



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA A INMUNOSUPRESORES
EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE HÍGADO**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

CHACÓN QUISPE, KARINA CARMEN
ACEVEDO SEBASTIÁN, FIORELLA YAMILE

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Primeramente, agradecemos a Dios por su gran bondad y su constante fidelidad en nuestras vidas.

Karina:

Este trabajo lo dedico a mis padres Alfonso Chacón y Carmen Quispe por enseñarme a andar por el camino del bien, a mis hermanos en especial a Luis Chacón por su incansable apoyo y compañía a lo largo de mi carrera, a mis hermanos Darío, Luis, Leodan, Ulises y Guadalupe para que cumplan todas sus metas y sueños en la vida.

A las personas que me animaron a emprender esta loable y noble profesión y siempre me apoyaron, en especial a la enfermera Gladis Poma Mendo.

Fiorella:

Este trabajo se lo dedico en primer lugar a mis padres por enseñarme a ser perseverante y lograr mis objetivos, a mi esposo por su paciencia infinita, comprensión y apoyo en este camino con dificultades, a mis hermanos por sus enseñanzas, ejemplos y amor. A una persona muy especial que me apoyo durante todo este tiempo.

AGRADECIMIENTO

Nuestro sincero y profundo agradecimiento.

A los profesores que compartieron sus conocimientos, experiencias, éxitos, fracasos y nos alentaron a seguir estudiando.

A todas las personas que de una u otra manera han dado grandes y valiosos aportes para realizar esta investigación

Agradecemos a nuestro asesor Dr. Hernán Hugo Matta Solís por su gran capacidad y su paciencia durante todo el desarrollo de la tesis, Dios le ayude siempre a seguir siendo un excelente maestro y persona como lo es hasta ahora.

A las autoridades y jefes del hospital Edgardo Rebagliati quienes nos abrieron las puertas de la institución con confianza para poder investigar y aportar las experiencias y conocimientos a la institución.

ASESOR DE TESIS

Dr. Hernán Hugo Matta Solís

JURADOS

Presidente: Mg. Wilmer Calsín Pacompia.

Secretario: Dra. Rosa Eva Pérez Siguas.

Vocal: Mg. Zarely Glenni Garay.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ASESOR DE TESIS.....	v
JURADOS.....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	14
1.1 Planteamiento del problema	14
1.2 Formulación del problema	19
1.3 Justificación	19
1.4 OBJETIVOS.....	21
1.4.1 Objetivo General	21
1.4.2 Objetivos Específicos.....	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	23
2.1 ANTECEDENTES.....	23
2.1.1 A nivel Internacional.....	23
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	28
2.2 BASE TEÓRICA.....	29
2.2.1 Calidad de vida.....	29
2.2.2 Adherencia Terapéutica	33
2.2.3 Trasplante de hígado	35
2.2.4 Teorías de enfermería relacionadas a la calidad de vida y la adherencia al tratamiento inmunosupresor.....	40
2.3 Terminología básica	41
2.4 Hipótesis.....	42
2.5 Variables.....	42
2.5.1 Operacionalización de Variable 1	43
2.5.2 Operacionalización de Variable 2.....	44

CAPÍTULO III. DISEÑO Y MÉTODO	45
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	46
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	49
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
4.1 RESULTADOS:	51
4.2 DISCUSIÓN.....	65
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
5.1 CONCLUSIONES:	70
5.2 RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de los pacientes trasplantados de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	51
Tabla 2: Relación entre la Calidad de vida y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	52
Tabla 3: Adherencia terapéutica a inmunosupresores (ITAS) en pacientes con trasplante de hígado del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	53
Tabla 4: Calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.	54
Tabla 5. Calidad de vida según el componente de salud Física en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017	55
Tabla 6: calidad de vida según el componente de salud mental en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017	56
Tabla 7: Relación entre la calidad de vida según la dimensión función física y la adherencia terapéutica a inmunosupresor en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	57
Tabla 8: Relación entre la calidad de vida según la dimensión rol físico y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	58
Tabla 9: Relación entre la calidad de vida según la dimensión dolor corporal y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	59
Tabla 10: Relación entre la calidad de vida según la dimensión salud general y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en	

pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	60
Tabla 11: Relación entre la calidad de vida según la dimensión vitalidad y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	61
Tabla 12: Relación entre la calidad de vida según la dimensión función social y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	62
Tabla 13: Relación entre la calidad de vida según la dimensión rol emocional y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	63
Tabla 14: Relación entre la calidad de vida según la dimensión salud mental y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.	64

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos	81
Anexo 2: Consentimiento informado	87
Anexo 3: Medición del SF 36	88
Anexo 4: Graficos estadísticos.....	88
Anexo 5: Medición de la variable 1 y la variable 2	101
Anexo 6: Cuadro operacional de la variable	1077
Anexo 7: Pruebas de Normalización de la variable 1 y la variable 2.....	1088
Anexo 8: Pruebas de Normalización de las dimensiones de la variable 1	1122
Anexo 9: Prueba de Correlación de la variable 1 y la variable 2.....	1255

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2017. **Materiales y método:** la presente investigación fue de tipo cuantitativo correlacional y de corte transversal, la población fue de 15 pacientes pertenecientes al programa de trasplante de hígado. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF-36 y la escala de adherencia al tratamiento inmunosupresor (ITAS) instrumentos validados y confiables. **Resultados:** A través del análisis Chi cuadrado se pudo determinar que con un nivel de significancia de 5% y con grados de libertad 4 según la tabla de valor de Chi cuadrado obtuvimos un valor límite de 9.492, y según nuestro análisis realizado obtuvimos un valor Chi cuadrado de Pearson de 10.95 donde llegamos a concluir que nuestra hipótesis alterna de investigación es aceptada. Es decir que la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado está relacionada con la adherencia al tratamiento inmunosupresor. **Conclusión:** Se encontró relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica a inmunosupresores de los pacientes con trasplante de hígado.

Palabras claves: “Calidad” “de” “vida” ”adherencia” “terapéutica” “trasplante” “de” “hígado” ”inmunosupresión”

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the quality of life and the therapeutic adherence to immunosuppressants in patients with liver transplant of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital 2017.

Materials and methods: the present investigation was of a correlational and cross-sectional quantitative type, the population was 15 patients belonging to the liver transplant program. The quality of life questionnaire SF-36 and the scale of adherence to immunosuppressive treatment (ITAS) validated and reliable instruments were used. **Results:** Through the Chi square analysis it was possible to determine that with a level of significance of 5% and with degrees of freedom 4 according to the table of value of Chi square we obtained a limit value of 9,492, and according to our analysis we obtained a Chi value Pearson square of 10.95 where we conclude that our alternative hypothesis of research is accepted. This means that the quality of life of patients with liver transplantation is related to adherence to immunosuppressive treatment. **Conclusion:** A relationship was found between quality of life and therapeutic adherence to immunosuppressants in patients with liver transplantation.

Key words: Quality of life, therapeutic adherence, liver transplant, immunosuppression.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en estos últimos años dio a conocer que las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%, y esta cifra es aún menor en los países en vías de desarrollo. La falta de adherencia a los tratamientos descritos se considera un problema mundial de gran magnitud, y esto conlleva a problemas económicos y clínicos afectando la salud y la calidad de vida de las familias y las poblaciones en general, por eso es importante estudiar los factores que lo originan para poder solucionarlo, asimismo este organismo presento un informe que para el 2020 se lograra solo un 65% de adherencia y/o cumplimiento para las enfermedades crónicas (1). Entre estos se encuentran también las enfermedades crónicas del hígado. Estudios realizados sobre avances en el diagnóstico y la terapia realizados a nivel mundial en estas últimas décadas no logran resolver los problemas relacionados con el cumplimiento indicado o prescrito por el medico hacia el paciente, a pesar de que se disponen de medicamentos altamente eficaces y se estudie con mayor profundidad la causa y las manifestaciones de numerosas enfermedades sin embargo muchas de estas enfermedades no pueden ser controladas debido a la falta de adherencia a las prescripciones. La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y la calidad de vida ya que la responsabilidad del cumplimiento recae

sobre los mismos pacientes ellos deciden si lo van a cumplir o no, con las indicaciones médicas, como seguir dietas o prácticas de ejercicios físicos (1).

La OMS, refiere que la falta de cumplimiento al tratamiento indicado es una de las causas por la cual no se obtienen todos los beneficios que los medicamentos pueden brindar a los pacientes, el incumplimiento de los mismos tiene repercusiones desde el punto de vista clínico, médico económico y psicosocial afectando situaciones como la calidad de atención, la relación entre médico – paciente, la racionalidad de los recursos y los servicios entre pacientes, asimismo afectando la calidad de vida, entre otros a su vez originando un problema de salud pública mundial sobre todo afectando de manera alarmante en los países más pobres (2).

Recordemos lo descrito anteriormente que según el análisis realizado por la Organización Mundial de la Salud en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es solo de un 50% y se supone que esta deficiencia sea mayor en los países en desarrollo. Ya sea por la mala distribución de recursos, la cultura sobre la educación sanitaria, o por falta de equidad en el acceso a la atención de salud, este dato permite reconocer que solo la mitad de las personas con enfermedades crónicas realizan sus tratamientos, en nuestro estudio cabe resaltar que las enfermedades crónicas del hígado también requieren de un tratamiento continuo y prolongado, el incumplimiento de los tratamientos hace que el paciente llegue en menor tiempo a una etapa terminal llegando a practicarse el trasplante de hígado a su vez el incumplimiento del tratamiento posterior al trasplante pone en peligro la capacidad del sistema de salud y de no poder lograr sus objetivos en relación con la salud de la población y su calidad de vida. Osea que la población que representa la mitad de los no adherentes se encuentran en riesgo de sufrir recaídas, secuelas, como también pueden llegar a una muerte prematura o como es el caso de los pacientes en nuestro estudio que son los trasplantados de hígado corren el riesgo de perder el injerto o llegar a complicaciones en el pos trasplante con independencia de los diferentes criterios y técnicas que se utilizan para evaluar el grado de adhesión a los diferentes tratamientos donde se registran datos sobre la

frecuencia de cumplimiento en algunas enfermedades crónicas, Los pacientes con problemas hepáticos como la hepatitis, en un estudio sobre "adherencia y persistencia al tratamiento en pacientes con infección crónica por el virus de la hepatitis B" realizado en España encontramos que el 98% de los pacientes son adherentes al tratamiento y esto responde a que el tratamiento es fácil de realizarse, además de ello dentro de este estudio de los 200 casos realizados el 97% fueron trasplantados. A pesar de la importancia de la adherencia a la medicación inmunosupresora en la supervivencia del trasplante hepático, existen pocos estudios en España y la mayoría de los estudios realizados son estadounidenses y europeos (3).

En los países de nuestra región la falta de información se considera un problema de salud que nos impide obtener información adecuada y documentada para el tratamiento y el seguimiento oportuno y brindarles el cuidado que los pacientes trasplantados de hígado lo requieren. En estos últimos diez años se ha incrementado muchas de las enfermedades hepáticas en la población peruana elevando los índices de incidencia , especialmente aquellas que son originadas por el abuso del alcohol y las enfermedades virales ocasionados por el virus B y C incrementándose así los trasplantes de hígado en adultos como también en niños, convirtiéndose en el mejor tratamiento por elección para salvar vidas en los pacientes en casos como afecciones congénitas, tumores, hepatitis o patologías crónicas que producen altos déficits de la función hepática. De hecho, aún el porcentaje de trasplantes es bajo en nuestro país debido a la cultura de donación de órganos y por lo mismo no encontramos estudios que reflejan temas como la adherencia y/o falta de adherencia al tratamiento que esté relacionado a la calidad de vida de dichos pacientes (4). El problema de cultura hace que los pacientes lleguen con diferentes situaciones clínicas y sociales. Además, en los distintos estadios de la enfermedad en que se encuentran los pacientes condiciona sus expectativas de vida frente al trasplante y su calidad de vida en el futuro. El aumento de la cirugía de los trasplantes de órganos y los efectos en la percepción de salud física y mental en los pacientes ha llevado a que el concepto de calidad de vida cobre cada vez más relevancia que implica múltiples factores que incluyen tanto lo físico

como lo mental y el análisis de las necesidades y motivaciones humanas. Por lo tanto, este concepto debe ser abordado desde diferentes saberes.

Según la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene 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 de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (5).

El trasplante de hígado permite al paciente con enfermedad hepática terminal la oportunidad de aumentar su calidad de vida, junto con el aumento de la supervivencia. Sin embargo, la adherencia a la terapéutica de inmunosupresores, es uno de los grandes desafíos a los que se enfrentan los pacientes con trasplante de órganos sólidos a nivel mundial, principalmente durante el periodo de la adolescencia, período en el cual constituye la principal causa de pérdida de injerto. Por lo mismo también es importante relacionar el concepto de adherencia terapéutica con la calidad de vida donde encontramos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento (6).

Es por ello que se debe poner énfasis en equipos de trabajo multidisciplinarios, con contacto permanente y refuerzo de la educación hacia el paciente y su familia, apoyado por la unidad de salud mental del centro trasplantador. Es muy difícil detectar a un paciente que no se toma bien el tratamiento y este comportamiento induzca a modificaciones en el tratamiento y aumento de las hospitalizaciones, también se debe tener en cuenta la personalidad engañosa de algunos pacientes que simulan buen cumplimiento. Todo esto nos demuestra el papel tan importante que tiene la Enfermera en la Consulta de Trasplante Así mismo, el concepto de terapia ajustada al

paciente debe también considerar favorecer medicamentos de más fácil administración, aceptación y con menos efectos colaterales ya que los resultados de la mejora de la calidad de vida y el riesgo al rechazo del injerto, están estrechamente vinculados con el compromiso diario del paciente, con la terapia inmunosupresora (7).

El tiempo de supervivencia del receptor del injerto puede variar de acuerdo con el diagnóstico inicial, que oscila entre 60 y 70% en los primeros cinco años, dependiendo del tipo de enfermedad primaria que conduce a la necesidad de trasplante. Vale la pena señalar que el procedimiento permite que aproximadamente el 80% de los pacientes reanuden sus actividades de trabajo.

Es de destacar que la inmunosupresión posterior al trasplante de órganos sólidos es de por vida. Es por esto que la adherencia al tratamiento por períodos prolongados es fundamental para evitar el rechazo y la pérdida del injerto. Está claro que la falta de adherencia a la terapia inmunosupresora aumenta el riesgo de pérdida del injerto, además hay un aumento de la morbilidad, representada por la presencia de temblor, nefrotoxicidad y la insuficiencia renal aguda y también el aumento de la mortalidad y re-hospitalización elevando los costos para el sistema de salud. En muchos de los estudios encontrados sobre la cuestión de la falta de adherencia a la terapia inmunosupresora en pacientes sometidos a trasplante hepático se produjeron principalmente en América del Norte y Europa. Otro hecho de igual relevancia se refiere a la ausencia de estudios realizados por los profesionales de enfermería, ya que el 90% de los artículos encontrados son los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por los profesionales de otros campos de conocimiento (7).

Razón por la cual es oportuno y necesario, investigar cuál es la relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica de inmunosupresores en los pacientes con trasplante hepático, y fomentar hábitos a través de la educación al paciente que mejoren su calidad de vida y su adherencia a terapia inmunosupresora logrando la sobrevida más prolongada.

En este contexto emergen interrogantes como:

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado?

La calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado tiene una estrecha relación con la adherencia inmunosupresora.

La falta de adherencia terapéutica a los inmunosupresores provoca un rechazo del órgano trasplantado.

Los pacientes con mayor adherencia terapéutica a los inmunosupresores mejoran su calidad de vida.

De este conjunto de interrogantes se ha seleccionado una que se formula en el acápite siguiente.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál será la relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado?

1.3 Justificación

Es de vital importancia recordar primeramente que la mayoría de las enfermedades crónicas del hígado son asintomáticas en sus fases iniciales, lo que no quiere decir que no precisen de tratamiento pues pueden agravarse con el paso de los años y evolucionar, motivo por el cual el paciente llega al hospital con la enfermedad en etapa terminal, determinando la posibilidad de un trasplante hepático cambiando el órgano severamente dañado con insuficiencia funcional terminal, por el mismo órgano sano de otro individuo vivo o con muerte cerebral.

En nuestro país actualmente este es un problema de salud crónico por la falta de conocimiento de la población. La práctica que se realiza en los trasplantes ha permitido aumentar la supervivencia de muchas personas, quienes se abre un futuro incierto; aunque a veces resulta difícil ellos tienen que aprender a optar por una calidad de vida y lograr cumplir el tratamiento con

inmunosupresores para no poner en riesgo el injerto y reincorporarse en la sociedad y lograr un puesto laboral donde puedan ser independientes funcionalmente laboral, familiar, económicamente y hasta reproductiva.

El alcance social estará dirigido a los pacientes con trasplante de hígado a quienes se les brinda educación por parte del personal de enfermería ya que pasa la mayor cantidad de horas junto al paciente en el pre y post trasplante sobre el cuidado del injerto y la relevancia que tiene el tratamiento inmunosupresor, nos ayudará a que podamos mejorar la calidad de vida de los pacientes, la reducción de la ansiedad y el empoderamiento de la persona frente al proceso de la enfermedad y una mayor adherencia al tratamiento con inmunosupresores, ya que resulta relevante recordar al alto consumo de recursos humanos y económicos para los cuidados de la salud que requieren este tipo de pacientes. A esto se agrega la toma de decisiones con respecto a la correcta asignación de dichos recursos y evitar los sobregastos al estado y la sociedad.

En este estudio se utilizó técnicas cuantitativas, como los cuestionarios de preguntas a los pacientes con trasplante hepático. Y es conveniente estudiarlo porque servirá para determinar la importancia de fomentar prácticas que ayuden a mejorar la calidad de vida y adherencia a los inmunosupresores en los pacientes trasplantados. Además, servirá como fuente de información para otras áreas de conocimiento cuyos resultados podrán ser aplicados en nuevos estudios con referencia a este importante tema, es factible realizarlo porque se tiene accesibilidad al hospital Edgardo Rebagliati Martins y se cuenta con el apoyo de la jefa del servicio de hígado, asimismo a la fuente de los datos y el acceso directo con los pacientes, los costos son accesibles para este estudio.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la adherencia terapéutica a inmunosupresores en paciente con trasplante de hígado.
- Identificar la calidad de vida, en pacientes con trasplante de hígado.
- Identificar la calidad de vida según el componente de salud física de los pacientes con trasplante de hígado.
- Identificar la calidad de vida según el componente de salud mental de los pacientes con trasplante de hígado.
- Identificar la calidad de vida según la dimensión función física, y su relación con la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado.
- Identificar la calidad de vida según la dimensión rol físico y su relación con la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado.
- Identificar la calidad de vida según la dimensión dolor corporal y su relación con la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado.
- Identificar la calidad de vida según la dimensión salud general y su relación con la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado
- Identificar la calidad de vida según la dimensión vitalidad y su relación con la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado
- Identificar la calidad de vida según la dimensión función social y su relación con la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado

- Identificar la calidad de vida según la dimensión rol emocional y su relación con la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado.
- Identificar la calidad de vida según la dimensión salud mental y su relación con la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel Internacional

Montolio Oliver Auristela, en Valencia, en el año 2015, realizó un estudio titulado “Calidad de vida y trasplante hepático”, con el objetivo de conocer las características sociodemográficas, la personalidad, síntomas psicológicos predominantes y la calidad de vida relacionada con la salud en personas con trasplante de hígado, riñón y pulmón, en cuanto a la metodología fue un estudio cuantitativo descriptivo, la población estuvo conformada por 164 pacientes el instrumento que utilizo fue el SF-36. Entre los resultados que encontró fue que la población trasplantada mejora su calidad de vida en los aspectos temperamentales y cognitivos de la personalidad en un 60% y en los aspectos psicológicos generales existen similitudes y/o diferencias entre las tres muestras de los trasplantados, llego a la siguiente conclusión:

Que los pacientes trasplantados mejoran su calidad de vida (8).

Asavakarn S, Sirivatanauksorn Y, Promraj R, Ruenrom A, Limsrichamrern S, Kositamongkol P, Mahawithitwong P, Tovikkai C, Dumronggittigule W, en Siria en el año 2015, realizaron un estudio titulado “Abordaje educativo farmacéutico sistemático para mejorar la adherencia a fármacos en receptores de trasplante de hígado” con el objetivo de mejorar la

adherencia en la terapia con fármacos inmunosupresores para enfatizar el conocimiento de los pacientes y el conocimiento de las terapias inmunosupresoras y farmacológicas en cuanto al método fue un estudio comparativo transversal donde participaron 50 receptores de trasplante de hígado en cuanto al instrumento que utilizaron fue un cuestionario validado donde analizaron los problemas relacionados con las drogas y las pruebas educativas pre y post trasplante, en cuanto a los resultados con este programa educativo farmacéutico sistemático, obtuvieron un promedio total de 3,48 en el pre trasplante a 13,30 puntos posterior al trasplante. Asimismo, las puntuaciones medias de las 3 partes aumentaron significativamente parte I: 2,28 a 8,18, parte II: 0,75 a 3,63 y parte III: 0,46 a 1,50 La no adherencia y las reacciones adversas a los fármacos fueron del 8%, 4% y 2% respectivamente. Conclusiones:

Un enfoque educativo farmacéutico sistemático puede mejorar significativamente el conocimiento y la conciencia de los pacientes sobre el uso de fármacos inmunosupresores (9).

Mendoza Sánchez Federico, Ramírez González Luís Ricardo, Reyes Cruz Alejandro, González Ojeda Alejandro, Chávez Tostado Marian de Guadalupe, Macías Amezcua Michel Dassaej, Hernández Machuca Joel, Cervantes Pérez Enrique, García Ramírez Bertha Esthefanía, Fuentes Orozco Clotilde, en México, en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático”, con el objetivo de evaluar la calidad de vida de los pacientes trasplantados de hígado de donante fallecido el método que utilizaron fue el método cuantitativo -descriptivo el instrumento que utilizaron fue el cuestionario SF-36 en español, donde participo una población de 37 pacientes entre los principales resultados que obtuvieron fue que las puntuaciones más altas de mejoría se observaron en salud mental (56.7%), función social (54%) y rol emocional (54%). y en el menor de los cuartiles fue en el rol físico (10.8%). Llegando a las siguientes conclusiones:

Que el trasplante hepático mejora la calidad de vida de los pacientes logrando que muchos de ellos regresaron a sus

actividades laborales a tiempo completo y el resto hacia sus actividades cotidianas (10).

