

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN**

UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

**ANEMIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL QUE SE
HEMODIALIZAN EN CENTRO ESPECIALIZADO SANTA ENA**

**PARA OPTAR TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN CLÍNICA**

PRESENTADO POR:

Lic. LILIANA CECILIA GARCÍA BAZÁN

ASESOR: Mo. HUMBERTO CARREÑO MUNDO

Huacho-Perú

2017

**“ANEMIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL QUE SE
HEMODIALIZAN EN CENTRO ESPECIALIZADO SANTA ENA”**

Mo. Humberto Carreño Mundo

ASESOR

Dra. Emma Del Rosario Guerrero Hurtado

PRESIDENTE

Mo. Betty Martha Palacios Rodríguez

SECRETARIA

Lic. Edith Torres Corcino

VOCAL

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres Ramiro y Otilia y a mi hermana Elisa, que me apoyan siempre en forma incondicional en los proyectos que realizo para mi superación personal y profesional y a mis sobrinos José Daniel y José Andrés que son mi motivo constante de lucha y superación para alcanzar mis sueños.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a mis queridos padres por el apoyo y paciencia incondicional que siempre me han brindado.

A mi asesor Mo. Humberto Carreño Mundo por el apoyo y la confianza depositada en mi persona en la elaboración de la presente tesis.

A la Lic. María Daza por la ayuda y orientación brindada con información sobre el cuestionario EQ-5D.

También al Ing. José Antonio Ochoa Delgado de la Flor por el apoyo, orientación y paciencia en el análisis estadístico para la elaboración de resultados de esta tesis.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron para el desarrollo de esta tesis.

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	
1.1. Antecedentes de la Investigación ³	
1.2. Bases Teóricas	6
1.2.1. Enfermedad renal crónica terminal	6
1.2.2. Anemia en la enfermedad renal crónica terminal	9
1.2.3. Calidad de vida	12
1.3. Definiciones Conceptuales	13
1.4. Formulación de la Hipótesis	13
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	
2.1. Diseño Metodológico ¹	15
2.1.1. Tipo	15
2.1.2. Enfoque	15
2.2. Población y Muestra	15
2.2.1. Población	15
2.2.2. Muestra	15
2.3. Operacionalización de Variables e indicadores	16
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
2.4.1. Instrumento a emplear	17
2.4.2. Descripción de los Instrumentos	17
2.5. Técnicas para el procesamiento de la información	18
CAPÍTULO III. RESULTADOS	19
CAPITULO IV. DISCUSIÓN , CONCLUSIONES	
4.1. DISCUSIÓN	35
4.2. CONCLUSIONES	41
CAPÍTULO V. BIBLIOGRAFÍA	42

ANEXO

01.	Matriz de Consistencia	47
02.	Instrumento para la toma de datos	48
03.	Análisis de Laboratorio	51

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Pacientes que se hemodializaron, con problemas y sin problemas en la dimensión de movilidad.	21
Tabla 2: Pacientes que se hemodializaron, con problemas y sin problemas en la dimensión cuidado personal.	22
Tabla 3: Pacientes que se hemodializaron, con problemas y sin problemas en la dimensión actividades cotidianas.	23
Tabla 4: Pacientes que se hemodializaron con problemas y sin problemas en la dimensión dolor/malestar.	24
Tabla 5: Pacientes que se hemodializaron con problemas y sin problemas en la dimensión ansiedad/depresión.	25

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de pacientes con anemia que se hemodializaron.	19
Figura 2. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron por sexo según niveles de anemia.	20
Figura 3. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron con problemas en la dimensión movilidad según niveles de anemia.	21
Figura 4. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron que declararon problemas en la dimensión cuidado personal según niveles de anemia.	22
Figura 5. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron que declararon problemas en la dimensión actividades cotidianas según niveles de anemia.	23
Figura 6. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron y declararon problemas en la dimensión dolor/malestar según niveles de anemia.	24
Figura 7. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron y declararon problemas de Ansiedad/Depresión, según niveles de anemia.	25
Figura 8. Distribución porcentual de pacientes varones que se hemodializaron y declararon problemas en las 5 dimensiones según niveles de anemia.	26
Figura 9. Distribución porcentual de pacientes mujeres que se hemodializaron con problemas en las 5 dimensiones según niveles de anemia.	27
Figura 10. Distribución porcentual de pacientes que hemodializaron según niveles de anemia y categorías de salud.	28
Figura 11. Relación entre edad y niveles de anemia en varones que se Hemodializaron.	29

- Figura 12. Relación entre niveles de anemia y sexo masculino en pacientes que se hemodializaron. 30
- Figura 13. Relación entre el estado de salud valorado con escala visual analógica (EVA) y niveles de anemia en pacientes varones que se hemodializaron. 31
- Figura 14. Relación entre niveles de anemia y edad en pacientes mujeres que se hemodializaron. 32
- Figura 15. Relación entre y niveles de anemia y sexo femenino en pacientes que se hemodializaron. 33
- Figura 16. Relación entre estado de salud valorada con escala visual analógica (EVA), según niveles de anemia en pacientes mujeres que se hemodializaron. 34

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la anemia en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodializan en el Centro Especializado Santa Ena. **Metodología:** Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal con una muestra de 25 pacientes. Para la valoración de la calidad de vida de los pacientes, se utiliza el cuestionario de salud EQ-5D, también se realiza análisis de laboratorio para determinar los valores de hemoglobina y realizar la valoración de los niveles de anemia. **Resultado:** El mayor porcentaje de pacientes con problema de movilidad se observa que tienen anemia moderada: varones 47% y mujeres 40%; el mayor porcentaje de pacientes en cuidado personal se observa que tienen anemia moderada: varones y mujeres 20%; el mayor porcentaje de pacientes con problema en actividades cotidianas se observa que tienen anemia moderada: varones y mujeres 40%; el mayor porcentaje de pacientes con problema de dolor/malestar se observó en anemia moderada: mujeres 67% y anemia leve: varones 50%; el mayor porcentaje de pacientes con problema ansiedad/depresión se observa con anemia moderada: mujeres 40% y varones 30%. **Conclusiones:** La anemia en pacientes con enfermedad renal crónica terminal influye y afecta la calidad de vida de los pacientes, limita sus actividades físicas y mentales trayendo problemas con el tiempo.

Palabras clave: Anemia, calidad de vida, enfermedad renal crónica terminal.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of anemia on the quality of life of patients with terminal chronic kidney disease who are hemodialyzed at the Santa Ena Specialized Center. **Methodology:** Descriptive, correlational, cross-sectional study with a sample of 25 patients. For the assessment of the quality of life of the patients, the EQ-5D health questionnaire is used, laboratory analyzes are also carried out to determine the hemoglobin values and to assess the levels of anemia. **Result:** The highest percentage of patients with mobility problems is observed to have moderate anemia: 47% males and 40% females; the highest percentage of patients in personal care is observed to have moderate anemia: men and women 20%; the highest percentage of patients with problems in daily activities are observed to have moderate anemia: men and women 40%; the highest percentage of patients with pain / discomfort problem was observed in moderate anemia: women 67% and mild anemia: males 50%; the highest percentage of patients with anxiety / depression problem is observed with moderate anemia: women 40% and men 30%. **Conclusions:** Anemia in patients with terminal chronic kidney disease influences and affects the quality of life of patients, limits their physical and mental activities, bringing problems over time.

Key words: Anemia, quality of life, terminal chronic kidney disease.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) que se hemodializan, presentan muchos problemas en el metabolismo como desbalance en el calcio o el fósforo, elevación del potasio, hemoglobina disminuida y con los años puede llevar a otros problemas de salud.

La preocupación por la calidad de vida siempre existió desde tiempos muy antiguos.

El concepto de Calidad de vida relacionado a la salud se dio a las enfermedades que eran incapacitantes, dando otra visión sobre las personas con discapacidad.

A partir de la década de los 90 hubo una mayor importancia y preocupación por el concepto de calidad de vida. La medicina en los últimos años ha hecho que la longevidad aumente y con ella las personas con enfermedades crónicas. Esto ha hecho que se preste más atención a la calidad de vida relacionada con la salud. Con los años se dieron más oportunidades a estas personas para que expresen sus gustos, deseos, metas y puedan tomar decisiones en aspectos que le afectan.

En la actualidad, los trabajos de investigación científica utilizan el término Calidad de Vida relacionado con la Salud para referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, que puede provocar sobre su bienestar físico, emocional y social.

Para el profesional nutricionista, estudiar la anemia y la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis es de gran interés debido a que esto puede ayudar a individualizar el cuidado de los pacientes de acuerdo a sus situaciones de vida. La anemia en los pacientes con ERCT limita sus capacidades físicas y motoras, en estos pacientes también se evidencia una pérdida de apetito, lo que puede llevar a problemas de malnutrición por déficit. El objetivo de la investigación es determinar la influencia de la anemia en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodiálicaron en el Centro Especializado Santa Ena, mediante el uso del cuestionario de salud EQ-5D.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la Investigación

Cobo (2011), evaluó a 47 pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodializaron en su unidad y determinó la influencia de factores sociológicos sobre la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los pacientes en hemodiálisis de esa unidad. De los 47 pacientes, evaluados el 67% fueron hombres y el 33% mujeres. Los mayores problemas relacionados con la CVRS de los pacientes en HD se refieren a la movilidad y actividades cotidianas. Casi el 70% de los pacientes presentaron dolor/malestar y casi la mitad se encuentra ansioso o deprimido. Las variables sociológicas que más influyen en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en hemodiálisis son la edad, el estado civil, la convivencia y el nivel de ingresos.

Daza (2016), evaluó 79 pacientes con enfermedad renal crónica terminal de un Centro de Hemodiálisis durante 1 mes y medio. 61% varones (48 pacientes) y 39% mujeres (31 pacientes). A través de este estudio se quiso ver si existe relación entre la parte psicológica y emocional y la calidad de vida; para el estudio se utilizó como instrumento validado el EQ-5D. En la calificación del EQ-5D obtuvo los siguientes resultados, 28% muy buena calidad de vida, 39% buena calidad de vida y 27% regular calidad de vida, concluye que a pesar de las limitaciones físicas los pacientes lograron adaptarse a su enfermedad y siguieron realizando sus actividades diarias, el 56% de los pacientes evaluados se mostraron emocionalmente estables.

Pabón-Varela et al. (2015), realizaron una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, biblioteca virtual de salud, Scielo, Lilacs, Redalyc y Google académico utilizando descriptores como calidad de vida/relaciones enfermero-paciente/insuficiencia renal/enfermedad crónica. Seleccionaron 52 artículos que midieran calidad de vida, excluyeron aquellas bibliografías con más de 6 años de antigüedad, los estudios que prevalecieron fueron los descriptivos. Los resultados arrojaron que la dimensión de calidad de vida más afectada es la física; de las tres modalidades de tratamiento para la insuficiencia renal, la que más afecta la calidad de vida del paciente es la hemodiálisis; el instrumento validado y más utilizado para medir calidad de vida en individuos con enfermedades crónicas es el SF-36. Como conclusiones la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica se ve afectada, por lo que están sujetos a cambios en su estilo de vida que van de la mano con el tratamiento sustitutivo renal y sus complicaciones, además, presentan deterioro de la función física, mental, emocional, laboral y espiritual.

