calidad de vida de éstos.

Dado que cumplo con las características y requisitos de incorporación al estudio, se me ha solicitado aprobación y consentimiento para participar.

Mi participación consistirá en responder una Encuesta Sociodemográfica y el Cuestionario KDQOL-SF, correspondiente a un instrumento específico para cuantificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal, obtenido desde la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del Instituto Municipal de Investigación Médica (2003) de Barcelona, autorizado por el coordinador Dr. Jordi Alonso Caballero. Los cuales

serán autoadministrados, en caso de dificultad para responder los cuestionarios serán aplicados por las investigadoras en un tiempo estimado de 20 a 30 minutos en la unidad de diálisis del Hospital Clínico Regional de Valdivia mientras reciben su tratamiento.

Se me ha explicado que la incorporación al estudio no implica riesgos ni costos y que mi participación, es absolutamente libre y voluntaria. De manera que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones, sin derivar esto en ninguna sanción ni menos aún, provocar un menoscabo en la atención que recibo o que necesite a futuro.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información obtenida de datos y resultados de las evaluaciones será manejada con reserva y sólo para los fines de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar al investigador responsable cuyo teléfono y dirección se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, _____ he sido informada(o)
(Nombre del entrevistado)

por la Srta. _____ respecto al estudio
(Nombre de la persona que aplica el consentimiento)

quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar No Aceptar , mi participación en el estudio.

Firma del entrevistado

Firma persona que aplica el consentimiento

Valdivia, _____ del 2010

Anexo n°4

4.1. AUTORIZACIÓN ENFERMERA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA



Universidad Austral de Chile
Instituto de Enfermería

De: Ingrid Rojel Miranda, Daniela Rosas Disselkoen, alumnas de Enfermería UACH.
Elizabeth Flores González, Enfermera Patrocinante de tesis.

A: Sra. Cecilia Rosas. Enfermera Jefe Departamento Gestión del Cuidado de Enfermería.
c/c: Srta. Malbina Fuentes. Enfermera Jefe Unidad de Diálisis Hospital Clínico Regional Valdivia.

Junto con saludarle, queremos informarle que somos alumnas de quinto año de la Carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, y hemos diseñado un Proyecto de Tesis titulado "Calidad de vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis, Unidad de Diálisis Hospital Clínico Regional Valdivia, Chile, agosto - octubre de 2010".

Para llevar a cabo este estudio, nos hemos coordinado con la Enfermera jefe de la Unidad para tener acceso y realizar esta investigación, a través de cuestionarios y entrevistas a los pacientes adultos mayores que están en tratamiento de hemodiálisis.

Es por ello que solicitamos a Ud. su autorización para llevar a cabo dicha investigación y así poder ejecutar nuestro proyecto de tesis, que forma parte de los requisitos para optar al grado de Licenciadas en Enfermería

Sin otro particular, agradeciendo desde ya su comprensión y colaboración. Le saludan atentamente.

Elizabeth Flores González

Ingrid Rojel Miranda

Cecilia Rosas

Daniela Rosas Disselkoen

Valdivia, 21/09/ del 2010.

4.2. AUTORIZACIÓN ENFERMERA JEFE DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA



Universidad Austral de Chile
Instituto de Enfermería

Valdivia, 02 de Septiembre del 2010.

De: Ingrid Rojel Miranda, Daniela Rosas Disselkoen, alumnas de Enfermería UACH.
Elizabeth Flores González, Enfermera Patrocinante de tesis.

A: Sra. Cecilia Rosas, Enfermera Jefe Departamento Gestión del Cuidado de Enfermería.
c/c: Srta. Malbina Fuentes, Enfermera Jefe Unidad de Diálisis Hospital Clínico Regional Valdivia.

Junto con saludarle, queremos informarle que somos alumnas de quinto año de la Carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, y hemos diseñado un Proyecto de Tesis titulado "Calidad de vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis, Unidad de Diálisis Hospital Clínico Regional Valdivia, Chile, agosto - octubre de 2010", cuyo objetivo es determinar la calidad de vida relacionada con la hemodiálisis, en pacientes adultos mayores que se atienden en la Unidad de Diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el periodo agosto octubre de 2010.

Para llevar a cabo este estudio, nos hemos coordinado con la Enfermera jefe de la Unidad para tener acceso y realizar esta investigación, a través de cuestionarios y entrevistas a los pacientes adultos mayores que están en tratamiento de hemodiálisis.

Es por ello que solicitamos a Ud. su autorización para llevar a cabo dicha investigación y así poder ejecutar nuestro proyecto de tesis, que forma parte de los requisitos para optar al grado de Licenciadas en Enfermería

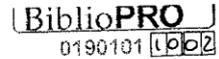
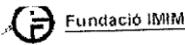
Sin otro particular, agradeciendo desde ya su comprensión y colaboración. Le saludan atentamente.