Ozquilkarayurtyaprak S. Tarkanunek Ibrahim Astarcioglu en Izmir Turquía, en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Adherencia a los medicamentos inmunosupresores, adherencia terapéutica, rendimiento escolar, experiencia de síntomas y niveles de depresión en pacientes que han sufrido trasplante hepático durante la infancia.” con el objetivo de investigar la adherencia a la medicación inmunosupresora, la adherencia terapéutica, el desempeño escolar, las experiencias de los síntomas y los niveles de depresión de los pacientes que se sometieron a trasplante de hígado durante la infancia. En cuanto al método es un estudio retrospectivo, transversal, donde participaron una población de 37 pacientes, en cuanto al instrumento, utilizaron el cuestionario Escala de Adhesión a la Terapia Inmunosupresora (ITAS), el Cuestionario de Adherencia al Régimen Terapéutico Escolar, entre los resultados que obtuvieron fue que la mayor tasa de adherencia se dio hacia las citas programadas 55.5 % y la adherencia a la dieta prescrita fue de 33,3% y en cuanto al ejercicio 44,4% en cuanto a la terapia inmunosupresora fue la puntuación media de 11.18 así como también fue en el caso de la depresión de los pacientes fue 7,77 llegaron a las siguientes conclusiones:

La adhesión de los receptores con terapia inmunosupresora y las citas clínicas programadas fue alta (11).

Promraj R, Dumronggittigule W, Sirivatanauksorn Y, Ruenrom A, Tovikkai C, Limsrichamrern S, Kositamongkol P, Mahawithitwong P, Asavakarn S., en Siria en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Adhesión a fármacos inmunosupresores en receptores de trasplante de hígado”, con el objetivo de evaluar la adherencia a la medicación inmunosupresora en receptores de trasplante hepático. En cuanto al método fue un estudio transversal donde participaron un total de 50 receptores de trasplante de hígado en cuanto al instrumento usaron el cuestionario de Escala de Adhesión a la Terapia Inmunosupresora (ITAS) donde obtuvieron resultados de adherencia en un 82,6% llegaron a las siguientes conclusiones:

Que el programa que aplicaron (S-SMAOT) tuvo un enfoque eficaz para mejorar significativamente la adherencia a la medicación inmunosupresora en los receptores de trasplante de hígado (12).

Valente G, Rinaldi Luca, Sgambato M, Piai Guido En Italia en el año 2013, realizaron un estudio titulado “Eficacia y Seguridad de la Conversión de tacrolimus a una toma diaria en Pacientes con Trasplante Hepático que Permanecen Estables”, con el objetivo de realizar la reducción de la frecuencia de administración de los inmunosupresores. En cuanto al método hicieron un estudio observacional donde participaron una población de 34 pacientes. La terapia inmunosupresora estaba basada en tacrolimus, en asociación con micofenolato mofetil en el 59% de los casos .En cuanto a los instrumentos utilizaron la escala BAASIS y la escala visual analógica (EVA), donde encontraron los siguientes resultados: la conversión de tacrolimus convencional de dos tomas diarias a TAC-AP a una toma al día, alcanzó niveles adecuados de seguridad y eficacia, Las conductas más frecuentes fueron la falta de consumo de alguna dosis 35% al comienzo del estudio y a 17% posterior a la conversión y los retrasos en la ingesta 41% y 32% después de la conversión en conclusión:

Los pacientes no deseaban retomar al esquema de dos dosis por día (13).

Rodrigue R, David R, Nelson M, Douglas W, Hanto MD, Alan R, Michael P, Curry MD, Beth Israel Deaconess Medical Center y la Escuela de Medicina de Harvard, Boston, Massachusetts (JRR, MPC), la Universidad de Florida, Gainesville (DRN), la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, Calle Louis, Missouri (DWH), Universidad de Iowa, Iowa City (AIR), en EE.UU en el año 2013 se realizó un estudio titulado “No-Adherencia a la inmunosupresión reportada por el paciente de 6 a 24 meses después del trasplante de hígado: asociación con pre trasplante factores psicosociales y percepciones del cambio de estado de salud”, con el objetivo de conocer la prevalencia y los factores de riesgo de la no adherencia de la inmunosupresión después del trasplante de hígado En cuanto al método es un estudio retrospectivo cuantitativo con una

población de 236 adultos En cuanto al instrumento utilizaron una encuesta a través de una entrevista telefónica. donde obtuvieron los siguientes resultados que 82 pacientes fueron no adherentes (35%) omitieron dosis y 34 pacientes (14%) fueron dosis alteradas (no adherente), 71 pacientes (30%) informaron que tomaron los inmunosupresores pasados de una o a más de 24 horas en los últimos 6 meses donde se obtuvieron las siguientes conclusiones :

Que los pacientes durante el pre trasplante sufrieron alteraciones de trastorno en el ánimo e inestabilidad en el apoyo social y esto ocasionó la no adherencia a la terapia inmunosupresora (14).

Beckebaum Susanne, Lacob Speranta, Sweid Dani, C Georgios, Sotiropoulos, Saner Fuat, Kaiser Gernot, Radtke Arnold, Klein Christian G, Erim Yesim, De Geest Sabina, Paul Andreas, en Estados Unidos en el año 2011. Realizaron un estudio titulado “Eficacia, seguridad y adherencia inmunosupresora en pacientes con trasplante de hígado estable que se convirtió en un régimen basado en la administración de tacrolimus de dos veces al día, a una formulación de liberación prolongada de tacrolimus a una vez al día” con el objetivo de determinar eficacia de la adherencia y la seguridad de la administración de los inmunosupresores en cuanto al método fue un estudio de diseño prospectivo observacional no intervencionista con una población de 125 pacientes el instrumento de medida que utilizaron fue la escala BAASIS y los resultados que obtuvieron fueron altas que llegaron a 62,4% en los pacientes que ingerían 2 dosis por día, y posteriormente la concentraciones disminuyeron a un 36,0% donde llegaron a las siguientes conclusiones:

Que la no adherencia medida; fue evidente en el 66,4% al inicio del estudio y disminuyó al 30,9% después de la conversión de 2 tomas de tacrolimus convertido a una dosis de liberación prolongada por día, es segura, mejora la adherencia de los inmunosupresores (15).

Burgos A, Amador A, Andrade B, en Colombia 2007. Realizaron un estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado”, con el objetivo de describir y evaluar la calidad de vida de pacientes con

trasplante hepático, en cuanto al método que utilizaron fue de tipo descriptivo correlacional con una población de 25 pacientes el instrumento que utilizaron fue una encuesta semiestructurada validada por 3 expertos, entre los resultados más resaltantes demostraron que el trasplante de hígado mejora la calidad de vida de los pacientes en un 80 %, tanto en el aspecto psicológico como en el físico. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Que en la categoría estatus funcional mejora la calidad de vida de los pacientes sin importar el tiempo del trasplante llegando a desarrollarse como un ser integral tanto en su espacio social, laboral y familiar logrando realizar sus actividades que le permitan recrearse y ejercer una labor (16).

Burgos Camacho Viviana Angélica, Amador Andrade Adriana, Ballesteros de Valderrama Blanca Patricia, en Colombia 2007. Realizaron un estudio titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes trasplantados de riñón, hígado y médula ósea” con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. En cuanto al método es un estudio cuantitativo descriptivo donde participó una muestra de 100 pacientes trasplantados de riñón, hígado y médula ósea. El instrumento que aplicaron fue el cuestionario WHOQOL-100 australiano entre los resultados que obtuvieron fue que los pacientes mejoran en los niveles de calidad de vida en las facetas autoestima 50%, capacidad de trabajo 35%, relaciones interpersonales y espiritualidad 15%. Llegando a la siguiente conclusión: Que los pacientes mejoran su calidad de vida posterior a un trasplante (17).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

En el Perú el trasplante de hígado se dio inicio en marzo del año 2000, donde se realizó el primer trasplante de hígado en la seguridad social Essalud Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

En el hospital Edgardo Rebagliati se dio inicio en setiembre del 2010 hasta el 2013, luego de este periodo se retomó mediados del 2016. En nuestro país no encontramos estudios relacionados con nuestro tema.

2.2 BASE TEÓRICA.

2.2.1 Calidad de vida.

A. Conceptos.

La OMS define que la calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación de vida dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, los cuales están relacionados entre sí, de forma compleja, con la salud física, el estado psicológico, el grado de dependencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas. (4)

Concepto genérico: según este concepto es la capacidad de percibir sobre la posición que tiene una persona dentro su contexto cultural y su sistema de valores en el que vive, además esto tiene relación con sus metas objetivos, expectativas y/o preocupaciones (18).

El concepto de calidad de vida ha ido evolucionando durante estos años a la vez siendo estudiado desde diferentes saberes y diferentes campos entre ellos el campo de la salud desarrollándose así el concepto de calidad de vida relacionada a la salud. En nuestro estudio tomamos en cuenta este concepto para relacionar el tema a la calidad de vida y la salud de los pacientes trasplantados de hígado.

La calidad de vida relacionada a la salud está centrada en aspectos de la vida influenciada por la salud personal y en actividades que se realiza para mantener y/o mejorar dicha salud. Además se ha abordado desde el punto de vista médico; su discusión principal es la detección y el tratamiento de las enfermedades así como el alivio del dolor y su curación. La ciencia médica se ha desarrollado y al abordar este tema nos damos cuenta que el concepto resulta insuficiente, siendo necesario tomar en cuenta la totalidad de los aspectos relacionados a la vida del paciente, sin limitarse solo a manifestaciones biológicas.

La OMS define la salud al bienestar total de la persona tanto físico psicológico y social, convirtiéndose en un derecho para cada ciudadano y se percibe como una determinante para el desarrollo personal y de la felicidad de cada persona. La ampliación de este concepto tiene como objetivo social, donde ha logrado involucrar a gestores sanitarios y políticos haciendo que los usuarios exijan explicaciones detalladas del ¿cómo? se realiza el cuidado médico y ¿Cuánto? es capaz de prevenir y fomentar la salud de los ciudadanos.

La salud constituye uno de los aspectos fundamentales para la asignación de medios y recursos públicos (19).

B. Calidad de vida relacionada a la salud y sus dimensiones.

La CVRS es construida por muchas fases del desarrollo de la vida y las diversas situaciones que atraviesa el paciente, a ellas se les denomina dimensiones. Por tanto, la CVRS es un concepto multidimensional. Las dimensiones se encuentran relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente.

- Describiremos las dimensiones más usadas:
 - a) Funcionamiento físico: En esta dimensión se describe aspectos que tienen que ver con la salud y el bienestar físico y sobre la trascendencia que pueden tener los síntomas de las diferentes enfermedades sobre el desarrollo cotidiano como son: las deficiencias de la visión, audición, el habla y las alteraciones del sueño, la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.
 - b) Bienestar psicológico: También se le denomina salud mental en esta dimensión se tendrá en cuenta el funcionamiento cognitivo y como puede repercutir este sobre la capacidad de recordar situaciones o eventos sucedidos en periodos anteriores, ya sean situaciones ocurridos en un corto tiempo atrás o de eventos sucedidos en diferentes periodos, tiene la

capacidad de pensar conceptos típicos, recoge vitalidad o energía y afronta problemas de la enfermedad respecto al tratamiento.

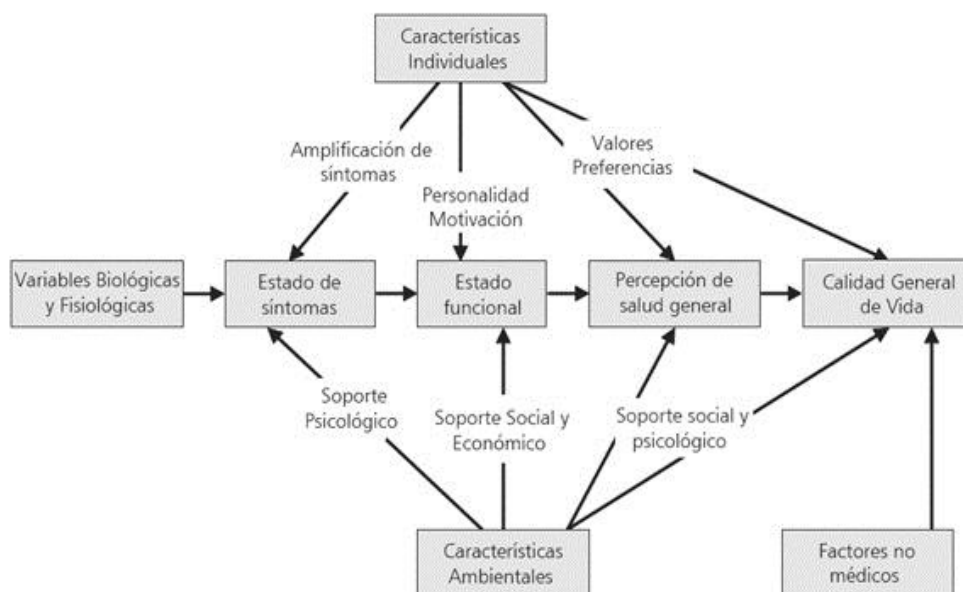
- c) Estado emocional: Esta dimensión integra varios conceptos sobre evaluaciones de la depresión y la ansiedad, también suele incluir la medición de las preocupaciones y la metapreocupación.
- d) Dolor: Esta dimensión evalúa el nivel del dolor percibido, asociado a la presencia de todo tipo de enfermedad o sintomatología y la repercusión que tiene sobre las actividades diarias aun cuando también esta dimensión podría considerarse como parte del “funcionamiento físico”, pero se debe tratar de entender por separado por la diferencia que existe entre las personas, sobre la percepción y la tolerancia del dolor.
- e) Funcionamiento social: Evalúa el resultado del estado de la salud sobre el desarrollo de las relaciones sociales acostumbradas por la persona, también la evaluación del aislamiento debido alguna incapacidad física y la alteración que puede ocurrir sobre el desarrollo de los roles sociales dentro de su vida familiar y laboral.
- f) Percepción general de la salud: Incluye evaluaciones subjetivas del estado de salud de la persona y de las creencias que tiene con respecto a la misma, esta dimensión define conceptos subjetivos sobre preferencias, valores, necesidades y actitudes con respecto a la salud. También nos permite diferenciar entre los individuos cómo reaccionan frente al dolor, su percepción sobre las dificultades, el nivel de esfuerzo y el nivel de preocupación sobre el estado de salud.
- g) Otras dimensiones: Otras dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud analizadas por algunos instrumentos son: la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral y las actividades de la vida diaria, así como también la frecuencia de visitas médicas y la necesidad de usar fármacos (20).

h) Los pacientes con enfermedades crónicas suelen ser afectados funcional y psicológicamente, a su vez sufriendo alteraciones sobre la salud y su calidad de vida en una o varios de estas dimensiones, en el caso de los pacientes trasplantados llegan afectados muchas veces en todos estos aspectos, la técnica quirúrgica del trasplante de hígado logra mejorar algunos de estos aspectos, dándoles la oportunidad de poder incorporarse social, familiar y laboralmente. Donde muchas veces logra su independencia familiar y económica (21).

C. Modelos de Calidad de Vida:

Modelo de satisfacción de necesidades: basado en las ideas de Maslow según Bigelow et. al. La felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales requeridas para la satisfacción de necesidades humanas básicas. El ambiente ofrece (o no) oportunidades (ambientales o sociales) para satisfacer las necesidades. Aumenta la comprensión teórica de la asociación entre bienestar y condiciones ambientales. Generaliza las necesidades como universales y estables (22).

Un modelo tomado en cuenta de Wilson y Cleary donde elaboran un modelo que integra dos tipos de marcos comprensivos de la salud desde el paradigma clínico que se enfoca en los agentes causales, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos y por otro lado desde el paradigma de las ciencias sociales que se centran en dimensiones funcionales y de bienestar general como lo muestra la siguiente figura (23).



2.2.2 Adherencia Terapéutica

A. Definición

La OMS define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas el estilo de vida y el seguimiento de una dieta adecuada para llevar a cabo un tratamiento indicado por el médico tratante además todas estas indicaciones deben de coincidir (5).

La adherencia terapéutica también se define como la capacidad que tiene el paciente para modificar su comportamiento frente a la ingesta de la medicación y esto dará como resultado el cumplimiento en los tratamientos, logrando la aceptación del diagnóstico aun cuando dependa del pronóstico (favorable o desfavorable) (24).

La adherencia al tratamiento implica aceptar el diagnóstico de la enfermedad ya que esto conlleva al paciente a un pronóstico favorable, si el paciente no acepta su diagnóstico puede ocurrir lo contrario (25).

La falta de adherencia al tratamiento está considerada como la principal causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden brindar a los pacientes, el incumplimiento puede ser ocasionado por molestias o efectos secundarios propios del tratamiento, un costo elevado, decisiones basadas en juicios de valores personales, creencias religiosas, culturales, alteración en rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento anómalos, entre otras (26).

Los pacientes con enfermedades crónicas sufren conflictos al interior de su familia debido a la falta de dinero además se suma el elevado costo de los medicamentos o el rechazo al tratamiento, por ello los pacientes crónicos recaen ocasionando un alto riesgo de retroceso hasta en un 100% (27).

La mayoría de los tratamientos en los pacientes crónicos son de por vida como es el caso de los pacientes con trasplante de hígado que se someten a un tratamiento con inmunosupresores después del trasplante.

B. Factores de riesgo para el incumplimiento.

Los pacientes pueden presentar alguno de estos factores como son: antecedentes de abandono, respuestas subjetivas por efectos adversos, mala evolución, falta de apoyo familiar consumo de sustancias ilícitas embotamiento y/o aumento de peso.

Existen otros factores que se clasifican en:

- Factores relacionados con la enfermedad: cuando un paciente va mejorando su estado de salud en todos sus aspectos fisiológicos y psicopatológicos.
- Factores relacionados con el tratamiento: cuando el medicamento ocasiona efectos secundarios, asimismo la falta de eficacia, la dosis y tiempo de acción como también los costos y la vía de administración.

- Factores relacionados con el entorno del paciente: influencia la actitud de la familia, la persona enferma y su tratamiento, la relación del paciente con el profesional de medicina o enfermería, asimismo influye la supervisión y el soporte socio familiar.
- Factores relacionados con el equipo terapéutico: se refiere a la relación y el contacto que existe entre el paciente y el profesional de salud, paciente/médico o paciente/ enfermera es importante la actitud frente al médico, ante la enfermedad y la terapéutica indicada.

Muchas de las causas del incumplimiento de la terapia es porque el enfermo no logra aceptar el diagnóstico, en otros la negación frente a la enfermedad a su vez los efectos secundarios, percepción errada aduciendo falta de efectos de los medicamentos, los cambios en el entorno, y en muchos de los casos también se refieren a aspectos económicos que llegan a ser los más predominantes es por ello que la enfermera cumple un rol muy importante sobre la concientización sobre el enfermo y sobre los familiares, despejando todas sus dudas sobre la enfermedad, los padecimientos ya que por ser una enfermedad crónica requiere constancia y además de que puedan identificar las medidas de prevención sobre las complicaciones que puedan ocurrir y así poder evitar recaídas y síntomas adversos que podrían ocurrir debido a una falta de información. Además la enfermera debe corroborar si el paciente y el familiar comprendió toda la información en todo caso volver a explicarles ya que si esto se lleva muy bien a cabo contribuirá en el binomio enfermo /familiar y lograr una adherencia al tratamiento adecuado (28).

2.2.3 Trasplante de hígado

A. Descripción del trasplante de hígado

Partiendo desde la definición que es el hígado podemos decir que es un órgano esencial que se encarga del metabolismo, por su situación entre la circulación sanguínea que procede del intestino y la circulación general entre las funciones principales de este órgano, son la producción de bilis, la

desintoxicación de sustancias extrañas, la síntesis de proteínas y de colesterol, el almacenamiento de glucógeno y la defensa contra los agentes infecciosos. La alteración de las transaminasas en la sangre es la forma más frecuente de descubrir una enfermedad del hígado por lo que la mayoría de las enfermedades hepáticas crónicas son asintomáticas durante su fase inicial, esto no quiere decir que no requieran de tratamiento, lo que originaría agravarse con el pasar de los años evolucionando hacia una cirrosis. Los exámenes de imágenes (ecografía, tomografía, resonancia, por ejemplo) y los exámenes de sangre son métodos de gran valor que nos indican que ocurre en el hígado muchas de las enfermedades ocasionadas en este órgano se pueden solucionar con el trasplante de hígado (29).