Córdova-Villafuerte (2014) determinó la variabilidad de los valores de hemoglobina tras la administración de metoxipolietilenglicolepoetina beta (M-PEG-E- β) a pacientes en hemodiálisis con anemia. Concluye que el manejo de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, la M-PEG-E- β produce variabilidad significativa en los valores de hemoglobina y ferritina, y además es muy bien tolerada.

Molina, Sevillano y Ramos-Estévez (2012) en su investigación de un caso clínico en el Servicio de Nefrología, del Hospital 12 de Octubre en Madrid, presentaron el caso de una paciente mujer de 85 años con nefrectomía del riñón

izquierdo, antecedentes de IRC secundaria a hiperfiltración, nefropatía diabética estadio IV, anemia normocítica normocrómica y en tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyetina (AEE) e índice de resistencia elevado a la misma, y que en la anamnesis al referir astenia, síndrome constitucional y dolores óseos, se completó el estudio con proteinograma y biopsia de médula ósea, que confirmaron mieloma múltiple. Por lo que concluyen que ante un paciente con IRC y anemia, se debe realizar una historia clínica analítica básica para el diagnóstico diferencial de la causa de anemia, descartar la existencia de déficit de hierro, e iniciar el tratamiento en primer lugar con AEE en sus distintas formas: darbepoetina α o metoxi-polietilenglicol epoetina beta en las dosis de inicio recomendadas, vigilando la respuesta monitorizando el hemograma periódicamente y que cuando se requiera incrementar la dosis de AEE, se debe plantear la existencia de otra enfermedad o proceso concomitante en el desarrollo de la anemia., para dar tratamiento específico a fin de no comprometer su vida.

Yepes et al. (2009) estimaron la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica, que no han recibido ni diálisis ni trasplante, y su asociación con factores de riesgo. Aplicaron el instrumento de medición de calidad de vida SF-36 y las puntuaciones las relacionaron con datos demográficos, clínicos y de laboratorio. En sus resultados la mediana de edad fue 70 años, un 67% eran hombres, un 93% tenían hipertensión arterial y un 67% se encontraban en estadio 3. La medida de salud física de calidad de vida se vio más afectada que la medida de salud mental (Wilcoxon, $p < 0,001$). Los dominios de función física, desempeño físico y dolor corporal se vieron menos afectados en hombres y en jóvenes. La salud física estuvo más relacionada con variables sociodemográficas y clínicas. Las mujeres diabéticas con enfermedad renal

crónica mayores de 65 años, presentaron una menor puntuación del componente físico y mental.. Después de ajustar por edad, no encontraron asociación entre la tasa de filtración glomerular y la salud física. La calidad de vida es mejor en los hombres ($p < 0,001$) y un 12,5% de la varianza de dicha diferencia se explica por la edad. Concluyen que los pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante presentan una mayor alteración de la calidad de vida que la población en general, principalmente en el componente físico; las mujeres mayores de 65 años son las más afectadas.

1.2 Bases Teóricas

1.2.1 Enfermedad renal crónica terminal

Se define la enfermedad renal crónica (ERC) como las anomalías estructurales del riñón que afectan su función normal y por consiguiente la salud de un individuo dando como consecuencia una variada presentación clínica, en parte relacionada a su causa y su tasa de progresión. Este concepto es muy importante ya que el reconocimiento de la Enfermedad Renal Crónica, tiene un gran impacto en la salud del individuo y en el tipo de cuidado que se debe prever. Los síntomas de la ERC son generalmente debidos al deterioro de la función renal y cuando son severos pueden ser tratados sólo por diálisis y trasplante. Las etapas más tempranas de la enfermedad son a menudo asintomáticas y son detectadas por evaluación de algunas condiciones comórbidas y que en esta etapa pueden ser reversibles. Cuando la enfermedad es rápidamente progresiva pueden conducir al fracaso renal en meses, pero generalmente la mayor parte de enfermedades evolucionan a lo largo de décadas y algunos pacientes no progresan durante muchos años de seguimiento (Levey et al., 2005; citado por Loza, 2014).

El diagnóstico de la insuficiencia renal crónica se basa en las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, así como en las alteraciones que se pueden apreciar en los análisis de sangre, que consisten en:

- 1.- Un aumento de la urea por encima de 40 mg/dl.
- 2.- Un aumento de la creatinina por encima de 1,2 mg/dl
- 3.- Un deterioro del filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min/1.73 m². Inicialmente este parámetro puede estar normal y solo hacerse evidente su disminución en las fases avanzadas.
- 4.- Una disminución de los niveles de hemoglobina, hematocrito, sodio y calcio, y un incremento de fósforo, potasio y magnesio, así como de la hormona paratiroidea (PTH). (Bermejo, 2018)

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), es reconocida como un problema de salud internacional dado por su incremento epidémico como parte de pandemia global de enfermedades vasculares crónicas. La ERC se desarrolla a partir de una susceptibilidad genética por la acción de factores biológicos, sociales. Evoluciona a la insuficiencia renal y multiorgánica. Sus causas principales son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, las enfermedades cardíacas, cerebrovasculares, vascular periférica, muchas de ellas asociadas a la obesidad, que tienen en común los mismos factores de riesgo de daño vascular sistémico. Su prevalencia es elevada, puede estar afectada un 16% de la población mundial, siendo aún superior en los adultos mayores (Pérez-Oliva et. al., 2013).

En relación a las causas de la enfermedad crónica renal, la diabetes y la hipertensión arterial son las 2 causas más comunes y son responsables de la mayoría

de los casos. Muchas otras enfermedades y afecciones pueden dañar los riñones, por ejemplo:

- 1.- Trastornos autoinmunitarios (como lupus eritematoso sistémico y esclerodermia)
- 2.- Defecto de nacimiento (anomalías congénitas) de los riñones (como la poliquistosis renal)
- 3.- Ciertos productos químicos tóxicos
- 4.- Lesión al riñón
- 5.- Infección y cálculos renales
- 6.- Problemas con las arterias que irrigan los riñones
- 7.- Algunos medicamentos como calmantes del dolor (analgésicos) y fármacos para el cáncer.
- 8.- Flujo retrógrado de orina hacia los riñones (nefropatía por reflujo) (Medline Plus, 2017).

En su etapa de Insuficiencia Renal con necesidad de Terapia Renal de Reemplazo (TRR) dialíticos o trasplante renal, más de dos millones de personas viven en el mundo gracias a estos, el incremento anual de pacientes en TRR dialítica se sitúa entre un 6 a un 20% anual. Se reconoce la ERC como un multiplicador del riesgo de mortalidad cardiovascular y la discapacidad que provoca es muy elevada con la necesidad de cuidadores consagrados. Estos problemas la convierten en un serio problema en lo humano, social, económico y político. Esto, con su impacto humano a nivel familiar y de toda la sociedad, hace que se conceptualice como enfermedad catastrófica.

Existe una clasificación internacional para su diagnóstico, recientemente actualizada, en diferentes estadios evolutivos que se establece por la presencia de

anormalidades estructurales o funcionales, así como la disminución del filtrado glomerular (FG) <60 ml/min aún en ausencia de otros marcadores de daño renal, independientemente de la causa que lo originó, presentes por más de 3 meses, con implicaciones para la salud que permite y se convierte en un acercamiento conceptual a esta entidad en cuanto a su evolución y modelo salubrista.

Las acciones de promoción y educación para la salud, la identificación de las personas con riesgo y su control, tienen como objetivo prevenir la enfermedad y el diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación integral de los pacientes, puede evitar la progresión de la enfermedad y las complicaciones, mejorar la calidad de vida de los mismos y retardar o detener su ingreso a diálisis o trasplante renal, El tratamiento de las complicaciones de la ERC provoca aun desde la etapa pre dialítica costos crecientes, debido a las tecnologías médicas y farmacéuticas empleadas en el cuidado de estos pacientes, lo que se ejemplifica en la gestión de la anemia de estos pacientes lo que explica la importancia de esta temática (Pérez-Oliva et. al., 2013).

1.2.2. Anemia en la enfermedad renal crónica terminal

La anemia es un padecimiento común entre los pacientes con ERC; en 1836, Richard Bright describió entre otros síntomas presentes en los pacientes renales crónicos la palidez. El daño renal progresivo, origina una merma de las funciones detoxificadoras, de mantenimiento de la homeostasis del medio interno, y de producción de hormonas por el riñón. Entre las anteriores la eritropoyetina endógena (EPOe), es fundamental para mantener los niveles normales de hemoglobina en respuesta a la hipoxia tisular. Su déficit unido a la presencia de otras toxinas acumuladas en el suero de los pacientes con ERC-5 es el factor fundamental que la

explica, por ello es lógico considerar la anemia una manifestación “urémica” propia de la azotemia, y como una complicación por su repercusión cardiaca, circulatoria y sistémica. (Pérez-Oliva et. al., 2013).

La severidad de la anemia no es estrictamente lineal con la disminución de la intensidad de filtración glomerular; presenta una gran variación individual siendo más frecuente a partir de 30 ml/min en los pacientes no diabéticos y de 45 ml/min en los diabéticos. Alcanza su máxima expresión en los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis. Se convierte en un hallazgo constante antes del inicio de la diálisis, momento en el cual entre el 85 y el 95 por ciento de los pacientes la presentan. Es una anemia hipoproliferativa, no regenerativa, en general, normocítica y normocrómica con reticulocitos normales o disminuidos Contribuye a ella una disminución en la vida media de los hematíes.

Otras alteraciones encontradas en la morfología de los hematíes reflejan el papel de otros contribuyentes etiológicos entre los que se señalan las hemoglobinopatías, el déficit de hierro, la intoxicación por aluminio y la macrocitosis, ocasionada por la carencia de folatos o vitamina B12. Por la severidad de la anemia en hemodiálisis (Hd), era corregida con transfusiones sanguíneas con los riesgos clínicos, inmunológicos con alosensibilización provocando como consecuencia directa la hiperinmunización, con mayor posibilidad de rechazo o requiriendo más tiempo en lista de espera de trasplante renal y de transmisión de infecciones asociados. (Pérez-Oliva et. al., 2013).

La aplicación de la Biotecnología en Nefrología contribuye en todas las esferas del trabajo de la especialidad, pero la de mayor relevancia e impacto ha sido la producción para su empleo clínico de la eritropoyetina recombinante humana. La

introducción a la práctica clínica, a partir de 1986 de la eritropoyetina recombinante humana (EPO_rHu), la cual es biológica e inmunológicamente equivalente a la eritropoyetina endógena, se ha convertido en el más importante aporte al tratamiento de los enfermos renales crónicos, luego del advenimiento de la diálisis de suplencia, con beneficios claros e indiscutibles, dados por la mejoría de la anemia, el aumento de la hemoglobina y la reducción en la necesidad transfusional. Los agentes estimulantes-eritropoyéticos (AEE), por sus beneficios cardiovasculares y no cardiovasculares, han equiparado la calidad de vida del paciente en diálisis a la de aquellos que viven con un injerto renal exitoso. (Pérez-Oliva et. al., 2013).