Elizabeth Flores González

Ingrid Rojel Miranda

Daniela Rosas Disselkoen

Anexo n°5



PERMISO DE USO DE CUESTIONARIO

SOLICITO EL PERMISO DE USO DEL CUESTIONARIO: KDQOL-SF

PARA EL ESTUDIO TITULADO: "Calidad de vida en pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodialis, HCRV, Chile 2010" (rellenar nombre del Estudio)

NOMBRE DE LA ENTIDAD TITULAR DEL ESTUDIO: Unidad de diálisis HCRV.

Rellenar la casilla que corresponda.

• ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO (CESIÓN GRATUITA)

La cesión de la versión española del cuestionario es gratuita para todos aquellos investigadores pertenecientes a entidades sin ánimo de lucro que vayan a llevar a cabo un proyecto con financiación pública.

• ENTIDADES CON ÁNIMO DE LUCRO (CESIÓN SUJETA A VALORACIÓN)

La cesión de la versión española del cuestionario está sujeta a estudio, según los acuerdos establecidos con los autores originales para todos aquellos estudios promovidos o financiados mayoritariamente por entidades con ánimo de lucro.

Por favor envíe este formulario debidamente cumplimentado a la dirección que se indica más abajo.
Responderemos a su solicitud en la mayor brevedad posible.

POR FAVOR enviar 2 copias originales completadas a: **BiblioPRO** (Cesión de Cuestionarios),

CONDICIONES DE CESIÓN

1. El cuestionario sólo puede utilizarse para el uso declarado, y no para ninguna otra finalidad o investigación sin permiso específico.
2. Cualquier publicación o uso del cuestionario debe indicar que la versión española del instrumento ha sido obtenida a través de BiblioPRO (<http://bibliopro.imim.es>)
3. Deberá indicarse de manera clara en cualquier publicación o investigación que el copyright pertenece a RAND y la Universidad de Arizona y que el cuestionario ha sido conseguido a través de BiblioPRO (<http://bibliopro.imim.es>)
4. Con el objetivo de evaluar las características métricas del cuestionario, los solicitantes se comprometen a ceder al autor de la versión para España los siguientes datos del estudio en el que utilicen dicho cuestionario: los ítems del cuestionario, datos sociodemográficos (el género, la edad y la clasificación socioeconómica si se ha recogido), la enfermedad principal y el nivel de gravedad de la misma y la existencia de otras enfermedades concomitantes o comorbilidad. Como queda expresado más arriba, esta información será utilizada solamente con la finalidad de evaluar las características psicométricas del cuestionario.
5. El (los) abajo firmante(s) se compromete(n) a respetar TODAS Y CADA UNA de las condiciones de cesión del permiso de la versión española del cuestionario KDQOL-SF mencionadas en el presente acuerdo.
(rellenar nombre del cuestionario)
6. El (los) abajo firmante(s) declara(n) que este estudio:
(marcar la casilla que aplica)
 - No forma parte de un estudio privado con ánimo de lucro.
 - Sí forma parte de un estudio privado con ánimo de lucro.

Por la Fundación IMIM, en nombre del propietario intelectual.

Dr. Jordi Alonso Caballero
Coordinador

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
Instituto Municipal de Investigación
Médica (IMIMI)

Fecha hoy: 28-ABRIL-2010

Firmado: 

Solicitante: Daniela Rojas D

DNI / NIE: 16.048.927-1

Cargo: Estudiante Enfermería

Institución: Universidad Austral Chile

Fecha hoy: 27-04-2010

Firmado: 

POR FAVOR enviar 2 copias originales completadas a: BiblioPRO (Cesión de Cuestionarios),

Anexo n°6


GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Comité Ética de Investigación

ORD.: N° 196

ANT.: Carta 02.09.2010

MAT.: Informa

Valdivia, 30, Septiembre, 2010

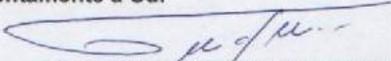
DE: PRESIDENTE COMITÉ ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
Dra. Ginette Grandjean Obando

A: INVESTIGADORES RESPONSABLES
- Ingrid Rojel
- Daniela Rosas
Estudiantes de Enfermería, U.A.CH

En respuesta a documentos del antecedente, enviado para aprobación del Proyecto de Investigación titulado "Calidad de vida en pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis, Unidad de Diálisis Hospital Clínico Regional Valdivia". Informo a ustedes, que en reunión del día miércoles 29 de septiembre del presente, este Comité revisó y aprobó este proyecto de Investigación sin restricciones.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

COMITÉ ÉTICA DE
INVESTIGACIÓN
SERVICIO SALUD VALDIVIA


DRA. GINETTE GRANDJEAN OBANDO
PRESIDENTE COMITÉ ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
SERVICIO SALUD VALDIVIA

Dra. GGO/fam

C/C.:

- Director (s) Hospital Base Valdivia
- Jefe de Unidad de Diálisis H.B.V
- Profesor Patrocinante EU. Ida Elizabeth Flores ✓
- Archivo CEI.
- Archivo carpeta.