Entre las enfermedades más frecuentes que requieren de trasplante de hígado en el paciente adulto son: la cirrosis hepática ocasionada por infecciones crónicas por virus C, y la cirrosis hepática causada por el alcoholismo, otras enfermedades hepáticas que conducen a un trasplante son: el cáncer de hígado (hepatocarcinoma), enfermedades metabólicas (insuficiencia hepática); entre las complicaciones que manifiestan tenemos la retención de líquido en las piernas (edemas de miembros inferiores) e hinchazón del abdomen por acumulo de líquido en su interior (ascitis), vómitos de sangre por lo que se rompen venas (varices), falta de concentración, cambio en el ritmo del sueño y pérdida de conciencia (encefalopatía), coloración amarillenta en los ojos (ictericia), alteraciones en los resultados de análisis de sangre (albumina baja, bilirrubina alta, alteraciones en pruebas que miden la coagulación de sangre). Si los problemas persisten y los tratamientos que habitualmente se les brinda no son efectivos, podría ser necesario un trasplante hepático. La clasificación del grado de insuficiencia hepática en los pacientes con cirrosis hepática, utilizan dos escalas: escala de Child-Pugh que es un sistema que incluye los resultados de varias pruebas de laboratorio y síntomas de enfermedad hepática (ascitis y encefalopatía). Una puntuación total de 5-6 se considera grado A (enfermedad bien compensada); 7-9 puntos es de grado B (afectación funcional significativa), y 10-15 es grado C (enfermedad

descompensada). Estos grados se correlacionan con la supervivencia esperada del paciente al año y a los dos años y orientan sobre la necesidad del trasplante y sobre su urgencia. Por otro lado, los índices MELD (para pacientes adultos) y PELD (para pacientes menores de 18 años) estos son modelos matemáticos de predicción de la supervivencia de una persona con insuficiencia hepática crónica, basados en los valores de bilirrubina, INR y creatinina, que miden la función del riñón (la reducción de la función del riñón suele estar relacionada con una enfermedad hepática grave). Este proceso se hace por ordenador y asigna a cada individuo un número de 6 (poco enfermo) al 40 (gravemente enfermo). El equipo de trasplante revisará el caso de cada paciente si el hígado está muy dañado ingresará a la lista de espera prioritariamente y si el caso fuese con menor daño el equipo tomará la decisión para el proceso. Para este caso el deterioro de la función hepática está objetivado como clasificación B7 de la escala de Child-Pugh o 10 puntos en el índice MELD o complicaciones específicas de la cirrosis (ascitis, infección por ascitis y la encefalopatía). En los pacientes con cáncer de hígado deben de cumplir ciertas condiciones bien definidas independientemente del grado de insuficiencia hepática, si el riesgo es demasiado alto (por ejemplo, hay metástasis) el trasplante no estará indicado.

Posterior al trasplante los pacientes deben de saber que existen algunas complicaciones:

- El nuevo hígado no funciona.
- Problemas quirúrgicos por ejemplo un sangrado
- Rechazo agudo. El organismo reconoce como extraño al órgano y es atacado por el sistema inmunitario (las defensas). El rechazo es algo común y no significa que el paciente pueda perder el órgano. Sin embargo, el rechazo crónico que suele aparecer más tardíamente es más difícil de tratar y puede ser debido al abandono de la medicación inmunosupresora.
- Infecciones. En un porcentaje altísimo se curan con medicamentos.

- Reparación de la enfermedad que daño el primer hígado. A veces es necesario un segundo trasplante.
- Cáncer. las personas trasplantadas tienen un riesgo más elevado de desarrollar algunos cánceres (piel y en menor frecuencia de la sangre) (30).

B. Inmunosupresión en el Trasplante de Hígado

Uno de los objetivos más importantes de administrar fármacos inmunosupresores en los pacientes con injerto hepático es, eludir el rechazo agudo u crónico del órgano trasplantado dando resultado natural de la incompatibilidad genética entre el donante y el receptor que hace que el sistema inmunitario del receptor reaccione contra los antígenos de histocompatibilidad del donante. La inmunosupresión de un paciente trasplantado (el receptor), evidencia los riesgos que afecta la capacidad de defensa frente a las infecciones incluso a la formación de tumores.

Muchas veces el éxito de mantener un órgano trasplantado está basado en una correcta modulación del tratamiento inmunosupresor así lograr mantener un equilibrio entre el rechazo con riesgo de pérdida del injerto e infección con riesgo de pérdida del individuo.

Muchos de los fármacos que actualmente se disponen en el mercado son potentes sobre todo más selectivos. Los avances sobre el conocimiento de la inmunobiología del rechazo a permitido lograr conocer los mecanismos de actuación de los fármacos y al mismo tiempo identificar cuáles son los puntos claves de la reacción inmunitaria probocando un bloqueo más efectivo el cual evita el rechazo del órgano. La inmunosupresión debe adaptarse a las distintas fases del post- trasplante; tanto en la fase de inducción o fase inicial donde la capacidad de reacción del receptor es máxima y la administración de varios fármacos son en dosis altas entre ellos tenemos a los corticosteroides, ciclosporina o tacrolimus, azitioprina en los protocolos triples e incluso anticuerpos monoclonales o policlonales antilinfocitarios en protocolos de cuádruple terapia (31).

Ya que una vez superada las primeras semanas disminuye la inmunorreactividad donde ya se pasa a una fase de terapia de mantenimiento donde se puede disminuir las dosis de los inmunosupresores a un nivel mínimo. La tercera situación es el rechazo agudo en la que se debe administrar rápidamente dosis altas de corticosteroides y ajustar los niveles de la inmunosupresión basal (ciclosporina y tacrolimus) esto se da para obtener un buen nivel terapéutico. Si el rechazo continúa y no responde al tratamiento con corticosteroides entonces se puede optar por la administración de anticuerpos monoclonales OKT3 entre 7 a 14 días. Sin embargo, la tendencia actual es evitar, si es posible, las globulinas antilinfocitarias y convertir rápidamente a tacrolimus a los pacientes que presentan rechazos córtico-resistentes mientras reciben ciclosporina, o añadir ácido micofenólico que ha demostrado su efectividad en el trasplante renal.

En estos últimos 20 años se ha acumulado una vasta experiencia donde se hace vislumbrar una época en que la inmunosupresión debería de adaptarse no solo a las circunstancias del paciente receptor sino también se debe tener en cuenta la edad, sexo, raza, indicación del trasplante, las enfermedades víricas, enfermedades asociadas al paciente y su situación general, etc. Hoy en día el objetivo del tratamiento con inmunosupresores no solo se basa en el mantenimiento del órgano injertado y la vida del paciente, sino que se valora mucho su calidad de vida donde el paciente pueda lograr incorporarse a una vida totalmente activa; como son la maternidad, realizar ejercicios físicos, entre otros pero que a su vez su calidad de vida dependerá de que el paciente tenga la capacidad de enfrentar a los cambios estéticos, obesidad, arterioesclerosis, riesgo cardiovascular, neoplasias de novo entre otros.

Por otro lado se encuentra los efectos secundarios y tóxicos de los tratamientos inmunosupresores que llegan a ocasionar enfermedades como hipertensión arterial, disfunción renal, diabetes, alteraciones oculares, osteopatía, hipercolesterolemia, efecto anticanceroso de algunas drogas

etc. Se debería valorar al receptor y prescribirle un mejor y adecuado tratamiento inmunosupresor. Finalmente la meta debe ser obtener un estado de tolerancia específico, también definido como la ausencia del rechazo del aloinjerto después que se haya retirado toda la inmunosupresión. Existen estudios donde se está investigando incansablemente sobre el fenómeno del microquimerismo (persistencia de las células del donante en los tejidos del receptor años después del trasplante). La potenciación de este fenómeno mediante la administración de una transfusión de células de la médula ósea del donante al mismo tiempo que el órgano es una de las líneas de investigación actual. El bloqueo de la reacción de rechazo mediante la administración de anticuerpos monoclonales específicos durante la fase de inducción o de péptidos análogos a los que forman el complejo mayor de histocompatibilidad parece que también favorece la aparición de este estado de tolerancia (32).

2.2.4 Teorías de enfermería relacionadas a la calidad de vida y la adherencia al tratamiento inmunosupresor.

Las teorías que mejor se adaptan para el cuidado del paciente con trasplante de hígado y su adherencia al tratamiento inmunosupresor son: La teoría de la incertidumbre propuesta por Mishel Merle esta teoría se refiere a que el paciente se enfrenta muchas veces a situaciones desconocidas frente a su enfermedad ocasionando eventos que pueden causar incertidumbre siendo fuentes principales para que el paciente reaccione fisiológicamente y pueda aumentar la emocionalidad originando estrés hasta llegar a provocar confusión mental (33). Asimismo la teoría de la crisis desarrollado por Lindemann que también propone que el paciente atraviesa por tres fases frente a la enfermedad , la primera fase es previa a la crisis ,la segunda fase es la desorganización , la tercera fase posterior a la crisis muchas veces el paciente se enfrenta a episodios desconocidos cuando el médico le propone un trasplante de órgano, ocasionándole que el paciente busque resolver el problema por sus propios medios, alterando y ocasionando desordenes que le producen ansiedad ,y en casos extremos

pueden llegar al suicidio (34). La enfermera juega un rol importante en estas etapas decisivas del paciente, logrando encaminar la crisis situacional por la que atraviesa el paciente en el pre y post trasplante de hígado hasta lograr su autocuidado y concientizándolo sobre la importancia y la repercusión que tiene el tratamiento inmunosupresor como lo propone, Dorotea Orem en la teoría del autocuidado donde el paciente trasplantado pueda mostrar la capacidad para realizar sus actividades entre ellas el manejo de su propio tratamiento inmunosupresor, además de vivir y sobrevivir con bienestar. Esta teoría no solo ve las necesidades físicas sino también las necesidades psicológicas y espirituales, necesidades básicas que un paciente trasplantado requiere para poder recuperarse, mejorar su calidad de vida y reincorporarse a sus actividades de la vida diaria (35).

2.3 Terminología básica

- Calidad de vida: 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.
- Adherencia terapéutica: magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.
- Trasplante de hígado: extirpación del hígado enfermo del paciente y su sustitución por un órgano sano de un donante fallecido o vivo, ya sea el órgano completo o una parte.
- Inmunosupresores: Drogas que inhiben la respuesta del sistema de defensa, Se emplean para la prevención y tratamiento del rechazo de un órgano trasplantado y actúan disminuyendo la capacidad del organismo de atacar las células.

2.4 Hipótesis

Hi: Si existe una relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica a los inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado.

Ho: No existe una relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica a los inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado.

2.5 Variables

- Variable 1: Calidad de vida.
- Variable 2: Adherencia terapéutica a inmunosupresores.

2.5.1 Operacionalización de Variable 1

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE: CALIDAD DE VIDA								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Calidad de vida	Cualitativa	Es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos expectativos, valores y preocupaciones	Grado de satisfacción en relación a la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y de su relación con los elementos esenciales de su entorno que expresan los pacientes con trasplante de hígado a través de una encuesta estructurada Short-Form Health Survey (SF-36), sobre calidad de vida, en este estudio nuestra población estuvo conformada por 15 pacientes trasplantados de hígado.	Función Física	Autocuidado, diambular, ascender gradas, agacharse, sujetar o trasladar objetos realizando esfuerzos moderados y/o intensos	10 preguntas (7,8,9,10,11,12,13,14,15,16)	Mala (M) 36 - 45 Regular (R) 45 - 64 Buena (B) 64 - 72	Según el grupo Rand del SF-36 asigna el puntaje por categorías 3 categorías se puntan 0 - 50-100; 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión promedian.
				Rol físico	Bajo rendimiento,, restricción y limitación de actividades cotidianas.	04 preguntas (17, 18, 19, 20)		
				Dolor corporal	Dolor muy fuerte y consecuencias sobre el trabajo diario dentro y fuera de casa.	02 preguntas (25, 26)		
				Salud General	Problemas de salud física o emocional que obstaculizan en la supervivencia social diaria.	05 preguntas (5,37,38,39, 40)		
				Vitalidad	Medir el sentimiento de energía y fortaleza frente al sentimiento de debilidad y cansancio	04 preguntas (27,31,33, 35)		
				Función Social	Problemas de salud física o emocional, interfieren en sus reuniones sociales de costumbre.	02 preguntas (24, 36)		
				Rol Emocional	Problemas emocionales que interfieren en lo laboral.	03 preguntas (21,22,23)		
				Salud mental	Depresión, angustia, control del comportamiento o bienestar general.	05 preguntas (28, 29,30, 32,34)		
				Item de transición	¿cree que su salud a empeorado comparado a la del año pasado?	01 pregunta (6)		

2.5.2 Operacionalización de Variable 2

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE: ADHERENCIA TERAPEUTICA A INMUNOSUPRESORES

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Adherencia Terapéutica a Inmunosupresores	Cualitativa	La adherencia terapéutica es el cumplimiento de las prescripciones médicas, de acuerdo al tiempo y según la frecuencia indicada.	Grado con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para cumplir un tratamiento. En este estudio nuestra población estuvo conformada por 15 pacientes pertenecientes al programa de trasplante de hígado, el instrumento que se aplicó para medir esta variable fue la escala de adherencia a la terapia del tratamiento inmunosupresor (inmunosuppressant therapy adherence scale) ITAS	No tiene dimensiones	<p>Factores relacionados con la enfermedad, paciente va mejorando su salud y la evolución de la enfermedad.</p> <p>Factores relacionados con el paciente, influye la actitud de la familia, de la persona enferma, su tratamiento y la relación con el personal de salud.</p> <p>Factores relacionados con el tratamiento, influye los efectos secundarios, y otros factores como la eficiencia, dosis y tiempo de acción, duración y complejidad.</p> <p>Factores relacionados con el sistema o el equipo sanitario, influye la relación paciente/ médico o bien paciente/ enfermera.</p>	01, 02,03,04, de la escala ITAS	<p>Nivel de Adherencia</p> <p>Mala: 0a9 puntos.</p> <p>Regular: 10 y 11 puntos.</p> <p>Buena: 12 puntos.</p>	<p>La frecuencia de falta en la adherencia se anota de 3 a 0</p> <p>Si la frecuencia de respuesta es de 3 puntos en cada una de las 4 preguntas y sumados nos dan 12 puntos entonces se considera 100 % de adherencia terapéutica, si la suma se encuentra de 0 a 9 puntos se considera hasta 92.5 % de adherencia terapéutica, y si si la suma se encuentra 10 y 11 se encuentra entre 95% y 97.5% de adherencia terapéutica</p>

CAPÍTULO III. DISEÑO Y MÉTODO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la tendencia fue un estudio cuantitativo correlacional donde se evaluó la relación y el grado de asociación que existe entre las dos variables así como medir cada una de ellas, y de corte transversal porque se aplicó el instrumento a los pacientes trasplantados de hígado en un espacio y tiempo determinado por una sola vez previo consentimiento informado y de tipo descriptivo porque se revisó información específica y determinadas situaciones sobre la relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en los pacientes con trasplante de hígado (36).

La investigación será realizada en los consultorios externos, primera planta del Hospital Edgardo Rebagliati Martins - Essalud - nivel de atención 4, ubicado en la Av. Rebagliati 490, Jesús María.

De los 115 consultorios externos, 06 son destinados a la atención de pacientes con problemas gastrointestinales, (cirrosis hepática, pancreatitis, cáncer de estómago, esófago, colon, etc.) De lunes a sábado en horario de 8:00 am a 14:00 horas y de 14:00 a 19:00 horas. También existen 02 consultorios en el que la enfermera coordinadora de trasplante hepático junto, con su equipo de enfermeras hace el trabajo de consultoría a los

pacientes que pertenecen al programa de trasplante hepático. Lugar donde se aplicará la encuesta a los pacientes citados

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 15 pacientes con trasplante de hígado pertenecientes al servicio de hígado del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se escogió esta población por pertenecer a un programa de trasplante hepático.

Población: no se calcula el tamaño de la muestra porque se evalúa la totalidad de de pacientes trasplantados vivos pertenecientes a este programa teniendo en cuenta los siguientes criterios.

Criterios de inclusión: Serán incluidos los pacientes que se encuentren presentes en el consultorio al momento de la aplicación de la encuesta.

Criterios de exclusión: No serán incluidos los pacientes que no se encuentren al momento de la aplicación de la encuesta.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los métodos utilizados para la medición de las variables calidad de vida y la adherencia al tratamiento inmunosupresor encuestas validadas y confiables para la variable 1 Calidad de Vida fue evaluada a través del Cuestionario de Salud SF-36 (The Short Form – 36 Health Survey), debido a que este instrumento está validado por Ware JE y Sherbourne CD en el año 1992 (E.E.U.U.).

Este instrumento permite describir la calidad de vida de los pacientes trasplantados de hígado en sus ocho (08) dimensiones, Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental con preguntas objetivas. Al igual que para la variable adherencia terapéutica. La encuesta se realizó en los ambientes del

hospital Edgardo Rebagliati, en el consultorio de consejería de enfermería ubicado en el primer piso consultorio Nro. 68, garantizando total confidencialidad de la misma.

Se procedió a dar las indicaciones generales antes de que el paciente inicie el desarrollo de la misma. El cuestionario estuvo precedido por indicaciones en las que se animó a leer con atención y responder de manera exhaustiva y sincera cada una de las preguntas. Se señaló así mismo que los datos obtenidos se registrarían de manera anónima. El cuestionario consta de 44 preguntas objetivas, divididas en 3 partes, parte A de 4 preguntas que son sociodemográficas, la parte B de 36 preguntas para la variable calidad de vida y la parte C 4 preguntas para la variable adherencia al tratamiento inmunosupresor. (Ver anexo 2). Para la variable calidad de vida se utilizó un instrumento SF-36.

El cuestionario SF 36 se desarrolló luego de tener múltiples cuestionarios que fueron usados en estudios de los resultados médicos (MOS) Medical Outcomes Study que nos ayuda a identificar estados positivos así como también estados negativos de la salud a su vez describe la salud física y la salud mental de los pacientes evaluados. Este instrumento está estructurado por 36 ITEMS (preguntas) que nos ayudan a describir 8 dimensiones del estado o la situación de salud de los encuestados, como son la función física, función social, rol físico, dolor corporal, la percepción de la salud general, vitalidad, rol emocional, salud mental existen 2 formas propuestas para poder evaluar el instrumento.

- El Rand Group. Establece un puntaje gradual de 0 a 100 para cada pregunta, no todos tienen el mismo valor porque las preguntas están estructuradas con diferentes posibilidades de respuesta.
- El Health Institute. Da diferente valor a cada respuesta según los coeficientes que no siguen una distribución lineal se coloca una puntuación con las siguientes características el rango de puntuación para cada dimensión se encuentran entre 0 a 100 puntos. Las preguntas y las dimensiones están directamente relacionadas y son proporcionales al estado de salud o la percepción de la calidad de vida del paciente, si el

puntaje es mayor, entonces es estado de salud o la calidad de vida del paciente será mejor (37).

Este instrumento nos permite evaluar los estados positivos y negativos de la salud de cada paciente. Además las preguntas están centrados tanto en el estado físico y estado emocional, se puede aplicar a poblaciones en general o también en pacientes, y se puede emplear en diferentes tipos de estudios. La “versión estándar” se refiere al estado de salud en las últimas 4 semanas anteriores y la versión aguda evalúa la semana anterior.

El SF-36 consta de 36 interrogantes, divididos en 8 dimensiones como sigue:

- Función social: evalúa el grado de la interferencia de la salud física o emocional en el aspecto social de costumbre del paciente esta dimensión consta de 2 preguntas.
- Rol emocional: evalúa el grado de interferencia de los problemas emocionales sobre el trabajo y sus actividades diarias del paciente esta dimensión consta de 3 preguntas.
- Salud mental: evalúa el grado de la salud mental que incluye la depresión, la ansiedad, control de la conducta y/o bienestar general. Consta de 5 preguntas.

Evaluación según puntaje establecido por el grupo Rand según este enfoque los puntajes se transforman a una escala de 0 a 100, donde 100 es LO MEJOR. Las preguntas con tres categorías de respuesta reciben una puntuación de 0 - 50- 100; con 5 categorías reciben una puntuación de 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías reciben una puntuación de 0-20-40-60-80-100.

Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran (38).

En cuanto a la variable adherencia terapéutica a inmunosupresores se utilizó la escala de adhesión a la terapia inmunosupresora (ITAS)

(immunosuppressant therapy adherence scale) es la primera escala validada, confiable y accesible desarrollada en los Estados Unidos en 2005 por Chisholm y asociados para evaluar la terapia inmunosupresora en pacientes con trasplantes. Mientras que el análisis factorial del ITAS original se realizó con métodos de validez combinada y nomológica, se comprobó su fiabilidad con el coeficiente de confiabilidad alfa de Crombach el análisis reveló que la escala era confiable en un 0.96 de fiabilidad.

El ITAS (Immunosuppressant Therapy Adherence Scale) incluye 4 preguntas que cuestionan la adhesión de los pacientes de trasplante de órganos a la terapia inmunosupresora en los 3 meses anteriores a la administración del cuestionario.

Los elementos de la escala se clasifican en una escala de 4 puntos de tipo Likert. La frecuencia de falla en la adherencia se anota de 3 a 1. Tres puntos se refieren a 0% de no adherencia, 2 puntos a 0% a 20%, 1 punto a 21% a 50% y 0 puntos a > 50%. Las calificaciones obtenidas de cada ítem se suman y luego se evalúa la adherencia a la terapia inmunosupresora. Las puntuaciones posibles de la escala varían de 0 a 12. Las puntuaciones más altas indican mayores tasas de adherencia (39).

3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los resultados serán vaciados en una base de datos en Excel y procesados automáticamente en computadora con el software SPSS versión 22 para el análisis respectivo, recogiendo los valores como las medidas de tendencia central (media). Se aplicaron pruebas de significación estadística (Chi Cuadrado de Pearson) con un 95% de confiabilidad ($p < 0,05$), con grados de libertad de 4(2 x 2) para determinar la relación que existe entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica en los pacientes con trasplante de hígado.

Así mismo se empleó la prueba de estatinos para la confección y la presentación de los resultados en forma de tablas estadísticas que facilitan el análisis y discusión de los mismos.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó las facilidades al hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, los pacientes incluidos en el estudio fueron informados por las investigadoras de la metodología y los objetivos a seguir. De igual modo se les informo que la participación en el estudio no les ocasionara daños adversos. Los participantes respondieron a las preguntas oportunas del estudio que fueron aplicados entre setiembre y octubre del 2017.