Las causas de anemia en pacientes con Enfermedad renal crónica (ERC) son múltiples, aunque la carencia relativa de eritropoyetina (EPO) desempeña un papel fundamental. La EPO se produce en las células peritubulares renales en respuesta a la hipoxia local. En individuos no urémicos, los niveles plasmáticos de EPO son aproximadamente de 10 mU/ml y aumentan hasta 1 00mU/ml cuando el hematocrito desciende hasta el 30%. En pacientes urémicos en tratamiento sustitutivo en diálisis, los niveles plasmáticos de EPO son de aproximadamente 20 mU/ml.

El inicio de la diálisis puede mejorar la anemia debido a la eliminación de toxinas urémicas que inhiben la producción de EPO endógena. Sin embargo, la administración de EPO exógena es necesaria para mantener unos niveles adecuados de hemoglobina (10g/dl) La causa secundaria más importante de anemia en pacientes en diálisis es el déficit de hierro que acompaña al aumento de las pérdidas de sangre debidas a sangrado gastrointestinal y pérdidas frecuentes en líneas - dializador, Otras causas de anemia en pacientes en diálisis son: la hemólisis, intoxicación por aluminio

infección e inflamación crónica, hiperparatiroidismo e inadecuada diálisis. Algunos autores sugieren que la hemodiálisis de alto flujo con membranas biocompatibles, puede contribuir a mejorar la respuesta a la EPO (Soriano, 1997).

1.2.3 Calidad de vida

“El concepto de calidad de vida (CV) ha sido utilizado desde la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente ausencia de dolencia y enfermedad” (Spitzer, 1981; citado por Cunha et. al., 2011).

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (OMS; citado por Rodríguez, 2012).

Cuando se refieren a calidad de vida en relación a la enfermedad se define cómo se siente el paciente en relación a su enfermedad y cómo percibe las limitaciones que ella provoca, es allí cuando se habla de calidad de vida relacionada a la salud.

La evaluación de calidad de vida relacionada a la salud se realiza a través de cuestionarios. Los cuestionarios están diseñados con una estructura multidimensional abarcando varias áreas que exploran diversos aspectos relacionados con la enfermedad. (Manual SEPAR de procedimientos, 2007)

1.3 Definiciones Conceptuales

Anemia: Se define como una reducción en la cantidad de eritrocitos o hemoglobina en sangre. (Murray, Mayer y Granner, 1999).

Calidad de Vida: Es un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal. (Ávila, 2013).

Enfermedad Renal Crónica Terminal: Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. El principal trabajo de estos órganos (riñones), es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo. La etapa terminal requiere tratamiento de hemodiálisis o trasplante renal. (Silberberg, 2015).

1.4. Formulación de la Hipótesis

1.4.1 Hipótesis General

La anemia disminuye la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en hemodiálisis en Centro Especializado Santa Ena.

1.4.2. Hipótesis Específicas

a) La anemia influye disminuyendo la tolerancia a la actividad física, mayor probabilidad hospitalaria, mayor mortalidad en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en hemodiálisis en Centro Especializado Santa Ena.

b) La calidad de vida disminuye en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en hemodiálisis en Centro Especializado Santa Ena.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1 Diseño Metodológico

2.1.1 Tipo

Estudio descriptivo correlacional de corte transversal.

2.1.2 Enfoque

Cuantitativo.

2.2 Población y Muestra

2.2.1 Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes adultos y adultos mayores que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Centro Especializado Santa Ena. (60 pacientes)

2.2.2 Muestra

Estuvo constituida por 25 pacientes con anemia, con enfermedad renal crónica terminal que se hemodiálicaron en el Centro Especializado Santa Ena

Criterios de Inclusión:

- a) Pacientes mayores de 18 años.
- b) Pacientes con niveles de hemoglobina < 11g/dl.

Criterios de Exclusión:

- a) Pacientes que registren menos de 1 mes en tratamiento con hemodiálisis y que por las características del tratamiento no se encuentren estabilizados.
- b) Pacientes que no acepten de forma voluntaria participar en el estudio.

2.3.- Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
----------	-----------------------	------------------------	-------------	-------------	--------------------

Anemia	Disminución de hemoglobina o glóbulos rojos en sangre.	Concentración baja de <u>hemoglobina</u> en la sangre, se detecta mediante un análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en la sangre menor de lo normal. Puede acompañarse de otros parámetros alterados, como disminución del número de glóbulos rojos, o disminución del hematocrito.	Niveles de anemia	Leve (Hb: 10.0-10,9) Moderada (Hb: 8.0-9.9) Severa (Hb: < 7.9)	Nominal
Calidad de vida	La calidad de vida es el grado de bondad de las cosas en general, designa las condiciones en que vive una persona que hace que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción	Hace referencia a varios niveles de generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal. se evalúa analizando cinco áreas diferentes, bienestar físico (con conceptos como <u>salud</u> , seguridad física,), bienestar material (haciendo alusión a ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación) y bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad).	Bienestar Físico Bienestar Material Bienestar Social Desarrollo Bienestar Emocional	Muy buena Buena Regular Mala Muy Mala	Nominal

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.4.1 Instrumento a emplear.

Instrumento: Cuestionario EQ-5D, fue desarrollado por 25 pacientes seleccionados, previamente se les explicó sobre el estudio.

El desarrollo de estos cuestionarios tuvo una duración de 1 mes, en la primera y tercera semana, según disponibilidad de tiempo del profesional nutricionista., se escogieron 2 días en la semana para el desarrollo del cuestionario EQ-5D.

2.4.2 Descripción del Instrumento.

Cuestionario EQ – 5D fue de fácil administración, se utilizó para obtener datos de forma auto administrado y en algunos casos se administró en forma de entrevista.

Las características principales del EQ-5D son las siguientes:

- a) Es una medida genérica simple que solo incluye 5 dimensiones básicas.
- b) Tiene el número mínimo de niveles (3), para cada dimensión.
- c) Proporciona un perfil descriptivo y una valoración del propio estado de salud.
- d) Genera un índice que permite valorar los estados de salud.

El cuestionario EQ-5D, está compuesto de las siguientes partes:

Contiene una descripción del propio estado de salud en 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). (Badía (1999).

2.5 Técnicas para el procesamiento de la información.

Teniendo en cuenta la naturaleza correlacional de la investigación, se utilizó la Prueba r de Pearson. Para ello se usó el procesador Statistical Package of Social Sciencies – S.P.S.S –Versión 19.

El estadístico r de Pearson se utilizó para correlacionar variables, y determinar correlaciones entre ellas (anemia y edad, sexo y anemia o entre valoración del propio estado de salud (EVA) y anemia).

CAPITULO III. RESULTADOS

A continuación se presenta los hallazgos logrados durante el desarrollo de la investigación Anemia y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodializaron en Centro Especializado Santa Ena.

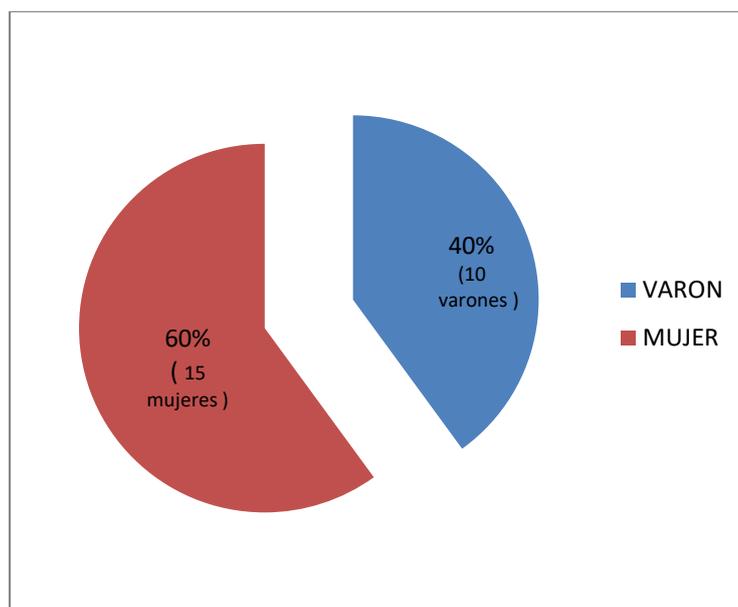


Figura 1. Distribución porcentual de pacientes con anemia que se hemodializaron en Centro Especializado Santa Ena.

Se aprecia que de los 25 pacientes evaluados, el 60 %, fueron mujeres (15) y el 40%, varones (10).

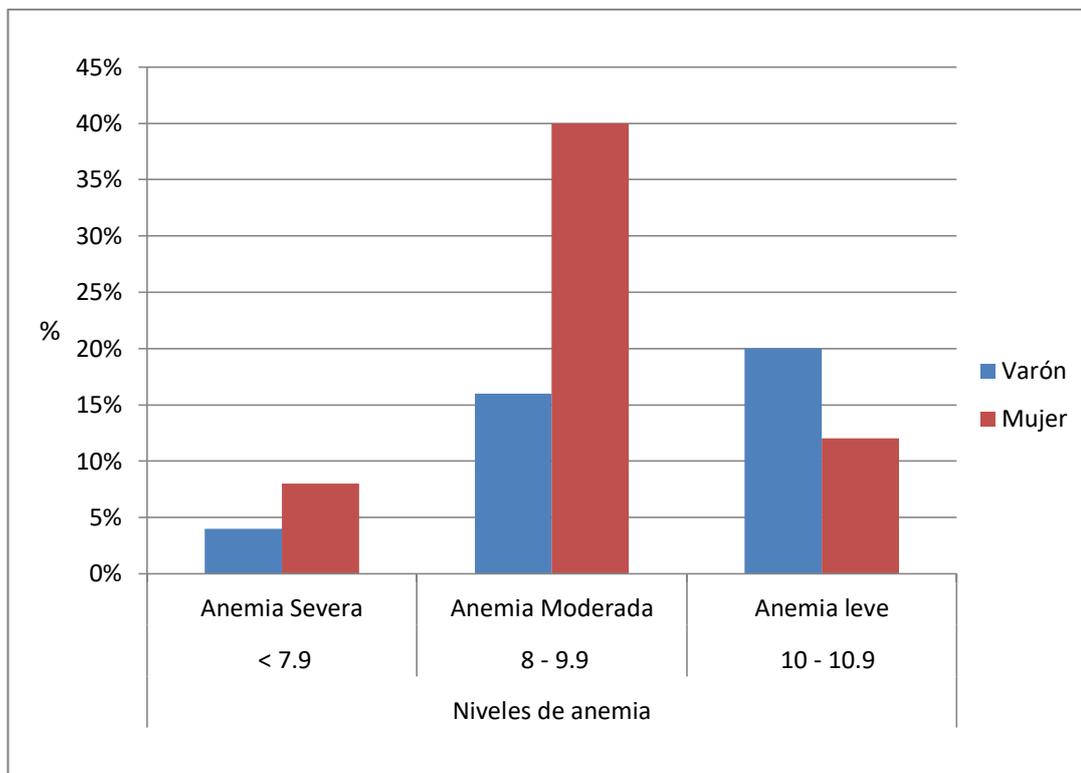


Figura 2. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron por sexo y según niveles de anemia.

Se muestra mayor porcentaje de mujeres que varones con anemia moderada (40%), y mayor porcentaje de varones que mujeres con anemia leve (20%).

DIMENSIÓN: MOVILIDAD

Tabla 1

Pacientes que se hemodializaron con problemas y sin problemas en la dimensión movilidad.

Número de pacientes con problemas de movilidad	Número de pacientes sin problemas de movilidad	Total de pacientes
18 (72%)	7 (28%)	25 (100%)

Se observa que el 72% presentó algún problema en la dimensión Movilidad mientras que el 28% no presentaron problemas.

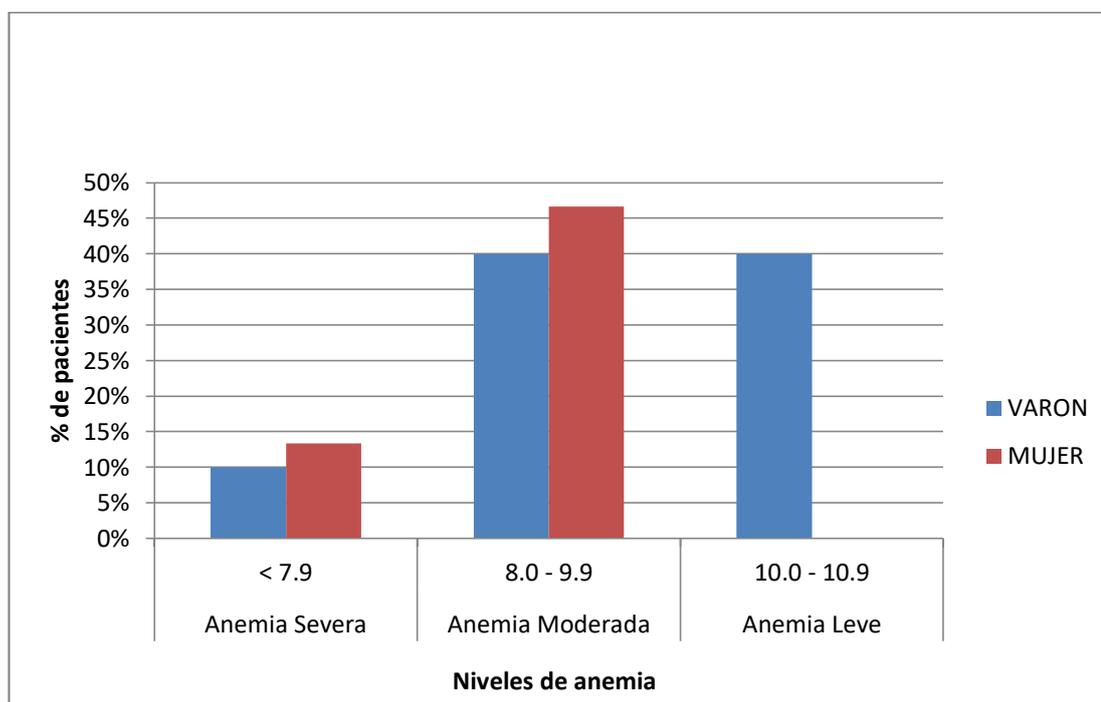


Figura 3. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron con problemas en la dimensión movilidad y según niveles de anemia.

Se observa que hay mayor porcentaje de mujeres con anemia moderada (47%) con respecto a los varones (40%).

DIMENSIÓN: CUIDADO PERSONAL

Tabla 2

Pacientes que se hemodializaron con problemas y sin problemas en la dimensión cuidado personal.

Pacientes con problemas en cuidado personal	Pacientes sin problemas en cuidado personal	Total de Pacientes
8 (32%)	17 (68%)	25 (100%)

Se observa que el 32% (8) presentaron problemas en la dimensión cuidado personal y el 68% no presentó problemas.

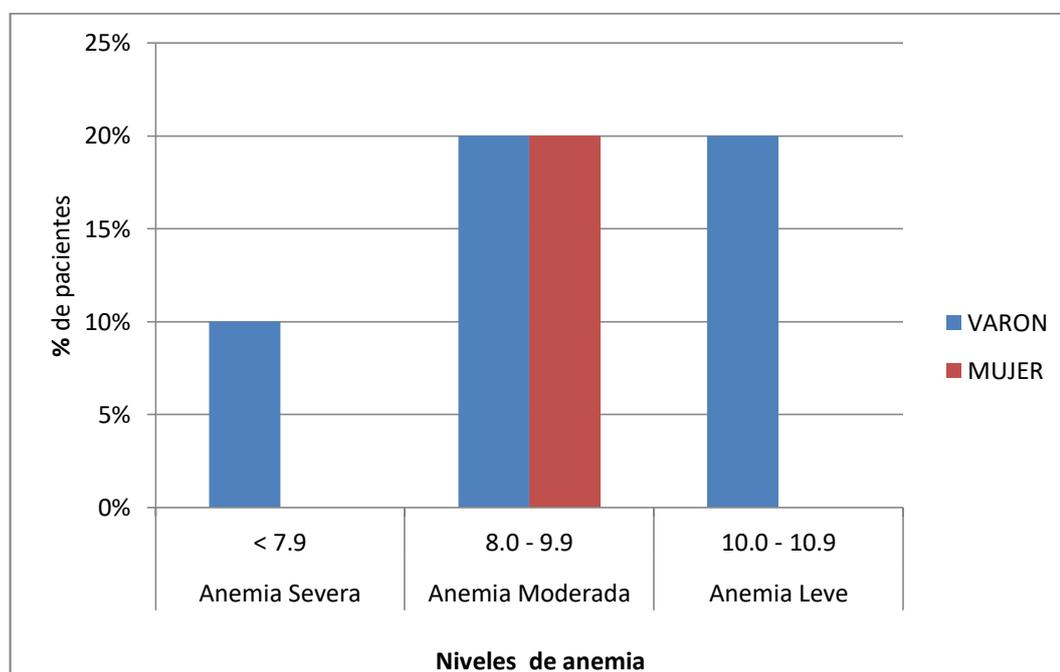


Figura 4. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron que declararon problemas en la dimensión cuidado personal, según niveles de anemia.

Se muestra que el 20% tanto de varones como de mujeres que presentaron algún problema en esta dimensión, tienen anemia moderada, hay un 20% de varones con anemia leve

DIMENSIÓN: ACTIVIDADES COTIDIANAS

Tabla 3

Pacientes que se hemodializaron con problemas y sin problemas en la dimensión actividades cotidianas.

Pacientes con problemas en actividades cotidianas	Pacientes sin problemas en actividades cotidianas	Total de Pacientes
17 (68%)	8 (32%)	25

Se observa que el 68% de pacientes presentaron problemas en la dimensión actividades cotidianas y EL 32% no presentaron problemas.

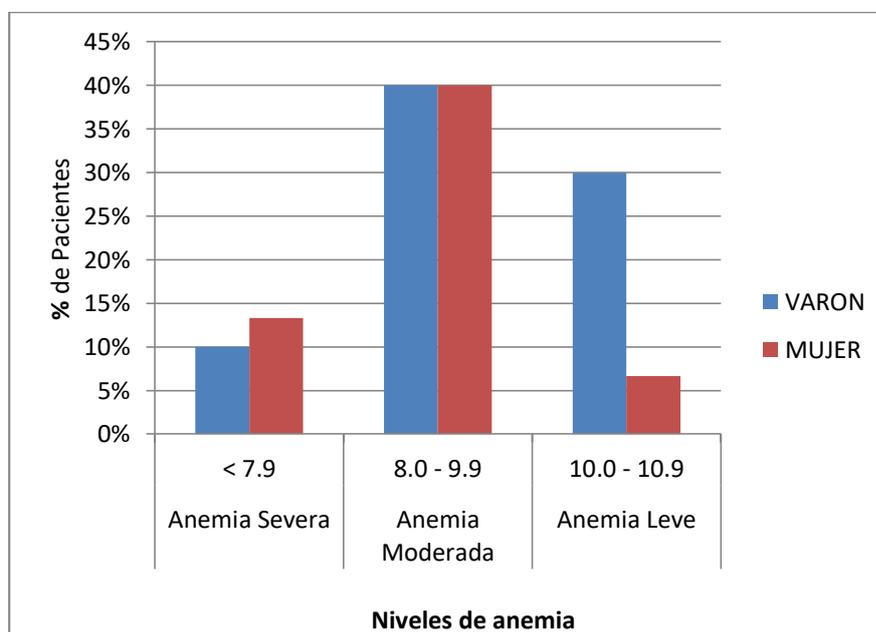


Figura 5. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron que declararon problemas en la dimensión actividades cotidianas según niveles de anemia.

Se observa que el 40% tanto de varones como mujeres que declararon problemas en la dimensión actividades cotidianas tienen anemia moderada.

DIMENSIÓN: DOLOR/MALESTAR

Tabla 4

Pacientes que se hemodializaron con problemas y sin problemas en la dimensión dolor/malestar.

Pacientes con problemas dolor/malestar	Pacientes sin problemas dolor/malestar	Total de Pacientes
22 (88%)	3 (12%)	25

Se observa que 88% de pacinetes presentaron problemas en la dimensión dolor/malestar, 12% no presentaron problemas.

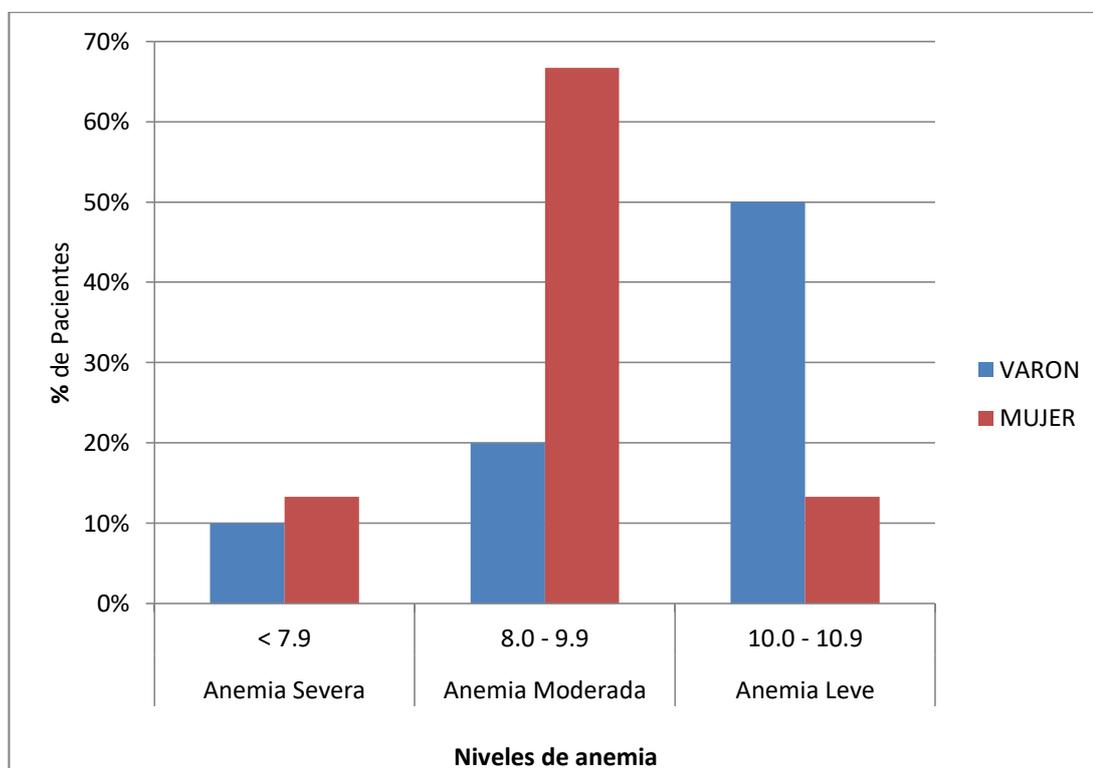


Figura 6. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron y declararon problemas en la dimensión dolor/malestar según niveles de anemia.