Para el estudio se tuvo en cuenta el consentimiento informado firmado por los pacientes, en cuanto a los aspectos éticos estuvo basado en los 4 aspectos bioéticos, la autonomía, beneficencia, no maleficencia y la justicia. Al aplicar el instrumento no se divulgo las respuestas ni confidencias brindadas por los pacientes, asimismo se actuó evitando cualquier daño físico, mental y/o moral al paciente al que se le aplicó la encuesta, tratándoles a todos por igual y brindándoles un buen trato con consideración y respeto, antes, durante y después de alcanzar las repuestas en el instrumento manteniendo la confidencialidad absoluta de los datos (40). (ver anexo 1).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS:

Tabla 1: Características sociodemográficas de los pacientes trasplantados de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Genero	N°	%
Masculino	10	67%
Femenino	5	33%
Nivel de estudio		
Ninguno	0	0%
Primaria	0	0%
Secundaria	0	0%
Técnico	3	20%
Universitario	12	80%
Post grado	0	0%
Edad		
26 -35	1	7%
36-45	2	13%
46-55	2	13%
56-65	6	40%
Mayor a 65	4	27%
Estado civil		
Soltero	2	13%
Casado/unión libre	8	53%
Separado	0	0%
Divorciado	0	0%
Viudo	5	33%

En esta tabla podemos observar que del 100% de los pacientes trasplantados de hígado, más de la mitad el 67% fueron de sexo masculino, la mayoría de los pacientes es decir el 80% de ellos tenían grado de instrucción universitario, menos de la mitad el 40% de los pacientes tenían entre 56-65 años de edad,

asimismo más de la mitad de ellos el 53% de los pacientes refirieron estar casados o mantener una unión libre.

Tabla 2: Relación entre la Calidad de vida y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Calidad de vida	Adherencia al tratamiento inmunosupresor-ITAS						TOTAL		X ² PEARSON	P (<0.05)
	0 a9		10 y 11		12		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			Nº	%
Mala	4	27%	1	7%	0	0%	5	33%	10,95	9.492
Regular	1	7%	1	7%	3	20%	5	33%		
Buena	0	0%	0	0%	5	33%	5	33%		
Total	5	33%	2	13%	8	53%	15	100%		

Chi cuadrado de Pearson =10.95

gl=4

p=9.492

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado tiene relación con la adherencia al tratamiento inmunosupresor con un valor de 10.95 siendo un valor significativo ya que es mayor que 9.492 que es valor correspondiente a un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 4 según la tabla de valores chi cuadrado que se encuentra en el anexo 4 y en la siguiente grafica permite visualizar los datos y la correlación.

Tabla 3: Adherencia terapéutica a inmunosupresores (ITAS) en pacientes con trasplante de hígado del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR	N^a	%
0 a 9	5,00	33 %
10 y 11	2,00	13%
12	8,00	53%
Total	15,00	100%

En esta tabla podemos observar que del 100 % de los pacientes trasplantados de hígado el 53% de los pacientes presentan una adherencia terapéutica al tratamiento inmunosupresor de 12 puntos (buena) sin embargo el 33% de los pacientes se encontraron con adherencia terapéutica entre 0 a 9 puntos (mala).

Tabla 4: Calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.

CALIDAD DE VIDA	Nº	%
Mala	5,00	33 %
Regular	5,00	33 %
Buena	5,00	33 %
Total	15,00	100 %

En esta tabla podemos observar que del 100% de los pacientes trasplantados de hígado, el 34% de los pacientes refirieron tener una calidad de vida mala, el otro 33% refirió tener una calidad de vida regular, y el 33 % refirieron tener una calidad de vida buena, sin embargo el 66% de los pacientes refirieron tener entre una calidad de vida regular y buena.

Tabla 5. Calidad de vida según el componente de salud Física en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Calidad de vida	Componente de salud física (CSF)							
	Función física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mala	4,00	27%	5,00	33%	3,00	20%	3,00	20%
Regular	7,00	47%	4,00	27%	10,00	67%	9,00	60%
Buena	4,00	27%	6,00	40%	2,00	13%	3,00	20%
total	15,00	100%	15,00	100%	15,00	100%	15,00	100%

En esta tabla podemos observar que los pacientes trasplantados de hígado del 100%, menos de la mitad el 47% de los pacientes refirieron mantener una regular calidad de vida con respecto a su función física, y el 40% de los mismos presentaron un buen rol físico, asimismo más de la mitad de ellos el 67 % presentaron un regular nivel de dolor corporal, a su vez más de la mitad de ellos el 60% se encontraron con una regular calidad de vida con respecto a su salud general.

Tabla 6: Calidad de vida según el componente de salud mental en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017

Calidad de vida	Componente de Salud Mental (CSM)							
	Vitalidad		Función social		Rol Emocional		Salud Mental	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mala	3,00	20%	6,00	40%	5,00	33%	4,00	27%
Regular	9,00	60%	7,00	47%	3,00	20%	10,00	67%
Buena	3,00	20%	2,00	13%	7,00	47%	1,00	7%
total	15,00	100%	15,00	100%	15,00	100%	15,00	100%

En esta tabla podemos observar que los pacientes trasplantados de hígado del 100%, más de la mitad el 60% de los pacientes refirieron mantener una regular calidad de vida con respecto a su vitalidad, asimismo el 47% de todos ellos presentaron una regular función social y menos de la mitad de los pacientes el 47 % presentaron un buen nivel con respecto al rol emocional , a su vez más de la mitad de ellos el 67% se encontraron con una regular calidad de vida con respecto a su salud mental.

Tabla 7: Relación entre la calidad de vida según la dimensión función física y la adherencia terapéutica a inmunosupresor en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Función Física	Adherencia al tratamiento inmunosupresor-ITAS						TOTAL		X ² PEARSON	P (<0.05)
	0 a9		10 y 11		12		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Mala	2	13%	2	13%	0	0%	4	27%	11.14	9.492
Regular	3	20%	0	0%	4	27%	7	47%		
Buena	0	0%	0	0%	4	27%	4	27%		
Total	5	33%	2	13%	8	53%	15	100%		

Chi cuadrado de Pearson =11.14

gl=4

p=9.492

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado según la dimensión función física tiene relación significativa con la adherencia al tratamiento inmunosupresor con un valor de 11.14, siendo un valor significativo ya que es mayor que 9.492 que es un valor correspondiente a un nivel de significancia de 5% con 4 grados de libertad, asimismo se observa que un poco menos de la mitad con un 47% de los pacientes mantienen una función física regular y más de la mitad de ellos, con el 53% de los pacientes mantienen una adherencia terapéutica al tratamiento inmunosupresor de 12 puntos (buena).

Tabla 8: Relación entre la calidad de vida según la dimensión rol físico y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Rol físico	Adherencia al tratamiento inmunosupresor-ITAS						TOTAL		X ² PEARSON	P (<0.05)
	0 a9		10 y 11		12		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Mala	4	27%	1	7%	0	0%	5	33%	10.13	9.492
Regular	1	7%	0	0%	3	20%	4	27%		
Buena	0	0%	1	6%	5	33%	6	40%		
Total	5	33%	2	13%	8	53%	15	100%		

Chi cuadrado de Pearson =10.13

gl=4

p=9.492

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado según la dimensión rol físico si tiene relación con la adherencia al tratamiento inmunosupresor con un valor de 10.13, siendo un valor significativo ya que es mayor que 9.492 que es un valor correspondiente a un nivel de significancia de 5% con 4 grados de libertad asimismo se observa el 40% de los pacientes mantienen un buen rol físico y una buena adherencia terapéutica de 53% con 12 puntos.

Tabla 9: Relación entre la calidad de vida según la dimensión dolor corporal y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Dolor corporal	Adherencia al tratamiento inmunosupresor-ITAS						TOTAL		X ² PEARSON	P (<0.05)
	0 a9		10 y 11		12		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Mala	1	7%	0	0%	2	13%	3	20%	3.05	9.492
Regular	4	27%	2	13%	4	27%	10	67%		
Buena	0	0%	0	0%	2	13%	2	13%		
Total	5	33%	2	13%	8	53%	15	100%		

Chi cuadrado de Pearson =3.05

gl=4

p=9.492

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado según la dimensión dolor corporal no tiene relación significativa con la adherencia al tratamiento inmunosupresor con un valor de 3.05, siendo un valor no significativo ya que es menor que 9.492 que es un valor correspondiente a un nivel de significancia de 5% con 4 grados de libertad, asimismo se observa que el 67% de los pacientes refieren mantener en un nivel regular el dolor corporal, y el 53% de ellos mantienen adherencia terapéutica a los inmunosupresores con 12 puntos (buena).

Tabla 10: Relación entre la calidad de vida según la dimensión salud general y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Salud General	Adherencia al tratamiento inmunosupresor-ITAS						TOTAL		X ² PEARSON	P (<0.05)
	0 a9		10 y 11		12		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			Nº	%
Mala	0	0%	0	0%	3	20%	3	20%	4.67	9.492
Regular	4	27%	2	13%	3	20%	9	60%		
Buena	1	7%	0	0%	2	13%	3	20%		
Total	5	33%	2	13%	8	53%	15	100%		

Chi cuadrado de Pearson =4.67

gl=4

p=9.492

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado según la dimensión salud general no tiene relación significativa con la adherencia al tratamiento inmunosupresor con un valor de 4.67, siendo un valor menor que 9.492, valor correspondiente a un nivel de significancia de 5% con 4 grados de libertad, asimismo se observa que el 60% de los pacientes refieren mantener regular estado con respecto a su salud general y el 53% de ellos mantienen adherencia terapéutica a los inmunosupresores con 12 puntos (buena).

Tabla 11: Relación entre la calidad de vida según la dimensión vitalidad y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Vitalidad	Adherencia al tratamiento inmunosupresor-ITAS						TOTAL		X ² PEARSON	P (<0.05)
	0 a9		10 y 11		12		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Mala	0	0%	0	0%	3	20%	3	20%	4.67	9.492
Regular	4	27%	2	13%	3	20%	9	60%		
Buena	1	7%	0	0%	2	13%	3	20%		
Total	5	33%	2	13%	8	53%	15	100%		

Chi cuadrado de Pearson =4.67

gl=4

p=9.492

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado según la dimensión vitalidad no tiene relación significativa con la adherencia al tratamiento inmunosupresor con un valor de 4.67, siendo un valor menor que 9.492, valor correspondiente a un nivel de significancia de 5% con 4 grados de libertad, asimismo se observa que el 60% de los pacientes refieren mantener regular vitalidad con respecto a su calidad de vida y el 53% de ellos mantienen adherencia terapéutica a los inmunosupresores con 12 puntos (buena).

Tabla 12: Relación entre la calidad de vida según la dimensión función social y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Función social	Adherencia al tratamiento inmunosupresor-ITAS						TOTAL		X ² PEARSON	P (<0.05)
	0 a9		10 y 11		12		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Mala	2	13%	1	7%	3	20%	6	40%	2,15	9.492
Regular	3	20%	1	7%	3	20%	7	47%		
Buena	0	0%	0	0%	2	13%	2	13%		
Total	5	33%	2	13%	8	53%	15	100%		

Chi cuadrado de Pearson =2.15

gl=4

p=9.492

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado según la dimensión función social no tiene relación significativa con la adherencia al tratamiento inmunosupresor con un valor de 2.15, siendo un valor menor que 9.492, valor correspondiente a un nivel de significancia de 5% con 4 grados de libertad, asimismo se observa que menos de la mitad de los pacientes el 47% de ellos refieren mantener una regular función social con respecto a su calidad de vida y el 53% de ellos mantienen adherencia terapéutica a los inmunosupresores con 12 puntos (buena).

Tabla 13: Relación entre la calidad de vida según la dimensión rol emocional y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Rol emocional	Adherencia al tratamiento inmunosupresor-ITAS						TOTAL		X ² PEARSON N	P (<0.05)
	0 a9		10 y 11		12		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Mala	4	27%	1	7%	0	0%	5	33%	13.35	9.492
Regular	1	7%	1	7%	1	7%	3	20%		
Buena	0	0%	0	0%	7	47%	7	47%		
Total	5	33%	2	13%	8	53%	15	100%		

Chi cuadrado de Pearson =13.35 gl=4 p=9.492

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado según la dimensión rol emocional si tiene relación con la adherencia al tratamiento inmunosupresor con un valor de 13.35, siendo un valor significativo ya que es mayor que 9.492 que es un valor correspondiente a un nivel de significancia de 5% con 4 grados de libertad asímismo se observa el 47% de los pacientes mantienen un buen rol emocional y una adherencia terapéutica de 53% con 12 puntos (buena).

Tabla 14: Relación entre la calidad de vida según la dimensión salud mental y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Salud mental	Adherencia al tratamiento inmunosupresor-ITAS						TOTAL		X ² PEARSON	P (<0.05)
	0 a9		10 y 11		12		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			Nº	%
Mala	2	13%	1	7%	1	7%	4	27%	2.42	9.492
Regular	3	20%	1	7%	6	40%	10	67%		
Buena	0	0%	0	0%	1	7%	1	7%		
Total	5	33%	2	13%	8	53%	15	100%		

Chi cuadrado de Pearson =2.42

gl=4

p=9.492

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado según la dimensión salud mental no tiene relación significativa con la adherencia al tratamiento inmunosupresor con un valor de 2.42, siendo un valor menor que 9.492, valor correspondiente a un nivel de significancia de 5% con 4 grados de libertad, asimismo se observa que el 67% de los pacientes refieren mantener una calidad de vida regular con respecto a su salud mental y el 53% de ellos mantienen adherencia terapéutica a los inmunosupresores con 12 puntos (buena).

4.2 DISCUSIÓN

En este acápite podemos contrastar los hallazgos y los objetivos planteados en nuestro estudio donde la población estuvo conformada por 15 pacientes pertenecientes al Programa de Trasplante de hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, de los cuales el 67% fueron de sexo masculino y el 33% fueron de sexo femenino. La mayoría de los pacientes, es decir el 80% tenía grado de instrucción superior universitaria y menos de la mitad, es decir 40% de los pacientes, tenían entre 56 y 65 años de edad. Asimismo, más de la mitad de ellos, es decir 53% de los pacientes refirieron estar casados, en estudios realizados en México por Mendoza- Sánchez F, Ramírez- Gonzales J.(16), se hallaron resultados distintos comparados con nuestra población con respecto al sexo de los pacientes 67.7% fueron de sexo femenino y un 32.4% de sexo masculino de estos resultados podemos resaltar que los hombres adultos maduros y adultos mayores de la población peruana son afectados con enfermedad hepática terminal aquellas que son originadas por el abuso de alcohol y las enfermedades de tipo viral como hepatitis B y C (4) a pesar de tener un grado de instrucción superior universitario y poseer una familia constituida a diferencia de la población mexicana que se ven afectadas más de la mitad de las mujeres.

Con respecto a la calidad de vida de los pacientes trasplantados de hígado en nuestro estudio, el 66% refirieron tener una calidad de vida entre regular y buena. En estudios realizados en Valencia por Montolio A. (8), Mendoza Sanchez F, Ramirez .et al en México en el año 2014 (10), Burgos A. Amador. A, Andrade B. Colombia en el año 2007 (16) Ocampo Otalvaro L, Zapata Rueda, et al. en Colombia, 2007 (17) en estos estudios se hallaron que la calidad de vida de los pacientes mejora después de un trasplante de hígado. Comparado con nuestro estudio los pacientes también mantienen una calidad de vida entre regular y buena, ya que el trasplante de hígado es un tratamiento médico-quirúrgico complejo que permite reemplazar el órgano dañado por otra en buen estado ya sea de una persona viva o fallecida, esta acción sirve para salvar la vida y a la vez mejorar la calidad de vida de los pacientes (31).

Por otro lado hallamos que la calidad de vida de los pacientes trasplantados de hígado según el componente de salud física y el componente de salud mental. Se encontró que es regular con respecto a las siguientes dimensiones, función física con 47%, dolor corporal con un 67%, salud general con un 60%, vitalidad con un 60%, función social con un 47% y salud mental en un 67% a diferencia del rol físico en un 40% y el rol emocional en un 47% los pacientes mantuvieron una buena calidad de vida. De estos resultados podemos decir que los pacientes que participaron en este estudio mantienen una regular calidad de vida durante su desempeño cotidiano desarrollando actividades físicas, a pesar de presentar algún nivel de dolor debido a la cirugía que se les haya practicado, ellos evaluaron su propia salud como regular manteniendo un dinamismo todo el tiempo llevando a cabo algunas de sus actividades sociales (como participar dentro de las charlas del programa de trasplante de hígado, actividades y reuniones familiares así como del trabajo) ya que se encontraron en recuperación física y emocional mostrando sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo además se pudo observar que un poco menos de la mitad de los pacientes trasplantados, lograron reincorporarse a su establecimiento de trabajo y otras actividades diarias sin ningún impedimento emocional. Comparados con los estudios realizados en la población mexicana en el 2014, por Mendoza Sánchez F, Ramírez Gonzales, Luis Ricardo (10) que encontraron que los pacientes trasplantados de hígado tenían las mayores puntuaciones de mejoría en salud mental 56.7% en la función social 54%, rol emocional 54% y en el menor de los cuartiles se observaron en el rol físico 10.8%, estos resultados nos indican que más de la mitad de los pacientes mexicanos lograron obtener sentimientos de felicidad y tranquilidad después de su cirugía y podían participar de sus actividades sociales y familiares sin ningún impedimento, pero solo una pequeña cantidad de ellos pudieron reincorporarse a sus centro de labor o realizar sus actividades diarias. Otros estudios similares encontramos en poblaciones colombianas en el 2007 por Burgos A. Amador A. Andrade B (16). que los pacientes mejoran en un 80 % su calidad de vida tanto en el aspecto rol físico como en el aspecto psicológico, Asimismo lo menciona Montolio. A (8) en el 2015 en pacientes españoles, menciona que los pacientes trasplantados de hígado mejoran en un 60% su calidad de vida en aspectos psicológicos generales.

Por otro lado, el paciente con trasplante de hígado debe ser consciente que su calidad de vida y su recuperación están directamente relacionados a su adherencia terapéutica al tratamiento inmunosupresor, debido a que la no adherencia al tratamiento inmunosupresor puede producir la pérdida del injerto.

En cuanto al nivel de adherencia al tratamiento inmunosupresor en los pacientes que participaron en este estudio más de la mitad de ellos ósea el 53% presentaron un nivel de adherencia terapéutica a inmunosupresores de 12 puntos (buena) y una puntuación media de 10.33, comparados con estudios realizados en poblaciones de Turquía en el 2014 por Ozquil karayurtyaprak S.Tarkanunek Ibrahim Astarcioglu (12) encontraron que la adherencia a la terapia inmunosupresora obtuvo una puntuación media de 11.18 (puntuación alta) en los pacientes que fueron receptores de un trasplante de hígado asimismo estudios desarrollados en Siria en el mismo año por Promraj R, Dumronggittigule Y, Sirivatanauksorn A. Ruenrom C. Tovikkai S. Limsrichamrern P. Kositamongkol P. Mahawithitwong S. Asavakarn(12) obtuvieron 86.6% de adherencia terapéutica a los inmunosupresores. Uno de los objetivos más importantes de administrar fármacos inmunosupresores en los pacientes con injerto hepático es eludir el rechazo agudo u crónico del órgano trasplantado como resultado natural de la incompatibilidad genética entre el donante y el receptor que hace que el sistema inmunitario del receptor reaccione contra los antígenos de histocompatibilidad del donante. La inmunosupresión de un paciente trasplantado (el receptor), evidencia los riesgos que afecta la capacidad de defensa frente a las infecciones incluso a la formación de tumores.

Muchas veces el éxito de mantener un órgano trasplantado está basado en una correcta modulación del tratamiento inmunosupresor y así lograr mantener un equilibrio entre el rechazo con riesgo de pérdida del injerto e infección con riesgo de pérdida del individuo.

Muchos de los fármacos que actualmente se disponen en el mercado son potentes sobre todo más selectivos. Los avances sobre el conocimiento de la inmunobiología del rechazo a permitido lograr conocer los mecanismos de actuación de los fármacos y al mismo tiempo identificar cuáles son los puntos

claves de la reacción inmunitaria provocando un bloqueo más efectivo el cual evita el rechazo del órgano. La inmunosupresión debe adaptarse a las distintas fases del post- trasplante; tanto en la fase de inducción o fase inicial donde la capacidad de reacción del receptor es máxima y la administración de varios fármacos son en dosis altas entre ellos tenemos a los corticosteroides, ciclosporina o tacrolimus, azitioprina en los protocolos triples e incluso anticuerpos monoclonales o policlonales antilinfocitarios en protocolos de cuádruple terapia (31).

Asimismo estudios que tuvieron como objetivo mejorar la adherencia en la terapia con fármacos inmunosupresores para enfatizar el conocimiento de los pacientes y el conocimiento de las terapias inmunosupresoras y farmacológicas como los de S. Asavakarn, Y. Sirivatanauksorn, Sirivatanauksorn Sirivatanauksorn', R.Promraj, A.Ruenrom, S.Limsrichamrern, P.Kositamongkol, P.Mahawithitwong, C.Tovikkai, W.Dumronggittigule, en Siria en el año 2015 (10), de Valente G, Rinaldi L, Sgambato M, Piai G. En Italia en el año 2013 (14), Beckebaum Susanne, Lacob Speranta, Sweid Dani, C Georgios et al. Estados Unidos en el 2011(17) con el objetivo de realizar la reducción de la frecuencia de administración de los inmunosupresores para mejorar la adherencia al tratamiento, concluyeron que tanto aplicar un enfoque educativo en el pre y post trasplante, así como reducir la frecuencia de la administración de los inmunosupresores de liberación prolongada, mejora la adherencia a inmunosupresores en los pacientes con trasplante de hígado.

Sin embargo, por otro lado, en nuestro estudio encontramos pacientes que obtuvieron respuestas entre 0 a 9 puntos (malo) representando un 33% de los pacientes trasplantados de hígado como no adherentes. Comparados con estudios realizados por estudiantes de distintas escuelas de medicina de los Estados Unidos en año 2013 (14) donde el 35% fueron no adherentes llegaron a la conclusión que los pacientes durante el pre trasplante sufrieron alteraciones de ánimo e inestabilidad en el apoyo social y esto ocasiono la no adherencia a la terapia inmunosupresora. Los médicos inmunólogos han empleado diversos tipos de inmunosupresores, la gran mayoría de los cuales puede provocar efectos colaterales que afectan la calidad de vida de los pacientes trasplantados. Entre

los efectos secundarios más comunes se encuentran la hipertensión, hiperlipidemia, diabetes mellitus, osteoporosis o retraso del crecimiento (en niños), entre otros (10). Motivo por el cual muchas veces los pacientes dejan de ingerir el tratamiento por otro lado también se encuentra la falta de conocimiento de los pacientes sobre la importancia y la relevancia que tiene la terapia inmunosupresora sobre el órgano trasplantado.

Al analizar la relación entre el tratamiento inmunosupresor la calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado en sus dimensiones Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental, se encontró que si existe una relación entre las variables de la calidad de vida y el tratamiento inmunosupresor. A través del análisis Chi cuadrado se pudo determinar la relación con un valor de 10.95 siendo un valor significativo ya que es mayor que 9.492 que es correspondiente a un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 4 donde podemos concluir lo siguiente que nuestra hipótesis de investigación alterna es aceptada es decir Si existe una relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica a los inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado del hospital Edgardo Rebagliati Martins. de este resultado podemos inferir que los pacientes pertenecientes al programa de trasplante de hígado de este hospital cuentan con equipo multidisciplinario que cuentan con un apoyo económico sostenido por la institución, además de un equipo coordinado , que lleva a cabo cada uno de ellos sus funciones asignadas dentro del programa en el pre y post trasplante, además podemos resaltar la función de la enfermera coordinadora dentro de este equipo, junto a otro equipo de enfermeras que lo acompañan cumpliendo funciones de seguimiento, coordinación, relación asertiva entre el paciente familia y equipo además de brindar cuidados humanizados y llevar a cabo todas sus funciones responsablemente , así como procedimientos y tratamientos estandarizados para el cuidado integral del paciente con trasplante de hígado., además de la importancia de las horas que la enfermera pasa junto al paciente durante su recuperación después del trasplante educándole sobre la importancia del tratamiento inmunosupresor que el paciente llevara a cabo de por vida después de su cirugía.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

- Según las características sociodemográficas el 33% de los pacientes con trasplante de hígado fueron de sexo femenino y el 67% fueron de sexo masculino, en su totalidad de ellos contaban con estudios superiores 80% de ellos fueron profesionales universitarios y solo el 20 % tenían estudios técnicos, menos de la mitad el 40% tenían entre 56-65 años, y el 53% más de la mitad estuvieron casados.
- Los pacientes trasplantados de hígado los dos tercios presentaron un nivel de calidad de vida regular y buena de 63% y un tercio de ellos osea 34 % un nivel de calidad de vida mala.
- Según los componentes de la calidad de vida “salud física y salud mental” de los pacientes trasplantados de hígado se encontró una regular calidad de vida respecto a las siguientes dimensiones, función física con 47%, dolor corporal con un 67%, salud general con un 60%, vitalidad con un 60%, función social con un 47% y salud mental en un 67%. A diferencia del rol físico en un 40% y el rol emocional en un 47% los pacientes mantuvieron una buena calidad de vida.
- La adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes con trasplante de hígado es de 12 puntos (buena) en un 53%. sin embargo, el 33% fueron no adherentes.

- No se encontró relación significativa entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes con trasplante de hígado según la dimensión dolor corporal con un valor Chi de Pearson 3.05 siendo no significativo al igual que la dimensión salud general con un valor Chi de Pearson 4.67. vitalidad 4.67, función social con Chi de Pearson 2.15 y salud mental 2.42.
- Se encontró relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento inmunosupresor en los pacientes con trasplante de hígado del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios de investigación sobre la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes trasplantados de diferentes órganos dentro del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Realizar estudios de correlación en los diferentes servicios y unidades de trasplante del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Desarrollar investigaciones de tipo experimental que permita evidenciar cambios en la calidad de vida y la adherencia al tratamiento inmunosupresor y/o intervenciones en los pacientes con trasplante de hígado.
- Se propone el desarrollo de un plan de promoción sobre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento inmunosupresor del paciente con trasplante de hígado posibles a ser realizados dentro del programa de consultoría de enfermería del hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora [Internet] 2009 [acceso 14 Octubre de 2017];41(6):342–8 disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
2. World Health Organization. Whoqol-100 [Internet]. Ginebra-Suiza: World health Organization; 2012 [acceso 15 de Octubre de 2017] 1–30 disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77084/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.01_eng.pdf
3. Ortega Suárez FJ, Sánchez Plumed J, Pérez Valentín MA, Pereira Palomo P, Muñoz Cepeda MA, Lorenzo Aguiar D, et al. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. Rev Nefrología [Internet] 2011 [acceso 14 de Octubre de 2017]; 31(6): 690–6. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-validacion-del-cuestio...>
4. Alencastro M, Chen X, Métodos indirectos para evaluar la adherencia al tratamiento : una revisión sistemática. Universidad de la Laguna, España [Internet] 2017 [acceso 14 Octubre de 2017]. Disponible en: <https://riull.ull.es/.../Metodos%20indirectos%20para%20evaluar%20la%20adherencia>.
5. Jara P, Hierro L. Trasplante hepático pediátrico. Rev de Gastroenterología y Hepatología [Internet] 2005 [acceso 28 Marzo de 2017]; 28(8): 493–508. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista->

gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-trasplante-hepatico-pediatrico-13079008

6. Rosa M. Martín M , Victor F, Moreira-Vicente , Cuesta I et al. Adherencia y persistencia al tratamiento en pacientes con infección crónica por el virus de la hepatitis B. *Gastroenterol Hepatol* [Internet] 2012 [acceso 12 de Setiembre de 2017]; 35(4): 293-298. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-adherencia-persistencia-al-tratamiento-pacientes-S0210570512000192.
7. Anguita L, Aragón González C , Aranda J et al. Protocolo Clínico de trasplante hepático [Internet] 2010 [acceso 12 de Noviembre de 2017]: 1–296. Disponible en: www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=SpOjeczuy0c%3D...
8. Montolio Oliver, A. Calidad de vida y trasplante hepático. *Roderic* [internet] 2015 [acceso 25 de Agosto de 2017]; 41: 1001. Disponible en: www.roderic.uv.es/handle/10550/49999.
9. Asavakarn S, Sirivatanauksorn Y, Promraj R, Ruenrom A, Limsrichamrern S, Kositamongkol P, Mahawithitwong P, Tovikkai C DW. Systematic Pharmaceutical Educational Approach to Enhance Drug Adherence in Liver Transplant Recipients [Internet] 2016 [acceso 10 de Setiembre de 2017]; 48(4): 1202-7. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27320587.
10. Mendoza F, Ramírez L, Reyes A, González A, Chávez M, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático. *Rev Mexicana de Trasplantes* [Internet] 2014 [acceso 10 de Diciembre de 2017]; 3(2): 44-48. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/trasplantes/rmt-2014/rmt142b.pdf

11. Mesut Akarsu, Yasin Bakir, Sedat Karademir, Tarkan Unek, Aylin Bacakoglu, Ibrahim Astarcioglu, Prevalence and Risk Factors for Obesity After Liver Transplantation. *Hepatitis Monthly* [Internet] 2013 [acceso 18 Diciembre de 2017]; 13(8): 306. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3787684/
12. Promraj R, Dumronggittigule W, Sirivatanauksorn Y, Ruenrom A, Tovikkai C, Limsrichamrern S, Kositamongkol P, Mahawithitwong P AS. Immunosuppressive Medication Adherence in Liver Transplant Recipients. *Transplant Proc* [Internet] 2016 [acceso 10 de Diciembre de 2017]; 48(4):1198-201. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27320586
13. Valente G, Rinaldi L, Sgambato M PG. Conversion from twice-daily to once-daily tacrolimus in stable liver transplant patients: effectiveness in a real-world setting. *Transplant Proc* [Internet] 2013 [acceso 15 de Diciembre de 2017]; 45(3): 1273-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23622>.
14. Rodrigue JR, Nelson DR, Hanto DW, Reed AI, Curry MP. Patient-Reported Immunosuppression Nonadherence 6 to 24 Months after Liver Transplant: Association with Pretransplant Psychosocial Factors and Perceptions of Health Status Change. *Prog Transplant* [Internet] 2013 [acceso 15 Setiembre de 2017]; 23(4): 319–28. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.7182/pit2013501>
15. Beckebaum S, Iacob S, Sweid D, Sotiropoulos GC, Saner F, Kaiser G, et al. Efficacy, safety, and immunosuppressant adherence in stable liver transplant patients converted from a twice-daily tacrolimus-based regimen to once-daily tacrolimus extended-release formulation. *Transpl Int* [Internet] 2011 [acceso 19 de Noviembre de 2017]; 24(7): 666–75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21466596>.

16. Burgos V, Amador A , Ballesteros B. Calidad de Vida en Pacientes con Trasplante de Hígado. Univ. Psychol. [Internet] 2007 [acceso 13 de Julio de 2017]; 6(2):383–397. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n2/v6n2a16.pdf>
17. Ocampo L, Zapata C, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes trasplantados de riñón, hígado y médula ósea. Psicol y Salud [Internet] 2013 [acceso 29 de Setiembre de 2017] ; 17(1):12531. .Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/747%5Cnhttp://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/747/1337>.
18. Fernández G, Fernández -Mayoralas, Pérez FR. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territoris. 2005; 5:117–35.
19. Alarcón Martines, L. Calidad de vida en los pacientes trasplantados. Enfermería Global [Internet] 2005 [acceso 25 Agosto de 2017]; 4(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/520>.
20. Castañeda Hernández Á . Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. Rev Cuid. 2015 [Internet] 2016 [acceso 25 Setiembre de 2017]; 6(1): 906-13. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/146/407>
21. Araya P, Yañez A. Evaluación de la calidad de vida de pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Nacional del Cáncer entre los años 2003 y 2005 [tesis para optar licenciatura] Chile: universidad de Chile; 2006.
22. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Quality of Life Related to Health (QLRH) in Seniors over 60 Years of Age: A Theoretical Approach. Hacia la Promoción la Salud [Internet] 2007 [acceso 29 Agosto de 2017];

- 12(1):11–24. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
23. Ruiz M, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmaco Economics Spanish Res Artic [Internet]* 2005 [acceso 11 de Noviembre de 2017]; 2(1):31–43. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/BF03320897>.
24. Gonzáles Perez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de la ciencia de la salud. *Rev Cuba [Internet]* 2002 [acceso 11 de Diciembre de 2017]; 28(2): 157-175. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466200200020000
25. Monsalves M, Becerra A, Alvarado C. Análisis del Test de Morisky-Green-Levine como instrumento de medición en salud para estimar adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas [tesis magistral] Chile: universidad la Florencia 2016; 24:86-96.
26. Rodríguez M, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria [Internet]* 2008 [acceso 13 de Agosto de 2017]; 40(8): 413–7. Disponible en:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656708720766>
27. Hepp K. J, Zapata R, Buckel E, Martínez J, Uribe M, Díaz JC, et al. Trasplante hepático en Chile: Aspectos generales, indicaciones y contraindicaciones (Documento de consenso). *Rev Med Chile [Internet]* 2008 [acceso 11 de Agosto de 2017]; . 136(6): 793–804. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/128330>
28. Limaylla M, Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento Terapéutico. *Ciencia e Investigación [internet]* 2016 [26

de Octubre de 2017]; 19(2): 95-101. Disponible en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635/12039>

29. Buti M, Costa X, Valdés A, Cotrina M, Rodríguez Frías F, Jardí R, et al. Estudio de la replicación del virus de la hepatitis B e infección por otros virus hepatotropos en pacientes con infección crónica por el virus B. *Gastroenterol Hepatol* [internet] 2002 [acceso 12 de Setiembre 2017]; 25(5): 295–8. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-S0210570502790225
30. Montejo J, Calvo M . Trasplante hepático. Implicaciones nutricionales. *Nutr Hosp* [Internet] 2008 [acceso 29 de Agosto de 2007];23(2):34–40. Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/nh/v23s2/original5.pdf.
31. Kosmach-Park. Guía para el cuidado de su salud después del trasplante de hígado [Internet] 2007 [acceso 27 de Julio de 2017]. Disponible en: www.itns.org/uploads/manualDelHigado.pdf .
32. Itxarone B, Margarit C. La inmunosupresion en el trasplante hepatico. *Farm Hosp* [Internet] 2014 [acceso 10 de Setiembre de 2017]; 595–604. Disponible en:
<http://www.cirugiasanchinarro.com/sites/default/files/gonzales48.pdf>.
33. Wojnar DM. Kristen M. Swanson: Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. España:Elsevier. 2011.
34. Mesquita Melo E., Lopes M.V. de O., Carvalho Fernandes A.F., Teixeira Lima F.E., Barbosa I.V. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enferm. glob* [Internet] 2009 [acceso 10 de Noviembre de 2017]; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es.

35. Cisneros G. F. Teorías y Modelos de Enfermería. Fundan Enferm Univ. del Cauca [Internet] 1996 [acceso 10 de Noviembre 2017] : 1–15. Disponible en:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>.
36. Cuestionario de salud SF-36 versión española 1.4 [internet] 1999 [acceso 10 de Agosto de 2017]; Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/cuestionario_de_salud.pdf
37. López E, Banegas J, Pérez A, Gutiérrez J Alonso J, Rodríguez F. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF36. Med Clin [Internet] 1998 [acceso 10 de Noviembre 2017]; 120:568-73. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13046436-S300>
38. Vilagut Gemma, Ferrer Montse, Rajmil Luis, Rebollo Pablo, Permanyer-Miralda Gaietà, Quintana José M. et al . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet] 2005 [acceso 10 de Agosto de 2017]; 19(2): 135-150. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.
39. Marie A. Chisholm, Gail M. Williamson, Laura L. Mulloy. Development and validation of the immunosuppressant therapy adherence instrument (ITAS) Gac Sanit [Internet] 2005 [acceso 11 de Agosto de 2017]; 19(2):135–50. Disponible en: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(04\)00306-4/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(04)00306-4/pdf).
40. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol [Internet] 2015 [acceso 19 de Setiembre de 2017]; 28(2): 228-233. Disponible en:

http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21762015000200009

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos

UNIVERSIDAD NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TÉCNICA: entrevista

INSTRUMENTO: Cuestionario

OBJETIVO: Obtener datos sobre su percepción y satisfacción sobre su calidad de vida despu

és de su trasplante hepático y la relación que existe con la adherencia a su tratamiento inmunosupresor.

INTRODUCCIÓN: Estimado usuario, somos egresadas de la escuela académico profesional de enfermería de la universidad Wiener, en esta oportunidad estamos realizando un trabajo de investigación que de acuerdo al objetivo mencionado en la parte de arriba, le agradeceremos su participación respondiendo la totalidad de las preguntas de este cuestionario, garantizándole que los datos que Ud. Brinde serán de carácter anónimo y reservado. Por tal motivo solicitamos su valiosa colaboración. Muchas gracias

Parte A

1.-Género:

Masculino	
Femenino	

2.-Nivel de estudios:

Ninguno	Técnico
Primaria	Universitario
Secundaria	Pastgrado

3.-Edad: ...

4.-Estado civil:

Soltero	Separado	Viudo
Casado/unión libre	Divorciado	

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida por favor conteste a todas las preguntas. Si no está seguro de que respuesta dar a una pregunta escoja la que le parezca más apropiada. Tenga presente su modo de vivir, expectativa, placeres y preocupaciones le pedimos que piense en su vida durante las últimas 4 semanas.

5.-En general, usted diría que su salud es:

1	Excelente	2	Muy buena	3	Buena	4	Regular	5	Mala
---	-----------	---	-----------	---	-------	---	---------	---	------

6.-¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1	Mucho mejor ahora	2	Algo mejor ahora	3	Más o menos igual	4	Algo peor ahora	5	Mucho peor ahora
---	-------------------	---	------------------	---	-------------------	---	-----------------	---	------------------

7.-Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1	Sí, me limita mucho	2	Sí, me limita un poco	3	No, no me limita nada
---	---------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

8.-Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1	Sí, me limita mucho	2	Sí, me limita un poco	3	No, no me limita nada
---	---------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

9.-Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1	Sí, me limita mucho	2	Sí, me limita un poco	3	No, no me limita nada
---	---------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

10.-Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1	Sí, me limita mucho	2	Sí, me limita un poco	3	No, no me limita nada
---	---------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

11.-Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1	Sí, me limita mucho	2	Sí, me limita un poco	3	No, no me limita nada
---	---------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

12.-Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1	Sí, me limita mucho	2	Sí, me limita un poco	3	No, no me limita nada
---	---------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

13.-Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1	Sí, me limita mucho	2	Sí, me limita un poco	3	No, no me limita nada
---	---------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

14.-Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1	Sí, me limita mucho	2	Sí, me limita un poco	3	No, no me limita nada
---	---------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

15.-Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1	Sí, me limita mucho	2	Sí, me limita un poco	3	No, no me limita nada
---	---------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

16.-Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1	Sí, me limita mucho	2	Sí, me limita un poco	3	No, no me limita nada
---	---------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas. las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

17.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1	Si	2	No
---	----	---	----

18.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1	Si	2	No
---	----	---	----

19.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1	Si	2	No
---	----	---	----

20.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1	Si	2	No
---	----	---	----

21.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1	Si	2	No
---	----	---	----

22.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1	Si	2	No
---	----	---	----

23.-Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1	Si	2	No
---	----	---	----

24.-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?

1	Nada	2	Un poco	3	Regular	4	Bastante	5	Mucho
---	------	---	---------	---	---------	---	----------	---	-------

25.-¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1	No, ninguno	2	Sí, muy poco	3	Un poco	4	Sí, moderado	5	Sí, mucho	6	Sí, muchísimo
---	-------------	---	--------------	---	---------	---	--------------	---	-----------	---	---------------

26.-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)?

1	Nada	2	Un poco	3	Regular	4	Bastante	5	Mucho
---	------	---	---------	---	---------	---	----------	---	-------

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.

27.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1	Siempre	2	Casi siempre	3	Muchas veces	4	Algunas veces	5	Sólo alguna vez	6	Nunca
---	---------	---	--------------	---	--------------	---	---------------	---	-----------------	---	-------

28.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1	Siempre	2	Casi siempre	3	Muchas veces	4	Algunas veces	5	Sólo alguna vez	6	Nunca
---	---------	---	--------------	---	--------------	---	---------------	---	-----------------	---	-------

29.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1	Siempre	2	Casi siempre	3	Muchas veces	4	Algunas veces	5	Sólo alguna vez	6	Nunca
---	---------	---	--------------	---	--------------	---	---------------	---	-----------------	---	-------

30.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1	Siempre	2	Casi siempre	3	Muchas veces	4	Algunas veces	5	Sólo alguna vez	6	Nunca
---	---------	---	--------------	---	--------------	---	---------------	---	-----------------	---	-------

31.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1	Siempre	2	Casi siempre	3	Muchas veces	4	Algunas veces	5	Sólo alguna vez	6	Nunca
---	---------	---	--------------	---	--------------	---	---------------	---	-----------------	---	-------

32.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1	Siempre	2	Casi siempre	3	Muchas veces	4	Algunas veces	5	Sólo alguna vez	6	Nunca
---	---------	---	--------------	---	--------------	---	---------------	---	-----------------	---	-------

33.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1	Siempre	2	Casi siempre	3	Muchas veces	4	Algunas veces	5	Sólo alguna vez	6	Nunca
---	---------	---	--------------	---	--------------	---	---------------	---	-----------------	---	-------

34.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1	Siempre	2	Casi siempre	3	Algunas veces	4	Sólo alguna vez	5	Nunca
---	---------	---	--------------	---	---------------	---	-----------------	---	-------

35.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1	Siempre	2	Casi siempre	3	Algunas veces	4	Sólo alguna vez	5	Nunca
---	---------	---	--------------	---	---------------	---	-----------------	---	-------

36.-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)?

1	Siempre	2	Casi siempre	3	Algunas veces	4	Sólo alguna vez	5	Nunca
---	---------	---	--------------	---	---------------	---	-----------------	---	-------

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

37.-Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1	Totalmente cierta	2	Bastante cierta	3	No lo sé	4	Bastante falsa	5	Totalmente falsa
---	-------------------	---	-----------------	---	----------	---	----------------	---	------------------

38.-Estoy tan sano como cualquiera.

1	Totalmente cierta	2	Bastante cierta	3	No lo sé	4	Bastante falsa	5	Totalmente falsa
---	-------------------	---	-----------------	---	----------	---	----------------	---	------------------

39.-Creo que mi salud va a empeorar.

1	Totalmente cierta	2	Bastante cierta	3	No lo sé	4	Bastante falsa	5	Totalmente falsa
---	-------------------	---	-----------------	---	----------	---	----------------	---	------------------

40.-Mi salud es excelente.

1	Totalmente cierta	2	Bastante cierta	3	No lo sé	4	Bastante falsa	5	Totalmente falsa
---	-------------------	---	-----------------	---	----------	---	----------------	---	------------------

Escala de Adherencia al Tratamiento Inmunosupresor (ITAS)

01.- En los últimos 3 meses ¿con que frecuencia olvido tomar la medicación inmunosupresora?

3	Nunca	2	A veces	1	Con frecuencia	0	Más de la mitad de veces
---	-------	---	---------	---	----------------	---	--------------------------

02.-En los últimos 3 meses ¿con que frecuencia descuido tomar los inmunosupresores?

3	Nunca	2	A veces	1	Con frecuencia	0	Más de la mitad de veces
---	-------	---	---------	---	----------------	---	--------------------------

03.-En los últimos 3 meses ¿con que frecuencia dejo de tomar sus medicamentos inmunosupresores porque se encontraba peor?

3	Nunca	2	A veces	1	Con frecuencia	0	Más de la mitad de veces
---	-------	---	---------	---	----------------	---	--------------------------

04.-En los últimos 3 meses ¿con que frecuencia dejo de tomar sus medicamentos inmunosupresores por los motivos que fuese?

3	Nunca	2	A veces	1	Con frecuencia	0	Más de la mitad de veces
---	-------	---	---------	---	----------------	---	--------------------------

Muchas gracias :)

Anexo 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente encuestado.....