Se aprecia que el mayor porcentaje de pacientes mujeres (67%) tiene anemia moderada, en mientras el mayor porcentaje de pacientes varones (50%) tiene anemia leve.

DIMENSIÓN: ANSIEDAD/DEPRESIÓN

Tabla 5

Pacientes que se hemodializaron con problemas y sin problemas en la dimensión ansiedad/depresión.

Pacientes con problemas ansiedad/depresión	Pacientes sin problemas ansiedad/depresión	Total de Pacientes
15 (60%)	10 (40%)	25

Se aprecia que el 60% de pacientes presentaron problemas en la dimensión ansiedad/depresión, 40% pacientes no presentaron problemas.

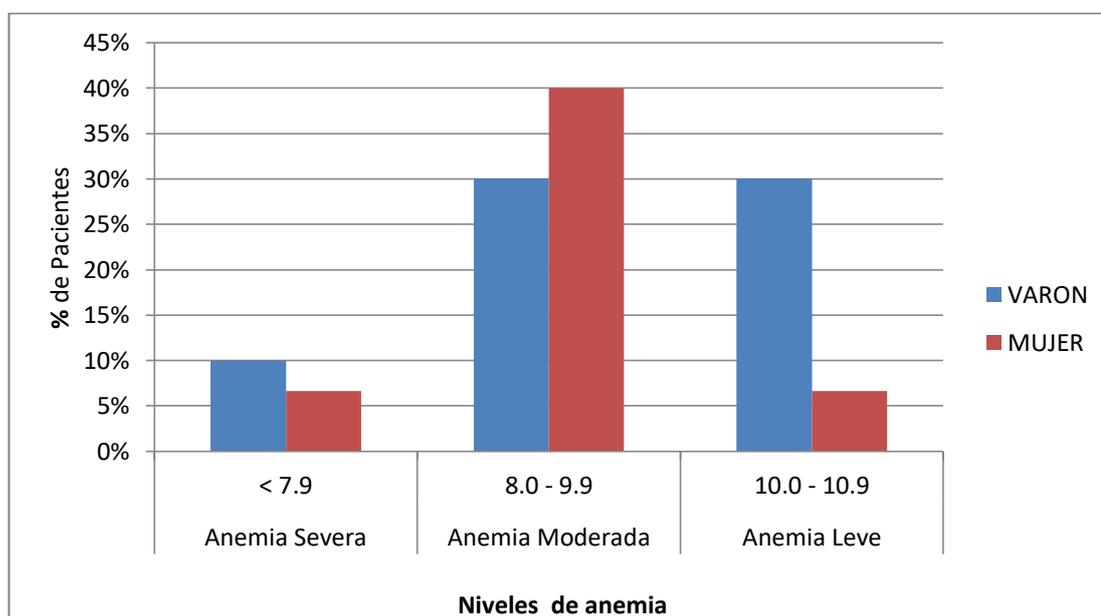


Figura 7. Distribución porcentual de pacientes que se hemodializaron y declararon problemas de ansiedad/depresión según niveles de anemia.

Se observa que el mayor porcentaje de pacientes mujeres tiene anemia moderada 40% en comparación a los varones 30%, Se observa un 30% de varones con anemia leve.

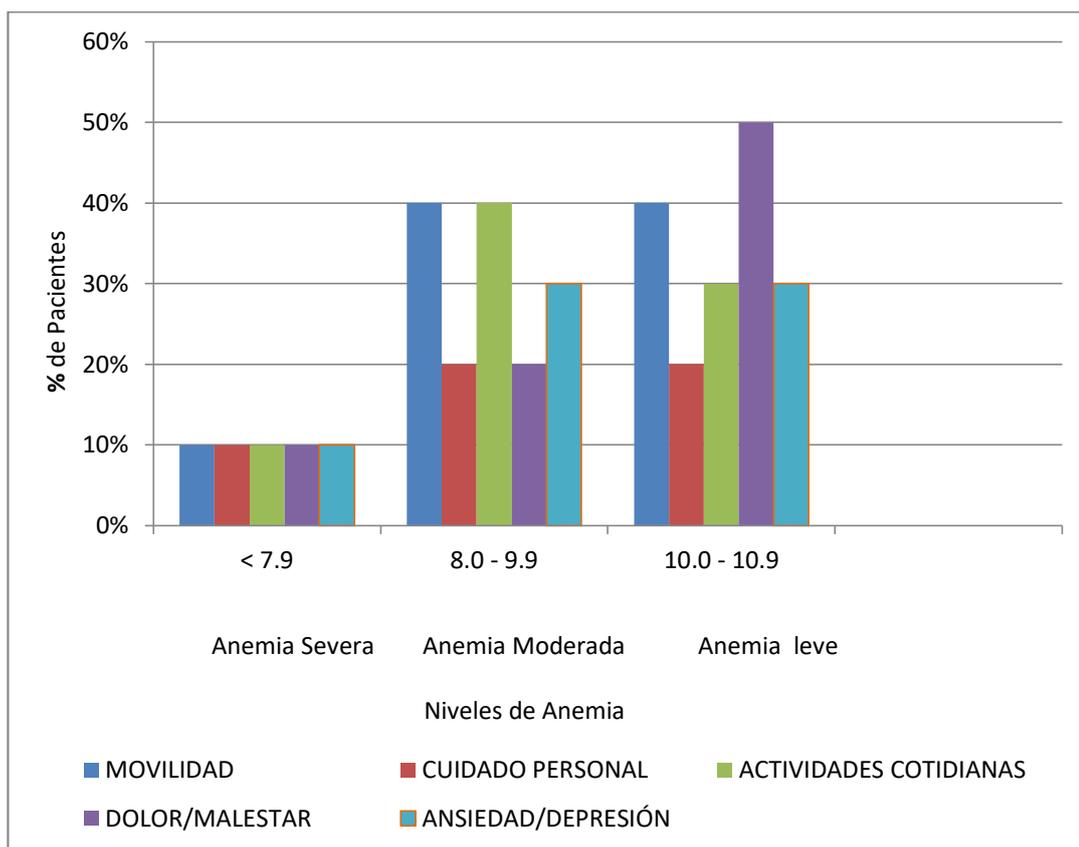


Figura 8. Distribución porcentual de pacientes varones que se hemodializaron y declararon problemas en las 5 dimensiones, según niveles de anemia.

Se observa mayor porcentaje (50%) de pacientes varones con problemas en la dimensión dolor/malestar que tienen anemia leve

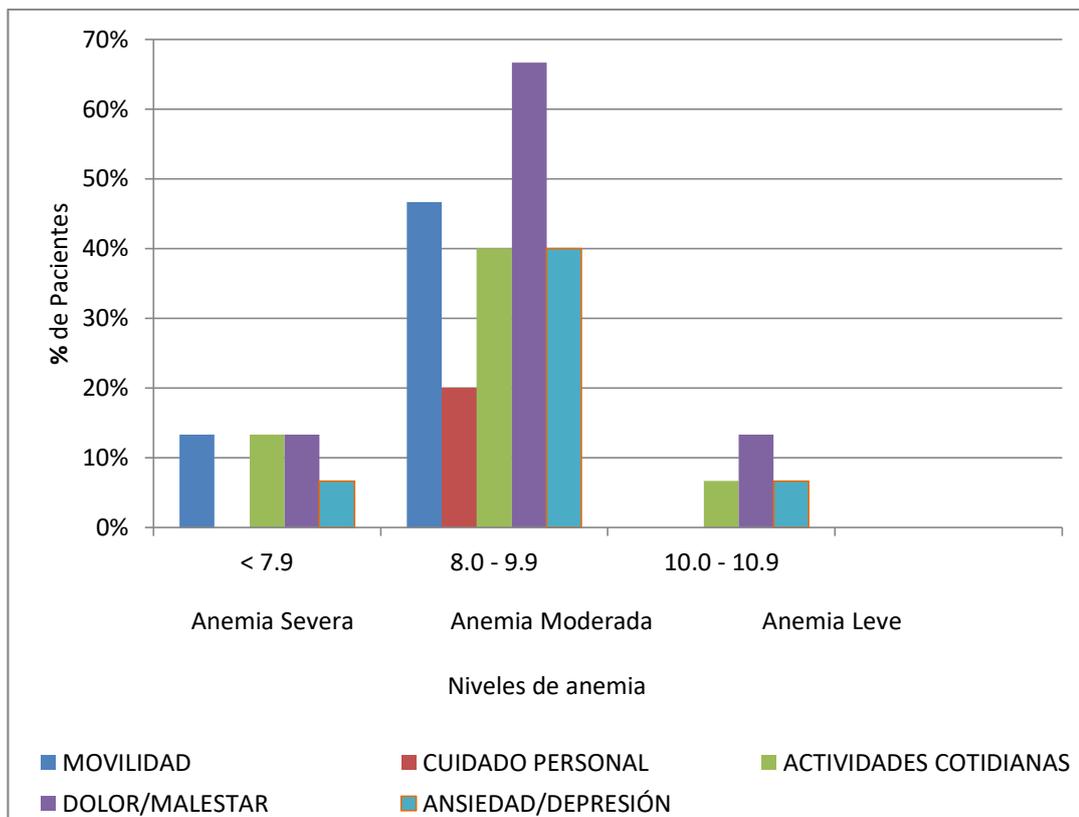


Figura 9. Distribución porcentual de pacientes mujeres que se hemodializaron con problemas en las 5 dimensiones según niveles de anemia

Se aprecia que el mayor porcentaje de pacientes mujeres que declararon problemas en la dimensión dolor/ malestar (67%), tienen anemia moderada.