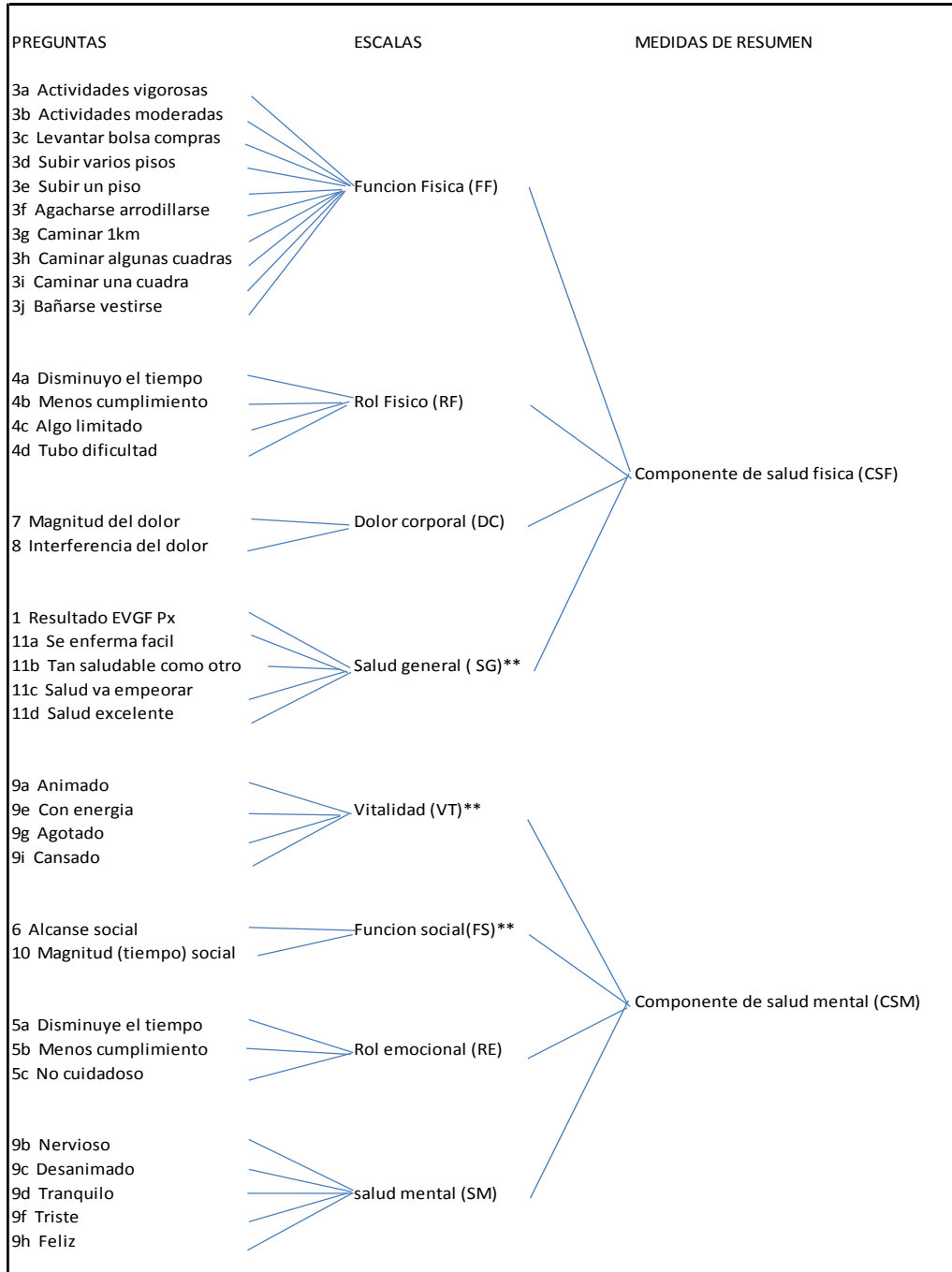
Se le invita a participar de este trabajo de investigación el cual consiste en evaluar la relación de la calidad de vida y el manejo de su tratamiento que lleva con respecto a su enfermedad, usted tiene la libertad de desarrollar o no el cuestionario, además de hacer las preguntas respectivas en donde Ud. no entiende sobre alguna de las preguntas gustosamente será aclarado su duda. Si Ud. decide participar de esta encuesta sírvase firmar este consentimiento al final de la hoja.

.....

Firma

Anexo 3: Medición del SF 36

MODELO DE MEDICIÓN DEL SF-36



Fuente: traducido de Ware JE, Kosinski M, Keller SD. 1994

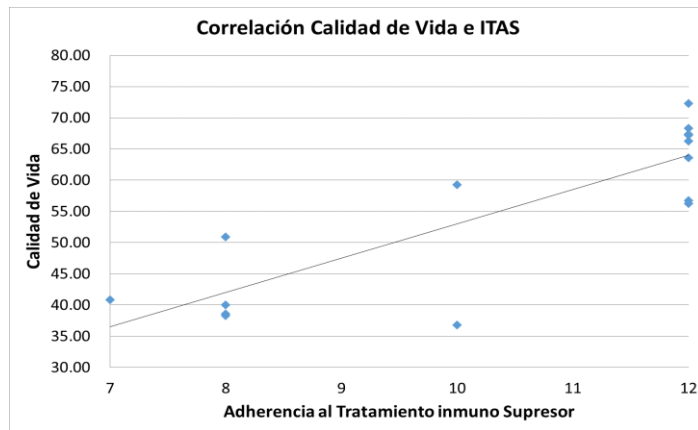
*EVPGF=Excellent , Very Good, Good, Fair, Poor.

**Correlación significativa con otras Medidas de Resumen

Anexo 4: Graficos estadísticos

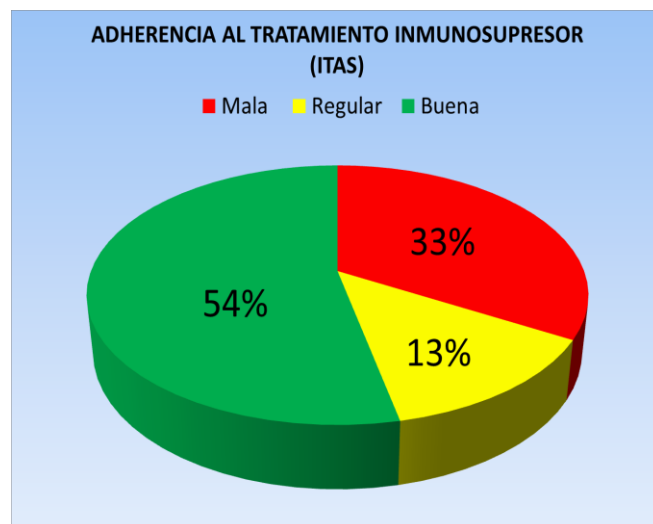
Gráfico 1: Correlación entre calidad de vida y la adherencia al tratamiento inmunosupresor.	90
Gráfico 2: Adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes con trasplante de hígado 2017.....	90
Gráfico 3: Calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado 2017.	91
Gráfico 4: Representación porcentual de calidad de vida según sus dimensiones.....	92
Gráfico 5: Relación entre calidad de vida según la dimension función física y la adherencia terapéutica a inmunosupresores 2017.....	93
Gráfico 6: Relación entre calidad de vida según la dimension rol físico y la adherencia terapéutica 2017.	94
Gráfico 7: Relación entre calidad de vida según la dimension dolor corporal y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado 2017.....	95
Gráfico 8: Relación entre calidad de vida según la dimension salud general y la adherencia terapéutica a inmunosupresores 2017.....	96
Gráfico 9: Relación entre calidad de vida según la dimension vitalidad y la adherencia terapéutica a inmunosupresores 2017.	97
Gráfico 10: Relación entre calidad de vida según la dimension función social y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado 2017.....	98
Gráfico 11: Relación entre calidad de vida según la dimension rol emocional y la adherencia terapéutica a inmunosupresores 2017.....	99
Gráfico 12: Relación entre calidad de vida según la dimension salud mental y la adherencia terapéutica a inmunosupresores 2017.....	100

Gráfico 1: Correlación entre calidad de vida y la adherencia al tratamiento inmunosupresor.



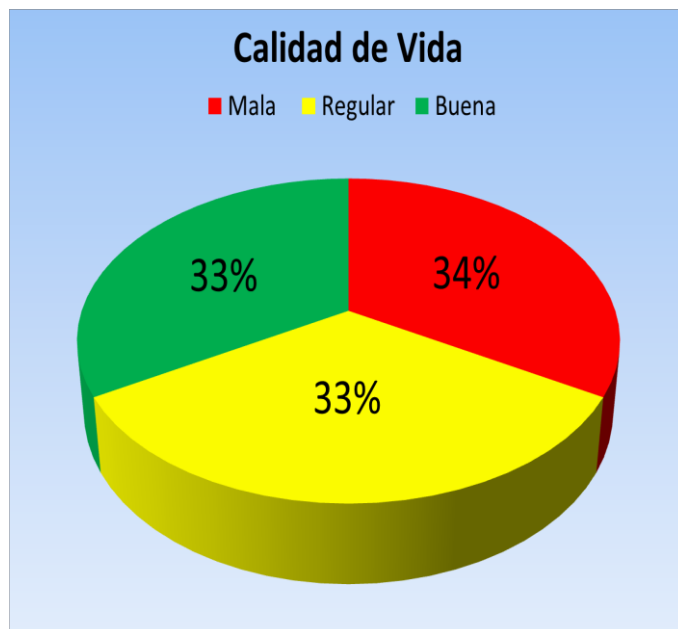
Correlación Calidad de Vida e ITAS

Gráfico 2: Adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes con trasplante de hígado 2017.



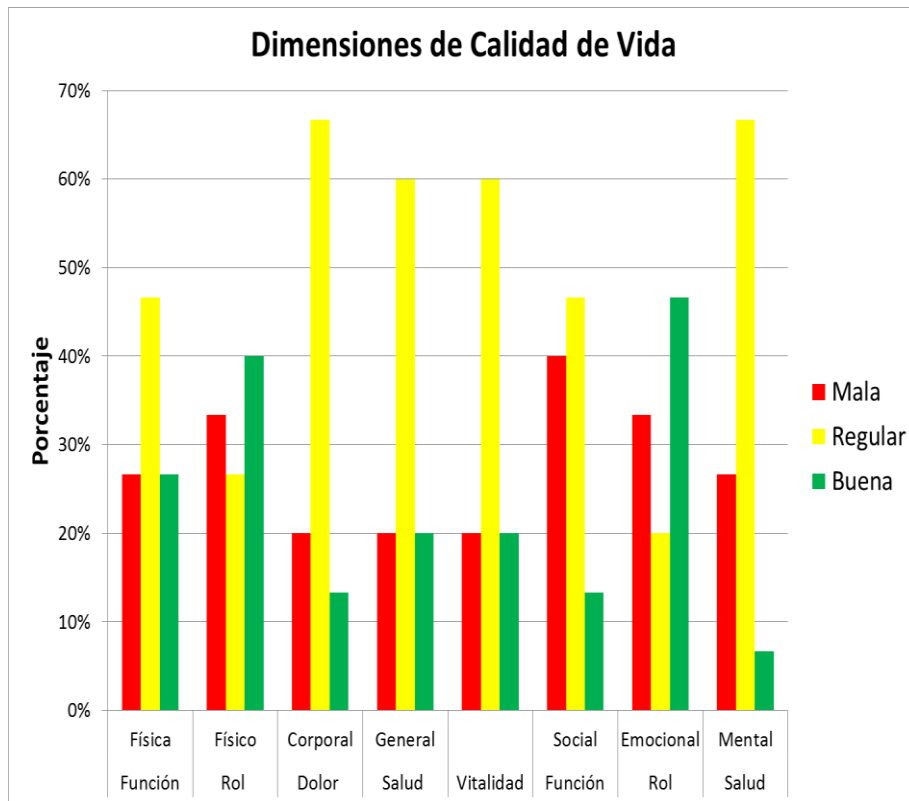
Representación porcentual de la adherencia al tratamiento inmunosupresor

Gráfico 3: Calidad de vida de los pacientes con trasplante de hígado 2017.



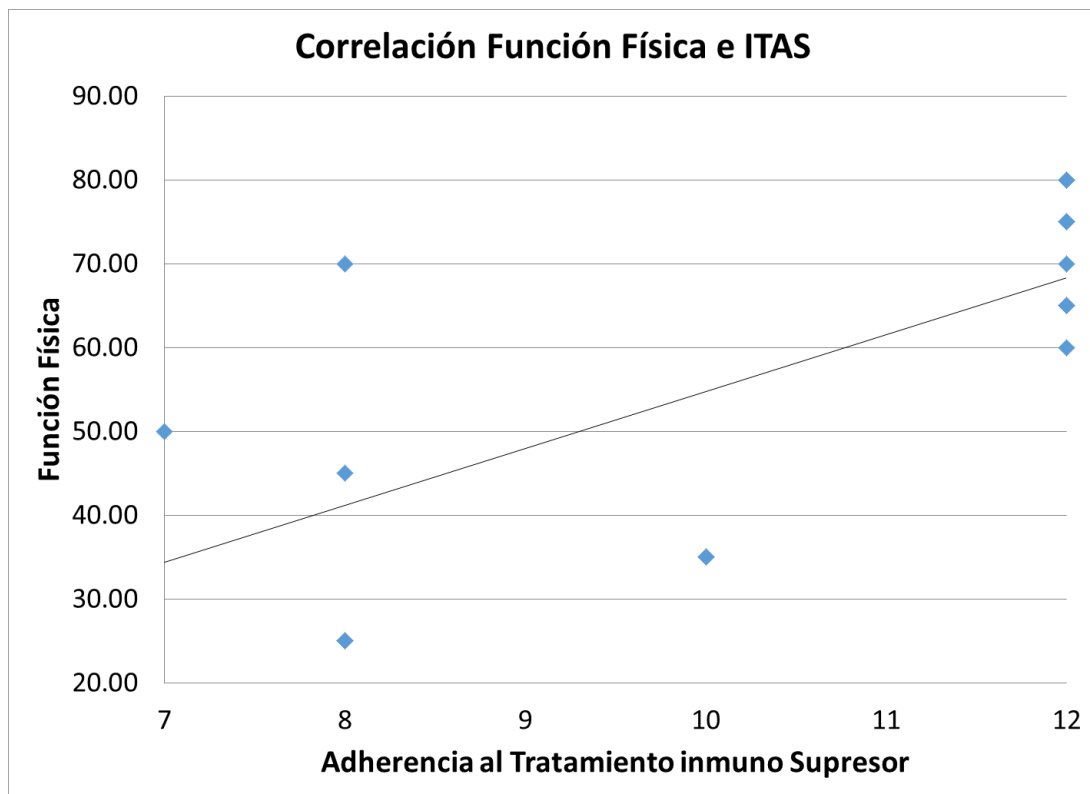
Calidad de vida de los pacientes.

Gráfico 4: Representación porcentual de calidad de vida según sus dimensiones.



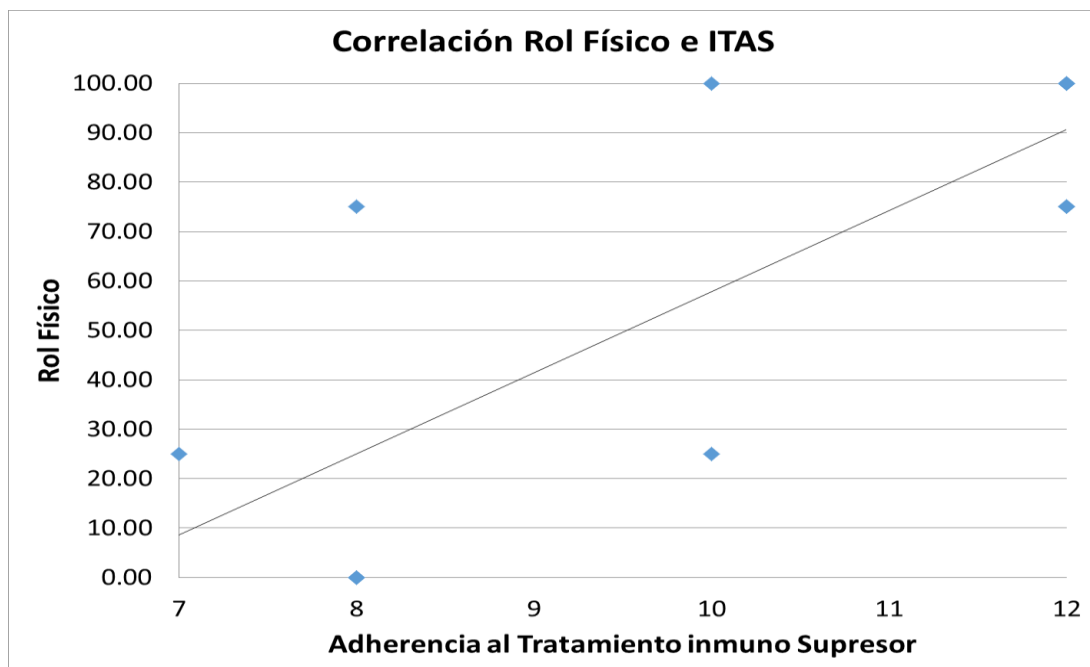
Representación Porcentual de las Dimensiones de Calidad de Vida

Gráfico 5: Relación entre calidad de vida según la dimension función física y la adherencia terapéutica a inmunosupresores 2017.



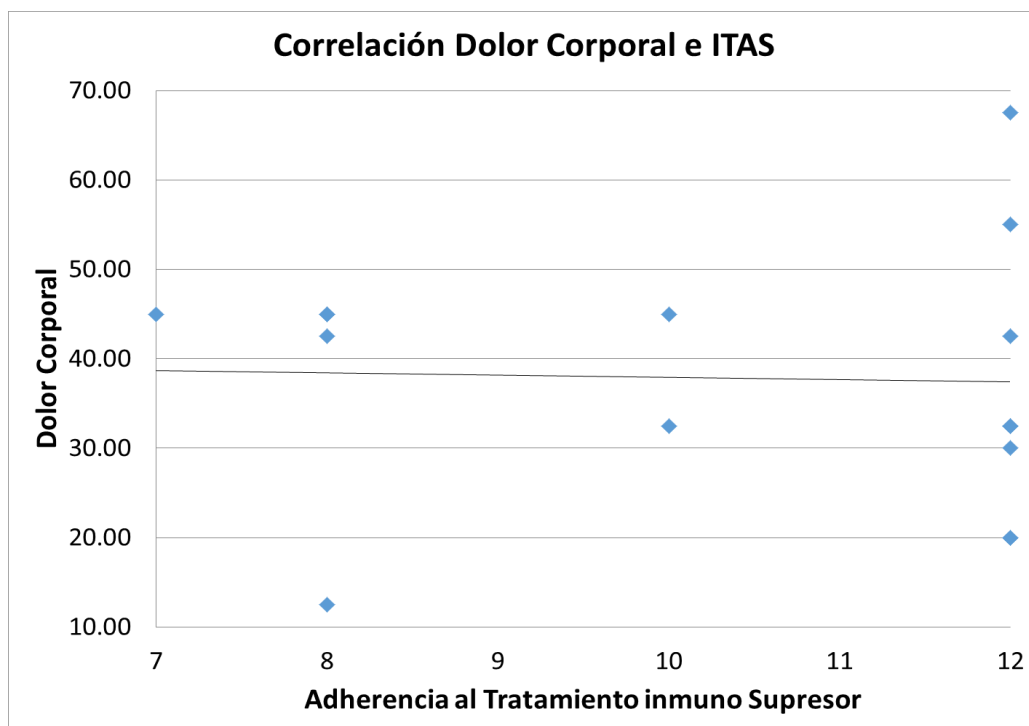
Correlación Función Física e ITAS. $X^2 = 11.14 > 9.492$;
es mayor entonces las dos variables están asociadas

Gráfico 6: Relación entre calidad de vida según la dimension rol físico y la adherencia terapéutica 2017.



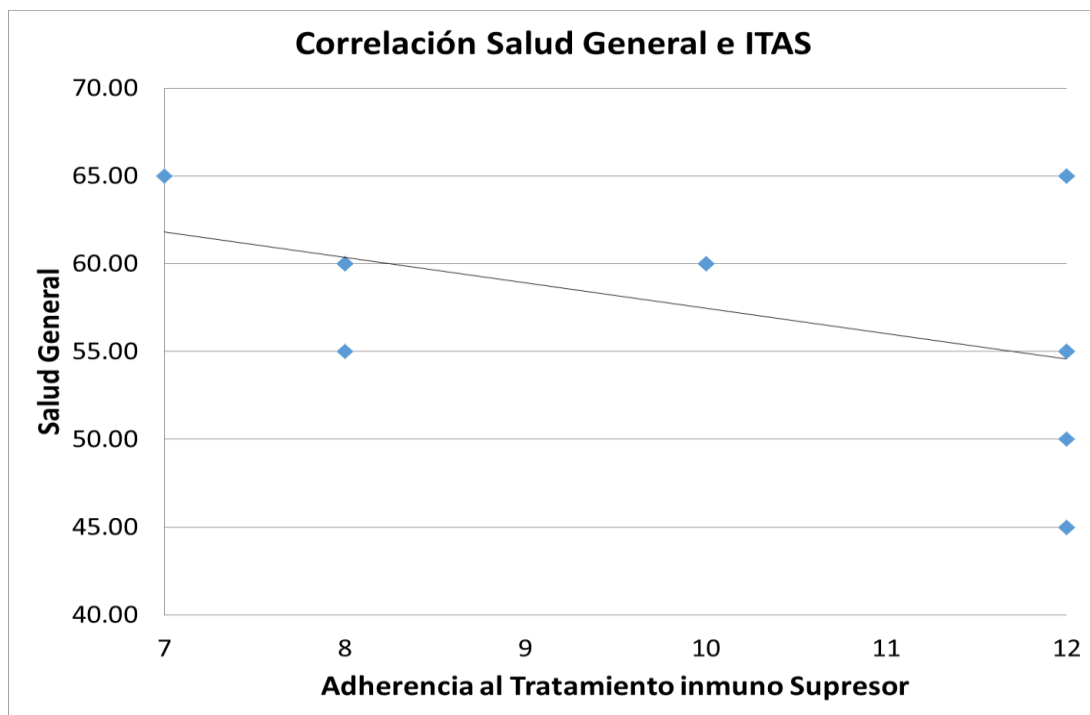
Correlación Rol Físico e ITAS. $\chi^2 = 10.13 > 9.492$;
es mayor entonces las dos variables están asociadas.

Gráfico 7: Relación entre calidad de vida según la dimension dolor corporal y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado 2017.



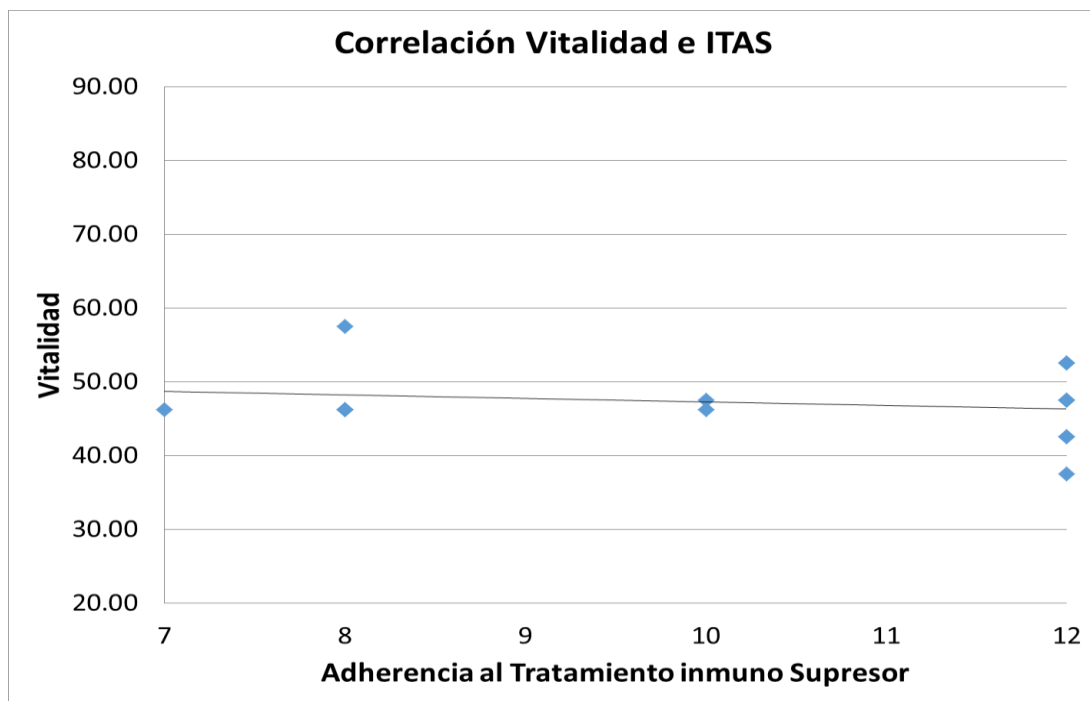
Correlación Rol Físico e ITAS. $\chi^2 = 3.05 < 9.492$;
es menor entonces no hay pruebas estadísticas de que las variables estén asociadas.

Gráfico 8: Relación entre calidad de vida según la dimension salud general y la adherencia terapéutica a inmunosupresores 2017.



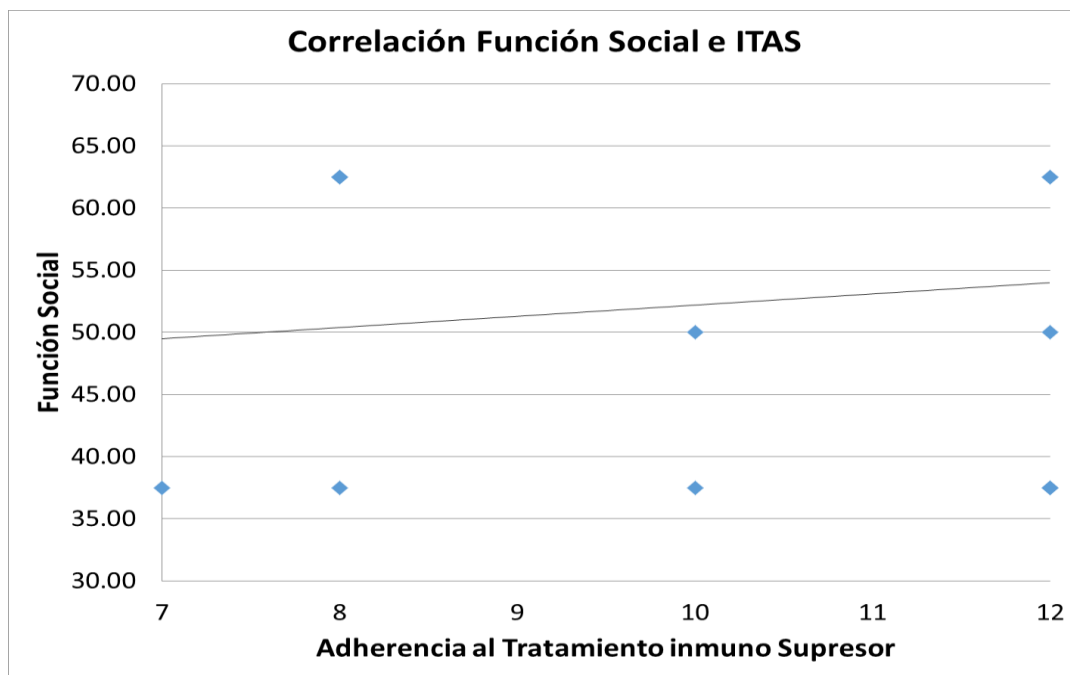
Correlación Salud General e ITAS. $\chi^2 = 4.67 < 9.492$; es menor entonces no hay pruebas estadísticas de que las variables estén asociadas

Gráfico 9: Relación entre calidad de vida según la dimension vitalidad y la adherencia terapéutica a inmunosupresores 2017.



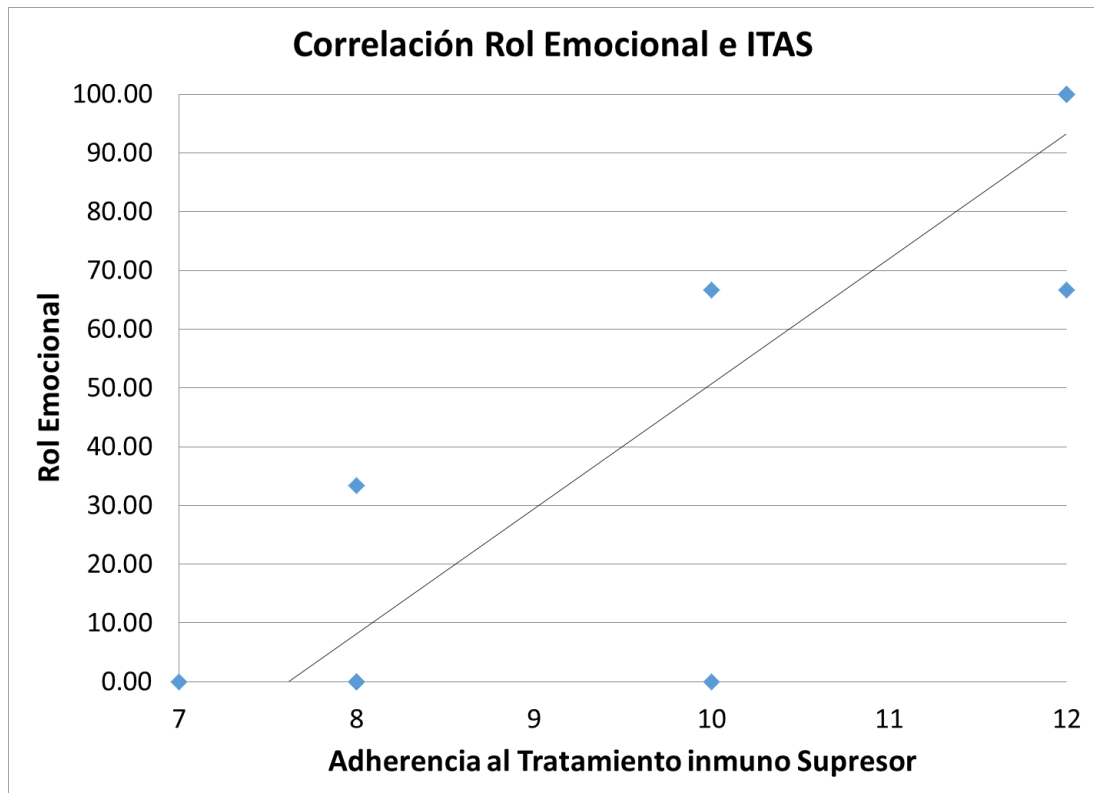
. Correlación Vitalidad e ITAS. $X^2 = 4.67 < 9.492$; es menor entonces no hay pruebas estadísticas de que las variables estén asociadas.

Gráfico 10: Relación entre calidad de vida según la dimensión función social y la adherencia terapéutica a inmunosupresores en pacientes con trasplante de hígado 2017.



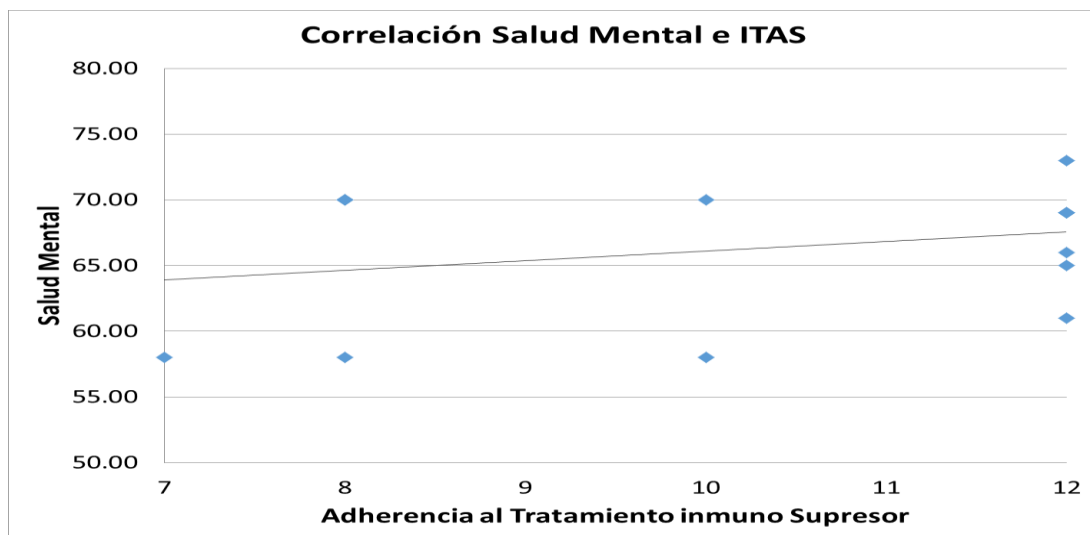
Correlación Función Social e ITAS. $\chi^2 = 2.15 < 9.492$; es menor entonces no hay pruebas estadísticas de que las variables estén asociadas

Gráfico 11: Relación entre calidad de vida según la dimension rol emocional y la adherencia terapéutica a inmunosupresores 2017.



Correlación Rol Emocional e ITAS. $X^2 = 13.35 > 9.492$; es mayor entonces las dos variables están asociadas.

Gráfico 12: Relación entre calidad de vida según la dimension salud mental y la adherencia terapéutica a inmunosupresores 2017



Correlación Salud mental e ITAS. $\chi^2 = 2.42 < 9.492$;

Anexo 5 medición de la variable 1 y la variable 2

Nivel de Calidad de Vida Puntajes

A. Medición de la Variable 1:

Para la medición de la variable calidad de vida se utilizó Estaninos y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndose en tres Categoría mala, regular y buena.

Calidad de Vida

$X = 54.86$ (Promedio)

$DS = 12.89$ (Desviación estándar)

Se establecieron los valores de a y

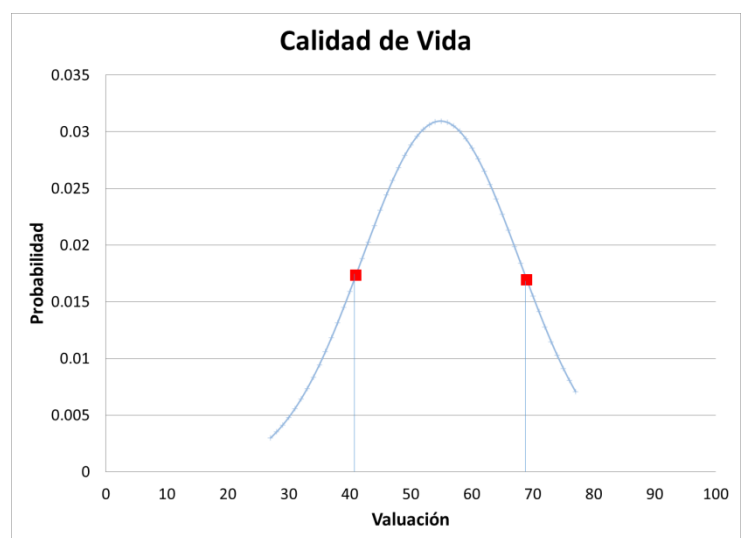
b

$a = X - 0.75 (DS)$

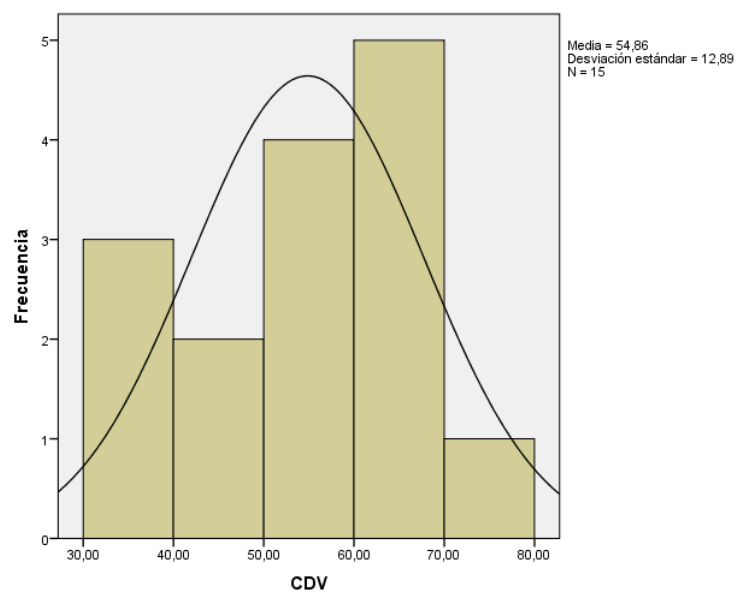
$a = 45.19$

$b = X + 0.75 (DS)$

$b = 64.52$



		CDV
N	Válido	15
	Perdidos	0
Asimetría		-,269
Error estándar de asimetría		,580
Curtosis		-1,633
Error estándar de curtosis		1,121



B. Medición de la Variable 2:

Para la medición de la variable Adherencia al Tratamiento Inmunosupresor se utilizó Estatinos y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndose en tres Categoría mala, regular y buena.

Adherencia al Tratamiento

Inmunosupresor

$X = 10.33$ (Promedio)

$DS = 1.99$ (Desviación estándar)

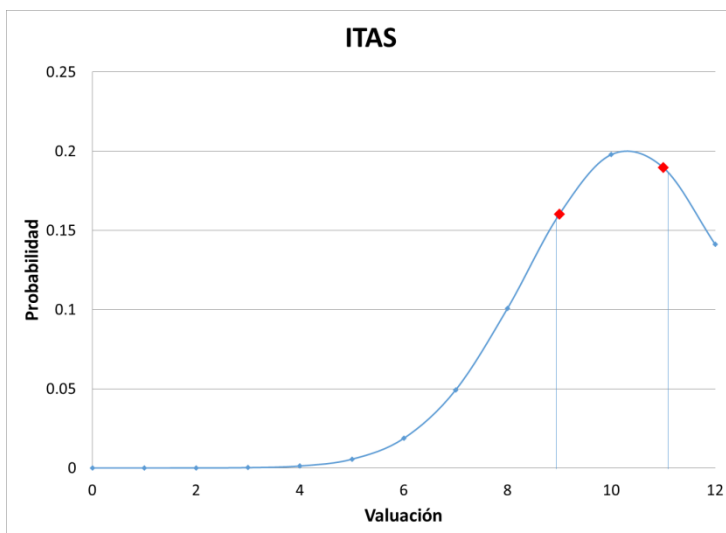
Se establecieron los valores de a y b

$a = X - 0.75$ (DS)

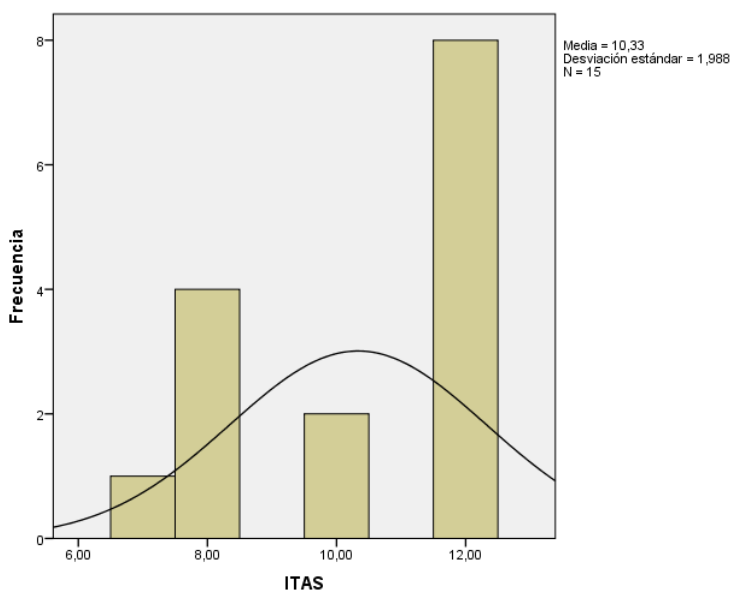
$a = 8.84$

$b = X + 0.75$ (DS)

$b = 11.82$



		ITAS
N	Válido	15
	Perdidos	0
Asimetría		-,534
Error estándar de asimetría		,580
Curtosis		-1,632
Error estándar de curtosis		1,121



C. Medición del Nivel de Calidad de Vida por Dominios

Dominio Función Física

$X = 57.00$ (Promedio)

$DS = 19.62$ (Desviación estándar)

Se establecieron los valores de

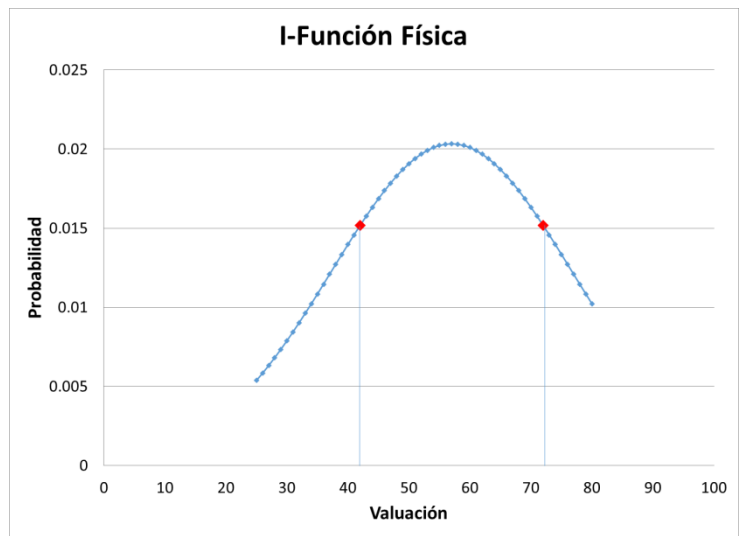
a y b

$a = X - 0.75 (DS)$

$a = 42.28$

$b = X + 0.75 (DS)$

$b = 71.72$



Dominio Rol Físico

$X = 63.33$ (Promedio)

$Cv + DS = 41.04$ (Desviación estándar)

Se establecieron los valores de

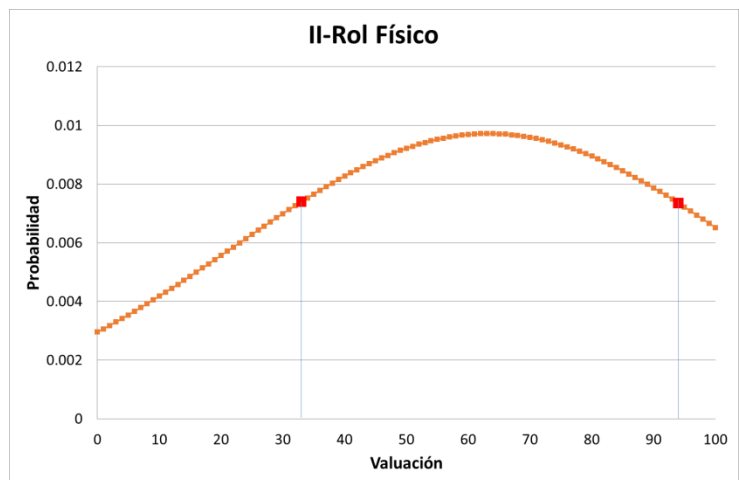
a y b

$a = X - 0.75 (DS)$

$a = 32.55$

$b = X + 0.75 (DS)$

$b = 94.12$



Dominio Dolor Corporal

$X = 37.83$ (Promedio)

$DS = 14.26$ (Desviación estándar)