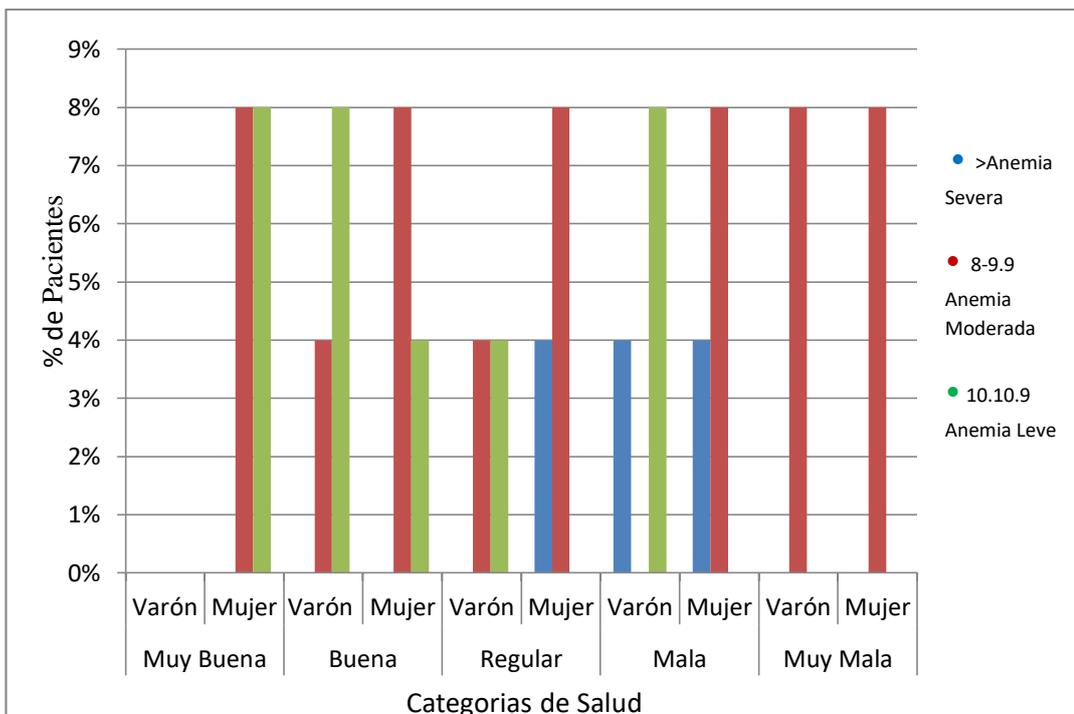


Figura 10. Distribución porcentual de pacientes que hemodializaron según niveles de anemia y categorías de salud.

Se observa que en todas las categorías, el mayor porcentaje de pacientes con anemia moderada fue de mujeres (8%) y en la categoría muy buena hay igual porcentaje de mujeres con anemia moderada y con anemia leve (8%).

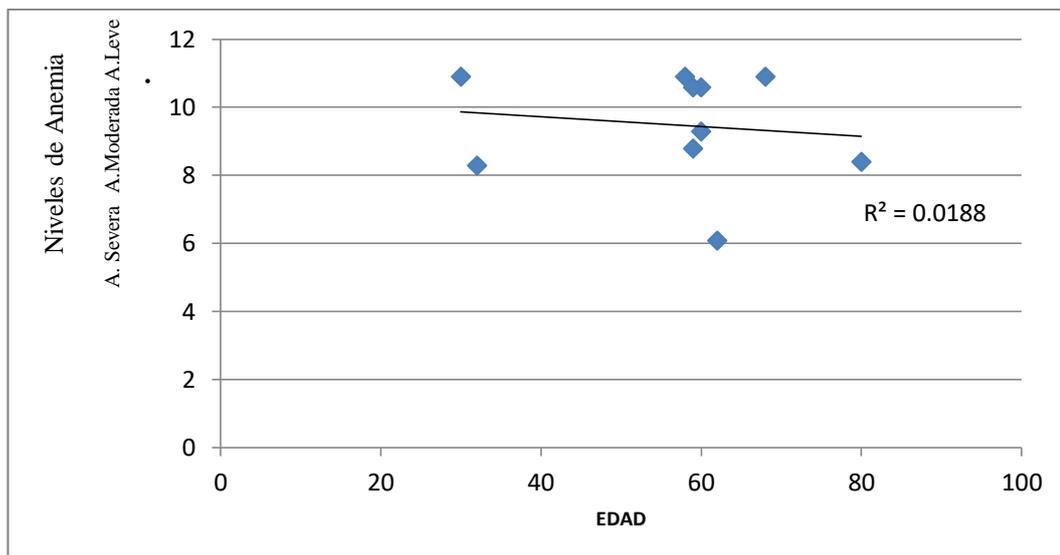


Figura 11. Relación entre niveles de anemia y edad en varones que se hemodializaron.

Se aprecia que no hay correlación entre Anemia y Edad, siendo el r de Pearson $R^2 = 0.0188$. (r de Pearson nos indica que no hay correlación mientras más alejado está del número 1).

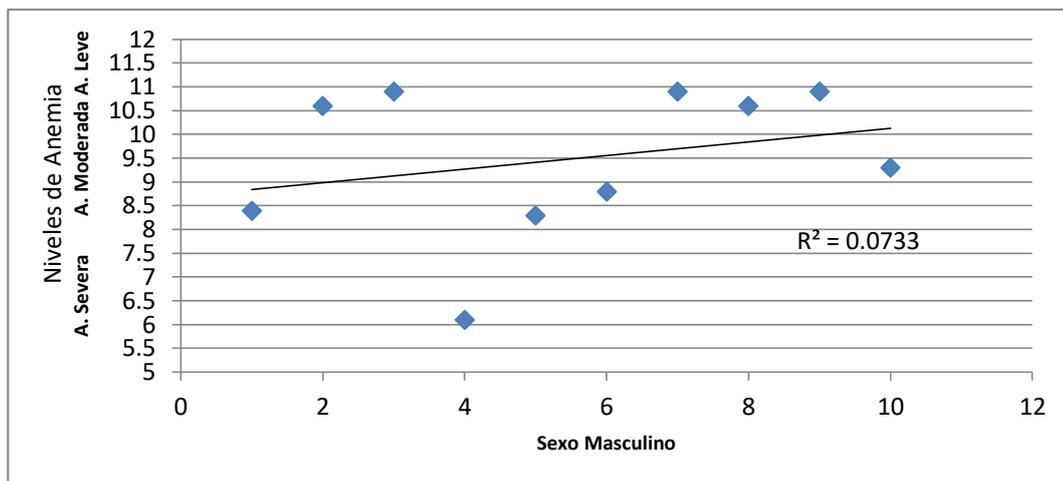


Figura 12. Relación entre niveles de anemia y sexo masculino en pacientes que se hemodializaron.

Se aprecia que no hay correlación entre anemia y sexo masculino, siendo el r de Pearson $R^2 = 0.0733$. (r de Pearson nos indica que no hay correlación mientras más alejado está del número 1).

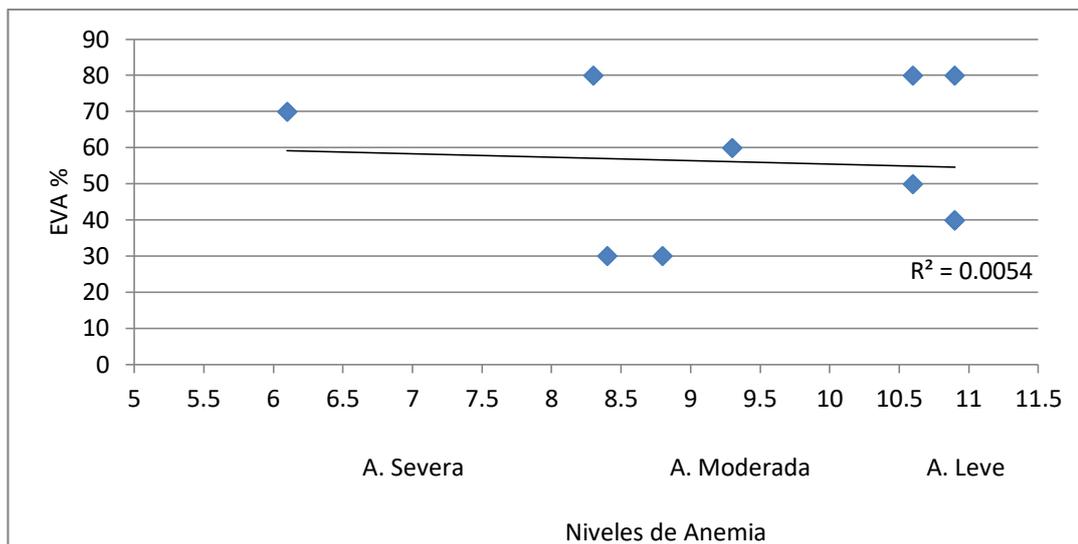


Figura 13. Relación entre el estado de salud valorado con la escala visual analógica (EVA) y niveles de anemia en pacientes varones que se hemodializaron.

Se aprecia que no hay correlación entre el estado de salud valorado con EVA y niveles de anemia, siendo r de Pearson $R^2 = 0.0054$. (r de Pearson nos indica que no hay correlación mientras más alejado está del número 1).

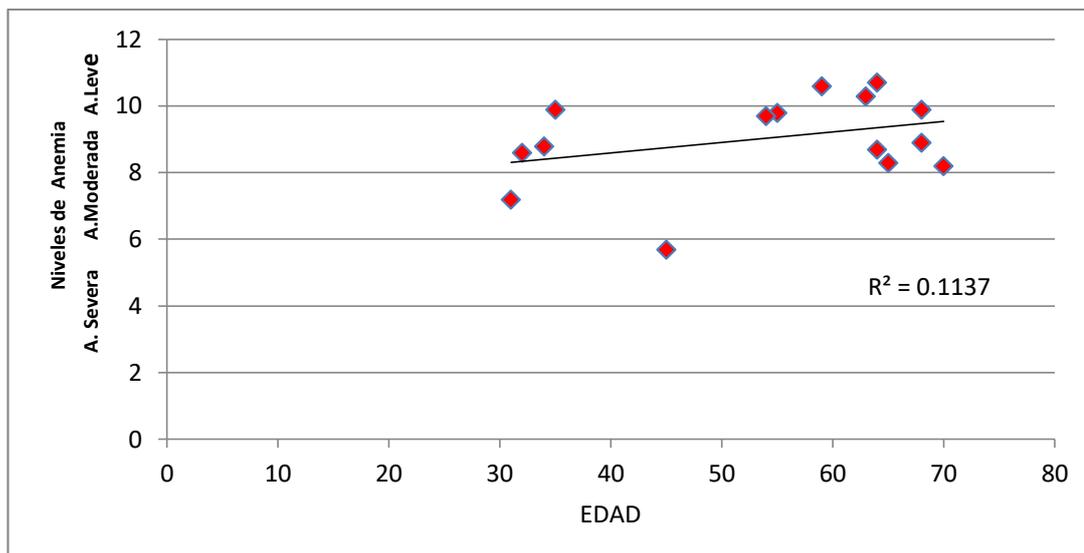


Figura 14. Relación entre niveles de anemia y edad en pacientes mujeres que se hemodializaron.

Se aprecia que no hay correlación entre Anemia y Edad, siendo r de Pearson $R^2 = 0.1137$. (r de Pearson nos indica que no hay correlación mientras más alejado está del número 1.)

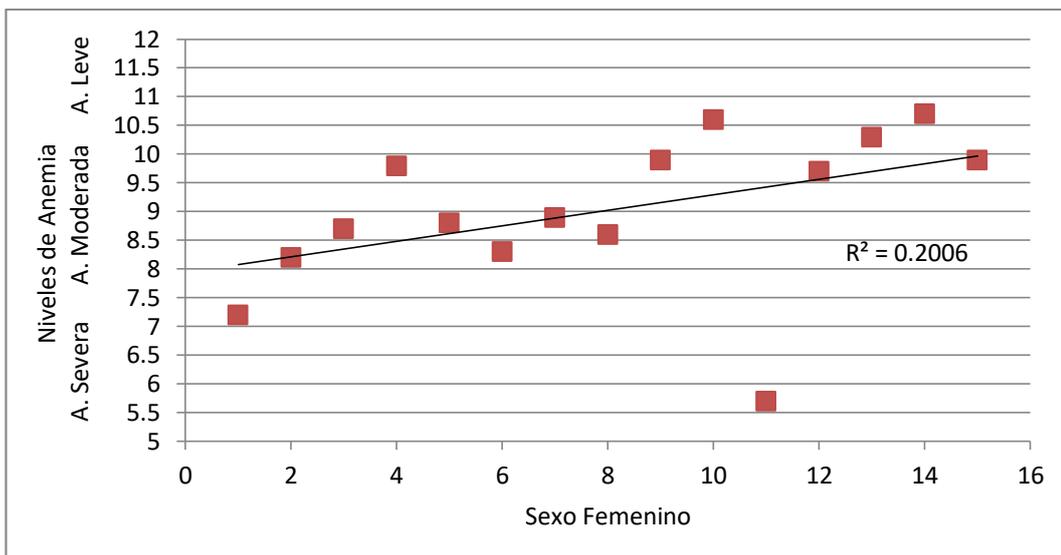


Figura 15. Relación entre niveles de anemia y sexo femenino en pacientes que se hemodializaron.

Se aprecia que no hay correlación entre Anemia y sexo femenino, siendo r de Pearson. $R^2 = 0.2006$ (r de Pearson nos indica que no hay correlación mientras más alejado está del número 1).

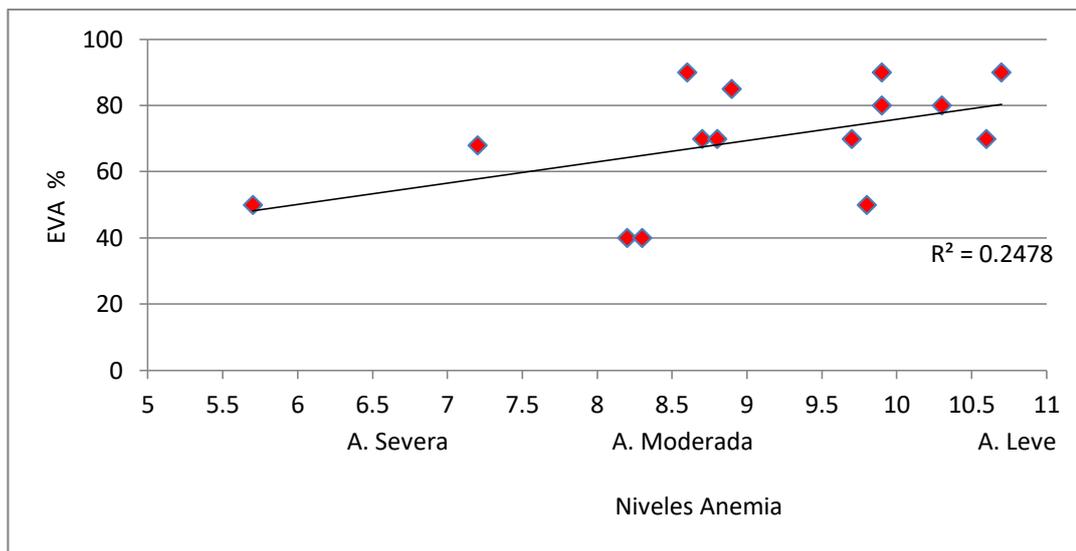


Figura 16. Relación entre el estado de salud valorado con la escala visual analógica (EVA) y niveles de anemia en pacientes mujeres que se hemodializaron.

Se aprecia que no hay correlación entre el estado de salud valorado con EVA y niveles de anemia, siendo r de Pearson $R^2 = 0.2478$ (r de Pearson nos indica que no hay correlación mientras más alejado está del número 1)

CAPITULO IV: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES

4.1 Discusión

De los 25 pacientes evaluados, 15 fueron mujeres (60%), y 10 fueron varones (40%).

El 72% del total de pacientes presento problemas en la dimensión movilidad y el 28% (7 pacientes), no presentaron problemas en esta dimensión, 7 pacientes con anemia que se hemodializaron pudieron caminar sin problemas. Asimismo con problemas de movilidad hay un 47% de mujeres y un 40% de varones que tienen anemia moderada y un 40% de varones con anemia leve.

En cuanto a la dimensión cuidado personal un menor porcentaje de pacientes 32% (8) presentó problemas en esta dimensión mientras que la mayoría el 68% (17 pacientes), no presentó problemas, 17 pacientes con anemia que se hemodializan pueden lavarse y vestirse sin problema.

También se observó que entre los pacientes que declararon tener problemas en esta dimensión el 20% tanto de varones como de mujeres tenían anemia moderada y un 20% de varones tenían anemia leve.

El 68% (17) de pacientes, presentaron problemas en actividades cotidianas y el 32% (8) de pacientes, no presentaron problemas en esta dimensión, es decir 8 pacientes con anemia que se hemodializan podían trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares. De los pacientes con problemas en esta dimensión, el 40% tanto

de varones como de mujeres (4 varones, 6 mujeres) tienen anemia moderada y se observa un 30% de varones con anemia leve.

En la dimensión dolor/malestar el 88% de los pacientes (22), presentan problemas y 12% no presentan problemas es decir 3 pacientes no tiene dolor o malestar; de los pacientes con problemas en esta dimensión, 67% (10) de mujeres tienen anemia moderada y 50% (5) de varones tienen anemia leve.

En la dimensión ansiedad/depresión el 60% (15) de los pacientes presentaron problemas y el 40% (10) de los pacientes no presentaron problemas en esta dimensión, es decir 10 pacientes no tiene problemas de ansiedad y depresión; de los pacientes con problemas en esta dimensión 40% (6) de mujeres y 30% (8) de varones tienen anemia moderada, hay 3 pacientes varones con anemia leve (3).

En relación a los pacientes varones que tienen problemas en las cinco dimensiones, se observa un mayor porcentaje de pacientes (50%) con anemia leve.

En relación a las pacientes mujeres que tienen problemas en las cinco dimensiones se observa un mayor porcentaje 67% (10 pacientes), con anemia moderada.

Comparando los gráficos que muestran las 5 dimensiones, se observa que hay mayor porcentaje de mujeres que varones con anemia moderada con problemas en la dimensión dolor/malestar, seguido de problemas en la movilidad, así como hay mayor porcentaje de varones que mujeres con anemia leve con problemas en la dimensión dolor malestar seguido de problemas en la dimensión movilidad.

En las dimensiones de cuidado personal y movilidad, las mujeres con anemia leve no presentaron ningún problema, y tampoco presentaron ningún problema en la dimensión de cuidado personal las mujeres con anemia severa.

Según las categorías de salud, se observa que hay mayor porcentaje de mujeres con anemia moderada (8%), en cada una de las categorías de salud, muy buena, buena, regular, mala y muy mala; en el caso de varones se observa un mayor porcentaje con anemia leve (8%): en las categorías de salud buena y mala y con anemia moderada en la categoría muy mala.

Se puede decir que es mayor el número de mujeres que a pesar de tener anemia moderada su estado de salud es bueno y muy bueno, es decir las mujeres a pesar de tener algún grado de anemia se sienten bien y tienen muy buena o buena calidad de vida.

La evaluación de Daza (2016), refiere que :

Sus pacientes evaluados (varones y mujeres) con el cuestionario EQ-5D a pesar de tener problemas de movilidad, o problemas de ansiedad/depresión, pudieron adaptarse adecuadamente a su enfermedad teniendo una percepción de su estado de salud buena, las pacientes mujeres se adaptaron con más facilidad que los varones a su enfermedad y obtuvieron mejor calificación de su salud con la escala visual analógica (EVA) a pesar de tener anemia moderada. En cuanto a las categorías los resultados fueron, muy buena, buena y regular, sin embargo en la presente investigación los resultados se distribuyeron en las 5 categorías, muy buena, buena, regular, mala, y muy mala.

Si los pacientes se sienten mal anímicamente, no tienen apoyo familiar o se deprimen constantemente, no van alimentarse adecuadamente, y sus defensas empiezan a disminuir, si bien es cierto la eritropoyetina ayuda a elevar los niveles de hierro en sangre, la alimentación y el estado de ánimo de los pacientes son muy importantes. Cuando los pacientes económicamente no tienen los medios para seguir una alimentación balanceada, se angustian, y tiene mucha ansiedad, no se van alimentar como es debido.

La parte emocional en estos paciente es importante, adultos mayores que viven solos, en casas de reposo, se deprimen, siente mucha ansiedad, no tiene deseos de hacer nada y van perdiendo el apetito, siente mucha tristeza y soledad, y no tiene buena disposición para mejorar o para cuidarse. .

Según los resultados del estudio, anemia y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal, la mayoría de pacientes (varones y mujeres) con anemia moderada presentaron algún tipo de problema, en alguna de las 5 dimensiones.

Según estudio de la población española, se trabajó con 3 grupos de población distinta, población general, pacientes crónicos y pacientes críticos, concluyendo que la población general es la que tiene menos problemas en algunas de las 5 dimensiones, los pacientes crónicos tiene mucho menos problemas que el grupo anterior sobre todo en la dimensión dolor/ malestar. Los pacientes críticos son los que peor estado de salud tienen, la dimensión que tienen más afectada es la de actividades cotidianas. (Badía, 1999).

La valoración del estado de salud de los pacientes con anemia moderada tanto varones como mujeres con la escala visual analógica (EVA), resultó buena, lo que quiere decir que a pesar de la anemia moderada estos pacientes se sienten bien y se perciben bien.

Los resultados de este estudio se asemejan a los resultados de Cobo Sánchez et al. (2011) quienes señalan que lo que más influye en la calidad de vida de los pacientes es:

Con quien conviven, asociándose a una peor percepción del estado de salud y a los problemas de depresión. Esto se puede deber a que los que viven solos son menos dependientes en cuanto a las actividades de la vida diaria, lo que hace lógicamente tengan una mejor calidad de vida relacionado a la salud.

La calidad de vida para Rodríguez (2011) se relaciona con:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Es un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto.

En relación al estadístico r de Pearson nos muestra que no existe correlación entre anemia y el estado de salud valorado con la escala visual analógica (EVA), los valores están alejados de 1, puede deberse a que la muestra en estudio fue pequeña.

4.2 Conclusiones

Los resultados mostraron que en los pacientes con enfermedad renal que se hemodializaron:

Hay mayor porcentaje de mujeres con anemia moderada que tienen problemas en la dimensión dolor/malestar mientras que el mayor porcentaje de varones con anemia moderada tienen problemas en las dimensiones movilidad y actividades cotidianas.

Hay mayor porcentaje de mujeres con anemia moderada con problemas en la dimensión dolor/malestar, mientras que hay mayor porcentaje de varones con anemia leve que tienen problemas en esta dimensión.

No se halló correlación entre anemia y el estado de salud valorado con la escala visual analógica (EVA) tanto en varones como en mujeres.

La anemia influye en la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal que se hemodializaron causando problemas en las cinco dimensiones de salud.

CAPITULO V BIBLIOGRAFÍA

5.1. Fuentes Bibliográficas

Badía, X. (1999). *Guía el Usuario. EQ-5D. EuroQol*. España

Bermejo, N. (2018, junio). Diagnóstico de la insuficiencia renal crónica. Web consultas - Revista de Salud y Bienestar. Recuperado de: <https://www.webconsultas.com/insuficiencia-renal-cronica/diagnostico-de-la-insuficiencia-renal-cronica-2381>

Daza, M. (2016). *Evaluación realizado por psicología del cuestionario EQ-5D a pacientes con ERCT que se HD*. Lima –Perú. Informe CNSR.

Cardona D, Agudelo HB. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2005; 23(1):79-90

Cobo, J. Pelayo, R. Ibarguren, E & Alonso, R. (2011) . Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 14 (.2).

Córdova-Villafuerte, N. (2014). Variabilidad en los valores de hemoglobina con la administración mensual de Metoxipolietilenglicolepoetina B a pacientes en hemodiálisis con anemia. *Rev. Soc. Peru. Med. Interna*, 27(1), 19-23,

Cunha, L. Vasconcelos, P. Alves, M. Santana do Santos, J.& De Oliveira, L. (2011).Evaluación de calidad de vida de pacientes de Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis renal. *Enfermería Global*, 23.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (2013, el 12 de marzo). *¿Qué es la Calidad de Vida?* Recuperado de:

<http://innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>

Loza, C. (2014, enero). La Enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública. *Boletín Epidemiológico-Ministerio de Salud*, 23(03),36-38. Recuperado de:

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>

Manual SEPAR de procedimientos, (2007). Herramientas para la Medida de

Calidad de vida relacionada con la salud Manual de Procedimientos,

Coordinadores módulo 12:. Barcelona. Publicaciones Permanyer.

Recuperado de:

<http://issuu.com/separ/docs/procedimientos12?mode=window&background-color=%23222222>

Medline Plus, (2018) Enfermedad Renal Crónica. Recuperado de:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000471.htm>

Molina, M., Sevillano, A. M., Ramos-Estévez, L. E. (2012). Anemia en paciente con enfermedad renal crónica: «no todo es insuficiencia renal» *Nefrología Sup Ext* 3(5):8-13

Murray, R., Mayer, P. & Granner, D. (1999). *Bioquímica de Harper*. México D.F. El Manual Moderno.

Pabón-Valera, Y., Paez-Hernandez, K., Rodríguez-Daza, K., Medina-Atencia, C., López Tavera, M., Salcedo-Quintero, L. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Revista Duazary* 12(2), 157-163.

- Pérez-Oliva, M., Buch, A., Herrera, R., Vargas, A., Suárez, G. & Piedra, P. (2013). *Guía de tratamiento de la anemia provocada por la enfermedad renal crónica con agentes estimulantes de la eritropoyesis para la Buena Práctica*. Recuperado de:
<http://files.sld.cu/nefrologia/files/2013/06/guia-de-tratamiento-de-la-anemia-provocada-por-la-enfermedad-renal-cronica-con-ae.pdf>
- Rodríguez, E (2012). Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, 216 y 11B, Siboney, a Habana, Cuba. Recuperado de:
<http://files.sld.cu/cimeq/files/2012/06/imq-2012-4-1-244-259-calidad-de-vida-y-percepcion-de-salud-en-mujeres-de-mediana-edad.pdf>
- Seguí, A., Amador, P. & Ramos, A.B. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 13(3).
- Silberberg, Ch. (2015). *Enfermedad Renal Crónica*. Medline Plus. Recuperado de:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000471.htm>
- Soriano, S. (1997, II trimestre). *Anemia en Insuficiencia Renal Crónica*. Revista SEDEN, 1997(2), 11-13.
Recuperado de:
<http://www.revistaseden.org/seccion.aspx?idRevista=4424170096100424170&idSeccion=4424170092424170>

Yepes, D. D., Montoya, J. M., Orrego, O. B., Cuéllar S.M., Yepes, N. J., López, M., J Salguero, B.M., Gómez, A. R. (2009). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud. Medellín, Colombia, 2008. *Nefrología*, 29(6): 548-556

ANEXOS

01. Matriz de Consistencia

ANEMIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL QUE SE HEMODIALIZAN EN CENTRO ESPECIALIZADO SANTA ENA.

Planteamiento del problema	Objetivos	Variables	Diseño	Instrumento	Estadística
<p><u>Problema General</u></p> <p>¿Cómo la anemia influye en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodIALIZAN en el Centro Especializado Santa Ena?</p>	<p><u>Objetivo General</u></p> <p>Determinar la influencia de la anemia en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodIALIZAN en el Centro Especializado Santa Ena.</p>	<p><u>Independiente</u></p> <p>Anemia</p> <p><u>Dependiente</u></p> <p>Calidad de vida</p>	<p><u>Método</u></p> <p>Descriptivo</p> <p><u>Diseño</u></p> <p>Descriptivo correlacional de corte transversal</p>	<p>Cuestionario de calidad de vida EQ-5D</p>	<p>r de Pearson</p>
<p><u>Problemas específicos</u></p> <p>a) ¿Cuáles son los niveles de anemia de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodIALIZAN en el Centro Especializado Santa Ena?</p> <p>b) ¿Cuál es la calidad de vida los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodIALIZAN en el Centro Especializado Santa Ena?</p> <p>c) Existirá relación entre anemia y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodIALIZAN en el Centro Especializado Santa Ena?</p>	<p><u>Objetivos específicos</u></p> <p>a) Evaluar los niveles de anemia de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodIALIZAN en el Centro Especializado Santa Ena.</p> <p>b) Evaluar la calidad de vida los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodIALIZAN en el Centro Especializado Santa Ena</p> <p>c) Determinar la relación entre anemia y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se hemodIALIZAN en el Centro Especializado Santa Ena</p>				

Especializado Santa Ena?					
-----------------------------	--	--	--	--	--

02. Instrumento para la toma de datos

Cuestionario EQ-5D

Marque con una cruz como esta la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

Mejor estado
de salud
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Peor estado
de salud
imaginable

Como las respuestas son anónimas, la información personal que le pedimos a continuación nos ayudará a valorar mejor las respuestas que nos ha dado.

1. ¿Tiene usted experiencia en enfermedades graves?

(conteste a las tres situaciones)

	Sí	No
<i>en usted mismo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>en su familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>en el cuidado de otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

2. ¿Cuántos años tiene?

3. Es usted:

Varón	Mujer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

4. Es usted:

<i>fumador</i>	<input type="checkbox"/>
<i>ex-fumador</i>	<input type="checkbox"/>
<i>nunca ha fumado</i>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

5. ¿Trabaja o ha trabajado en servicios de salud o sociales?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

Si ha contestado sí, en calidad de qué?.....

6. ¿Cuál es su principal actividad actual?

<i>empleado o trabaja para si mismo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>retirado o jubilado</i>	<input type="checkbox"/>
<i>tareas domésticas</i>	<input type="checkbox"/>
<i>estudiante</i>	<input type="checkbox"/>
<i>buscando trabajo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>otros (por favor especifique)</i>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

7. ¿Nivel de estudios completados?

Leer y escribir	<input type="checkbox"/>
Elementaria, intermedia	<input type="checkbox"/>
Secundaria, vocacional	<input type="checkbox"/>
Universidad	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

8. Si conoce su código postal, por favor escríbalo aquí:

03. Análisis de Laboratorio

Para evaluar los niveles de hemoglobina en estos pacientes se utilizó análisis de laboratorio que determinó que pacientes tenían anemia.

Valores Normales de hemoglobina.

- Hombre: ≥ 11 g/dl (*)

- Mujer: ≥ 11 g/dl (*)

(*) Se considera valores normales para pacientes con enfermedad renal crónica terminal ≥ 11 g/dl, en estos pacientes no se puede elevar demasiado la hemoglobina porque les pueden producir hipercromatosis (incremento de los depósitos de hierro en el organismo), el incremento de hemoglobina puede elevar la presión arterial, la sangre se pone más densa y puede obstruir la fístula.

Los análisis de laboratorio para determinar anemia, se realizaron cada mes en el centro especializado Santa Ena. Los valores de referencia que se utilizaron fueron los del laboratorio Roe.

LABORATORIOS ROE



ANALISIS	RANGO DE REFERENCIA	UNIDADES
HEMOGRAMA [CBC]		
LEUCOCITOS	(4.0 - 11.0) (niños) (4 - 16)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
- diferencial porcentual:		
- mielocitos	(0)	%
- metamielocitos	(0)	%
- abastionados	(0 - 5)	%
- segmentados	(42 - 72)	%
- linfocitos	(20 - 51)	%
- monocitos	(0 - 12)	%
- eosinófilos	(0 - 5)	%
- basófilos	(0 - 1)	%
- otros	(0)	%
- diferencial absoluto:		
- mielocitos	(0)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
- metamielocitos	(0)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
- abastionados	(0.0 - 0.7)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
- segmentados	(1.8 - 7.7)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
- linfocitos	(1.0 - 5.0) (2.0-8.0)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
- monocitos	(0.0 - 1.0)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
- eosinófilos	(0.0 - 0.5) (0.0-0.7)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
- basófilos	(0)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
- otros	(0)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
HEMATIES	(3.80 - 5.80)	$\times 10^6/\text{mm}^3$
HEMOGLOBINA	(12.0 - 17.2) (11 - 15)	g/dL
HEMATOCRITO	(36.0 - 51.0) (33 - 44)	%
VOL. CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	(82.0 - 98.0) (75 - 90)	fL
HB. CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	(27.0 - 32.0) (25 - 30)	pg
CONC.HB.CORPUSC.MEDIA (CHCM)	(30.0 - 35.0)	%
R.D.W.(índice de anisocitosis)	(11.5 - 14.0)	%
PLAQUETAS RECUENTO DE	(150 - 450)	$\times 10^3/\text{mm}^3$
VOL. PLAQUETARIO MEDIO (VPM)	(7.0 - 11.0)	fL

Jen Pae