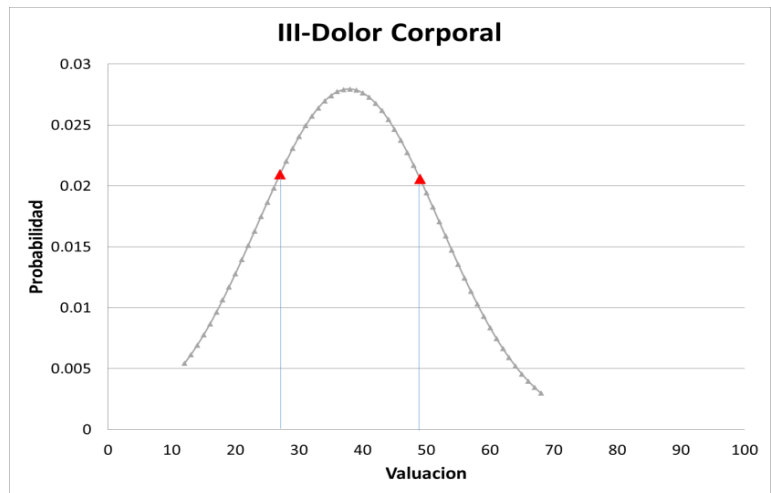
Se establecieron los valores de a y b

$a = X - 0.75 (DS)$

$a = 27.14$

$b = X + 0.75 (DS)$

$b = 48.53$



Dominio Salud General

$X = 57.00$ (Promedio)

$DS = 6.49$ (Desviación estándar)

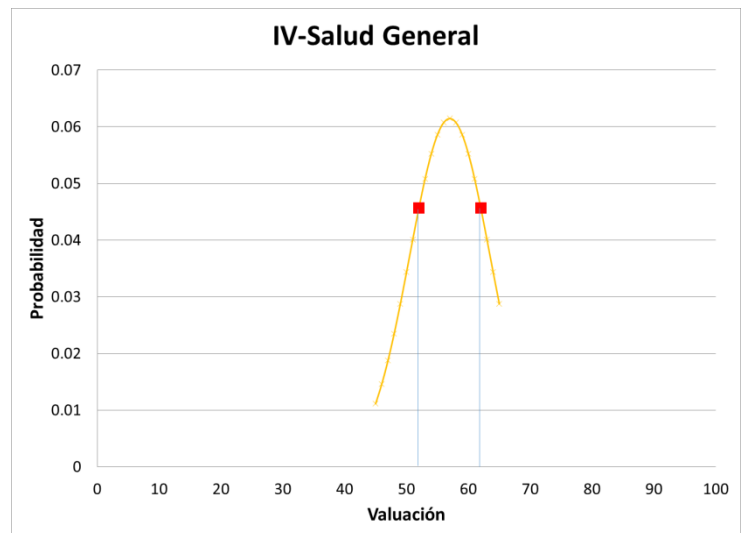
Se establecieron los valores de a y b

$a = X - 0.75 (DS)$

$a = 52.13$

$b = X + 0.75 (DS)$

$b = 61.87$



Dominio Vitalidad

$X = 47.08$ (Promedio)

$DS = 4.67$ (Desviación estándar)

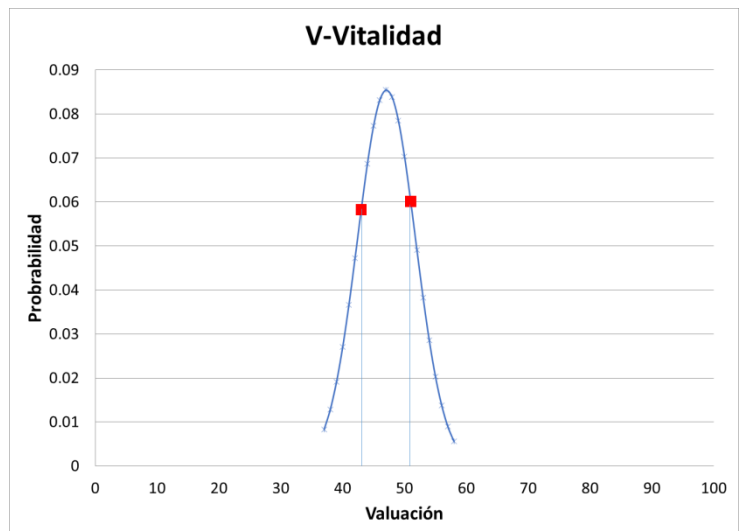
Se establecieron los valores de a y b

$a = X - 0.75 (DS)$

$a = 43.58$

$b = X + 0.75 (DS)$

$b = 50.59$



Dominio Función Social

$X = 52.50$ (Promedio)

$DS = 14.33$ (Desviación estándar)

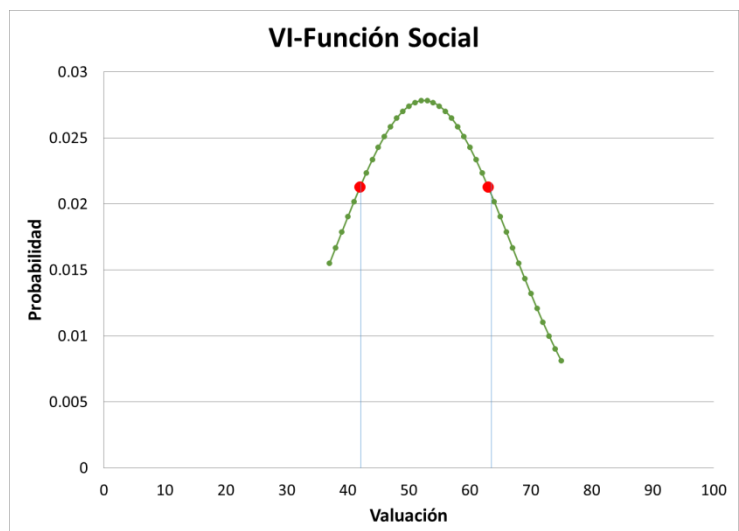
Se establecieron los valores de a y b

$a = X - 0.75 (DS)$

$a = 41.75$

$b = X + 0.75 (DS)$

$b = 63.25$



Dominio Rol Emocional

$X = 57.78$ (Promedio)

$DS = 46.23$ (Desviación estándar)

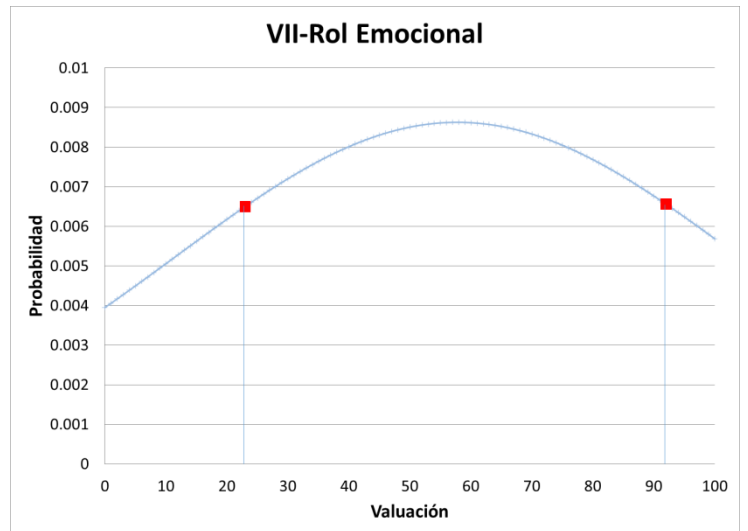
Se establecieron los valores de a y b

$a = X - 0.75 (DS)$

$a = 23.10$

$b = X + 0.75 (DS)$

$b = 92.45$



Dominio Salud Mental

$X = 66.33$ (Promedio)

$DS = 5.11$ (Desviación estándar)

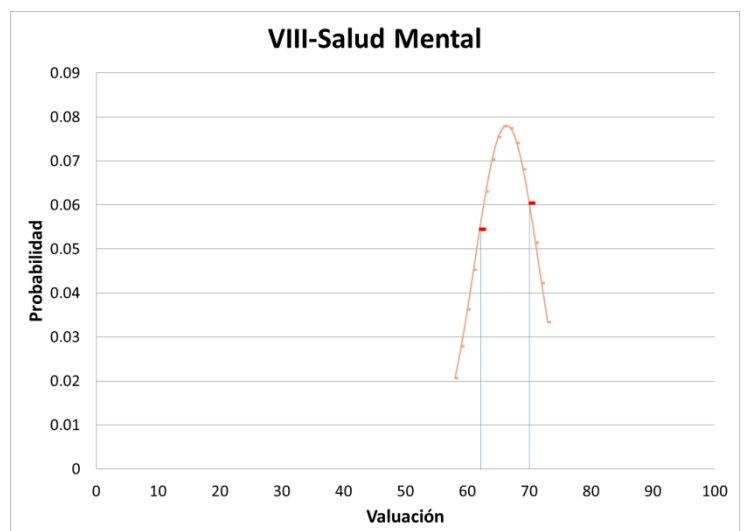
Se establecieron los valores de a y b

$a = X - 0.75 (DS)$

$a = 62.50$

$b = X + 0.75 (DS)$

$b = 70.16$



Anexo 6 cuadro operacional de la variable

Matriz operacional de variables

VALOR FINAL QUE ADOPTARA LAS VARIABLES	CRITERIOS	TECNICA E INSTRUMENTO PREVISTOS	PROCEDIMIENTOS PREVISTOS	MEDICION
Mala Regular Buena	Cuando las respuestas de los pacientes oscilan entre 36 a 45 puntos. Cuando las respuestas oscilan entre 45 a 64 puntos. Cuando las respuestas de los pacientes oscilan entre 64 a 72 puntos.	Cuestionario (I) Short-Form Health Survey (SF 36)	Obtenido el permiso de la jefatura del servicio de trasplante de Hígado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins ,se procedió a realizar las encuestas previo consentimiento informado de cada paciente durante 30',en forma privada y por única vez	Ordinal
Mala Regular Buena	Cuando las respuestas de los pacientes oscilan entre 0 a 9 puntos Cuando las respuestas de los pacientes oscilan entre 10 a 11 puntos Cuando las respuestas de los pacientes oscilan en 12 puntos	Cuestionario (II) Escala de Adherencia a la terapia del tratamiento inmunosupresor (inmunosuppressant therapy adherence scale) ITAS		Ordinal

Anexo 7 Pruebas de Normalización de la variable 1 y la variable 2

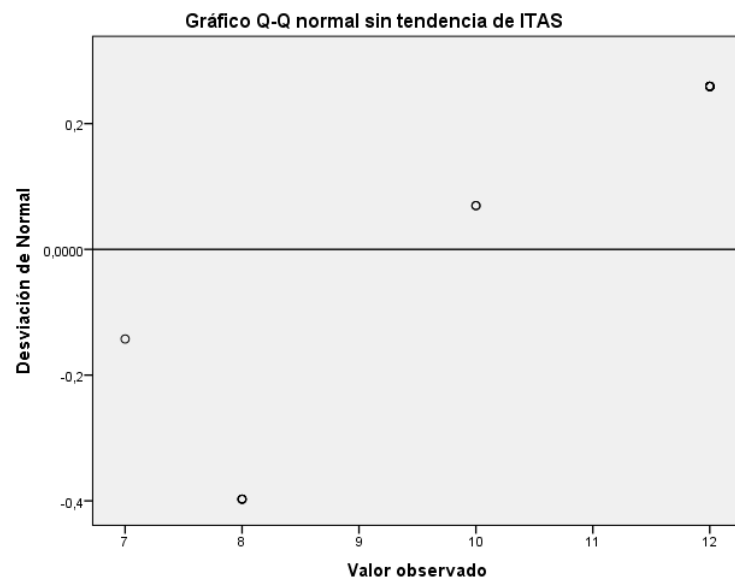
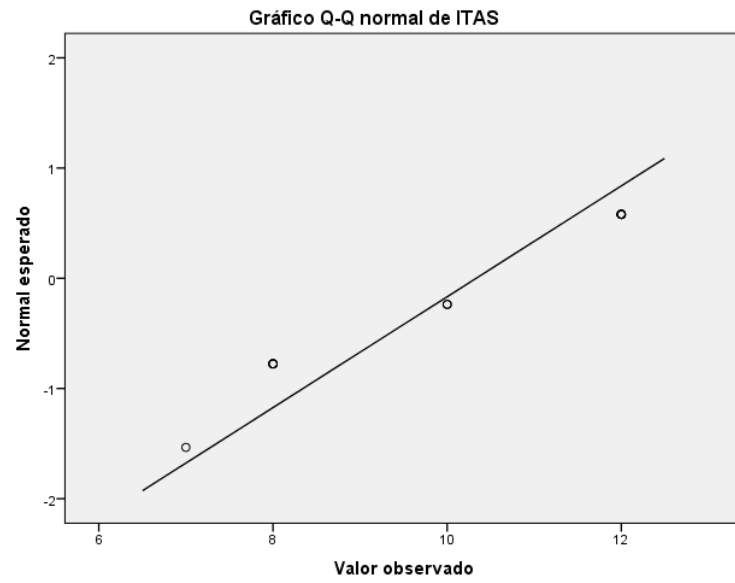
Resumen de procesamiento de casos

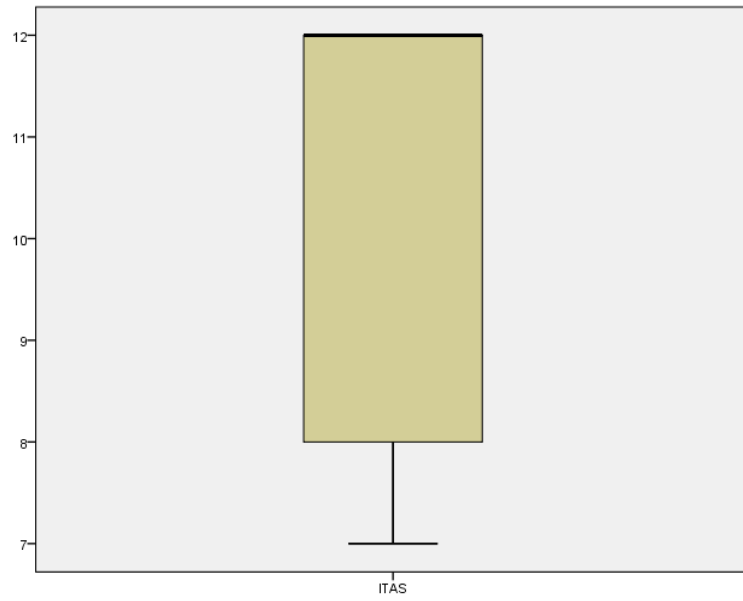
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
ITAS	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
CDV	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%

Descriptivos

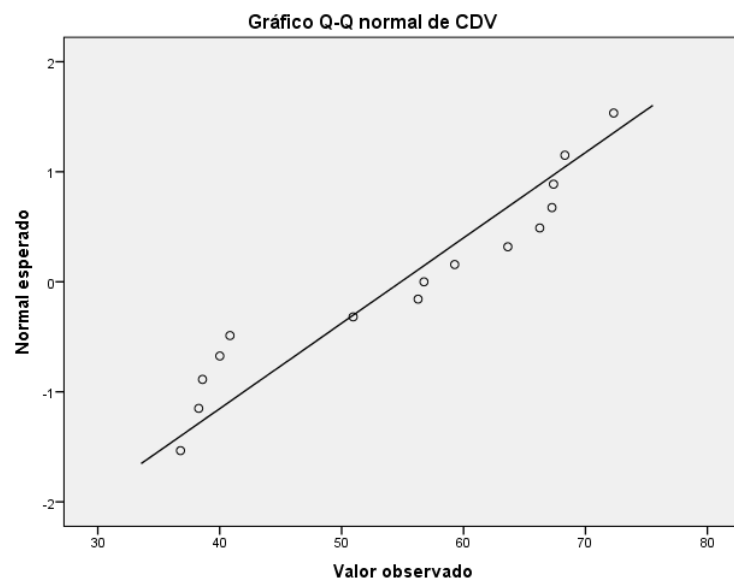
		Estadístico	Error estándar	
IAS	Media	10,3333	,51331	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	9,2324	
		Límite superior	11,4343	
	Media recortada al 5%	10,4259		
	Mediana	12,0000		
	Varianza	3,952		
	Desviación estándar	1,98806		
	Mínimo	7,00		
	Máximo	12,00		
	Rango	5,00		
	Rango intercuartil	4,00		
	Asimetría	-,534	,580	
	Curtosis	-1,632	1,121	
CDV	Media	54,8573	3,32828	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	47,7189	
		Límite superior	61,9958	
	Media recortada al 5%	54,8920		
	Mediana	56,7500		
	Varianza	166,162		
	Desviación estándar	12,89038		
	Mínimo	36,78		
	Máximo	72,31		
	Rango	35,53		
	Rango intercuartil	27,24		
	Asimetría	-,269	,580	
	Curtosis	-1,633	1,121	

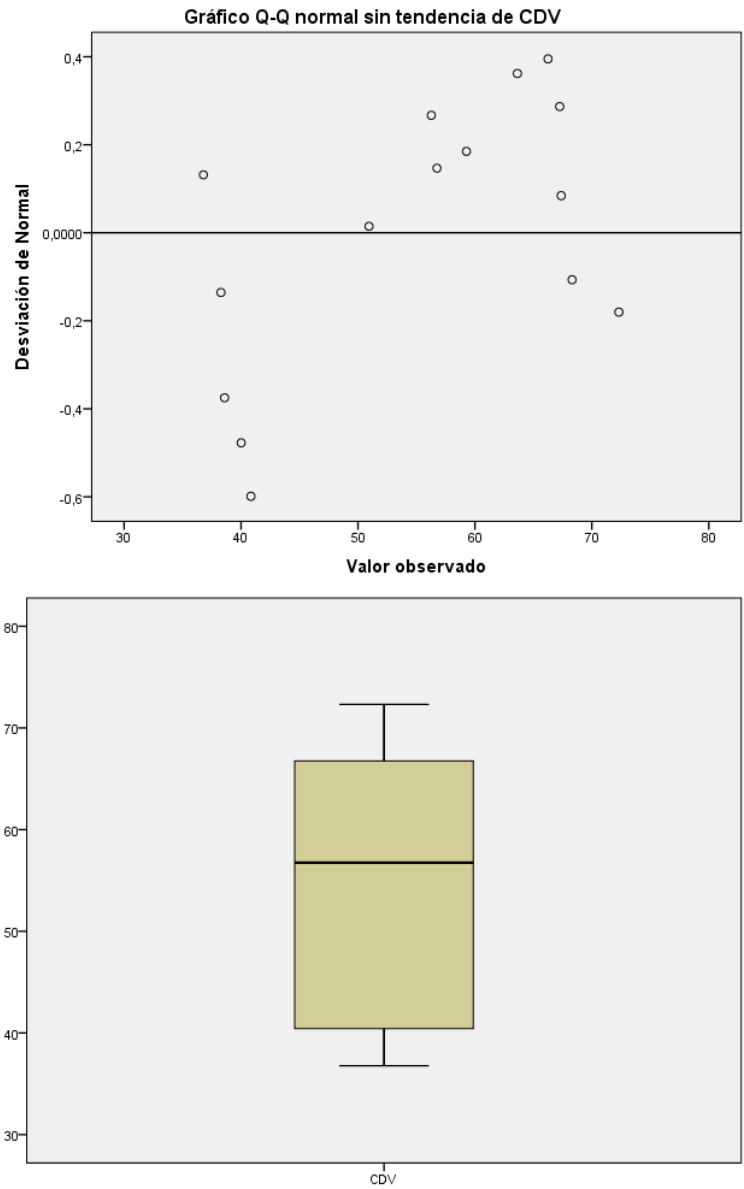
ITAS – Adherencia al Tratamiento Inmunosupresor





Calidad de Vida





En este caso se tiene que elegir el Shapiro Wilk como referencia, pues la cantidad de encuestados es 15.

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ITAS	,332	15	,000	,752	15	,001
CDV	,195	15	,130	,879	15	,045

a. Corrección de significación de Lilliefors

Anexo 8 Pruebas de Normalización de las dimensiones de la variable 1

I = Función Física

II = Rol Físico

III = Dolor Corporal

IV = Salud General

V = Vitalidad

VI = Función Social

VII = Rol Emocional

VIII = Salud Mental

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
I	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
II	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
III	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
IV	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
V	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
VI	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
VII	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
VIII	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%

Descriptivos

		Estadístico	Error estándar
I	Media	57,0000	5,06623
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	46,1340
		Límite superior	67,8660

	Media recortada al 5%		57,5000	
	Mediana		65,0000	
	Varianza		385,000	
	Desviación estándar		19,62142	
	Mínimo		25,00	
	Máximo		80,00	
	Rango		55,00	
	Rango intercuartil		40,00	
	Asimetría		-,518	,580
	Curtosis		-1,231	1,121
II	Media		63,33	10,597
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	40,60	
		Límite superior	86,06	
	Media recortada al 5%		64,81	
	Mediana		75,00	
	Varianza		1684,524	
	Desviación estándar		41,043	
	Mínimo		0	
	Máximo		100	
	Rango		100	
	Rango intercuartil		75	
	Asimetría		-,683	,580
	Curtosis		-1,310	1,121
III	Media		37,8333	3,68286
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	29,9344	
		Límite superior	45,7323	
	Media recortada al 5%		37,5926	
	Mediana		42,5000	
	Varianza		203,452	
	Desviación estándar		14,26367	
	Mínimo		12,50	
	Máximo		67,50	
	Rango		55,00	
	Rango intercuartil		15,00	
	Asimetría		,122	,580
	Curtosis		,195	1,121
IV	Media		57,0000	1,67616
	95% de intervalo de	Límite inferior	53,4050	

	confianza para la media	Límite superior	60,5950	
	Media recortada al 5%		57,2222	
	Mediana		60,0000	
	Varianza		42,143	
	Desviación estándar		6,49175	
	Mínimo		45,00	
	Máximo		65,00	
	Rango		20,00	
	Rango intercuartil		5,00	
	Asimetría		-,651	,580
	Curtosis		-,265	1,121
V	Media		47,0833	1,20556
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	44,4977	
		Límite superior	49,6690	
	Media recortada al 5%		47,0370	
	Mediana		46,2500	
	Varianza		21,801	
	Desviación estándar		4,66911	
	Mínimo		37,50	
	Máximo		57,50	
	Rango		20,00	
	Rango intercuartil		1,25	
	Asimetría		,302	,580
	Curtosis		1,506	1,121
VI	Media		52,5000	3,70006
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	44,5642	
		Límite superior	60,4358	
	Media recortada al 5%		52,0833	
	Mediana		50,0000	
	Varianza		205,357	
	Desviación estándar		14,33029	
	Mínimo		37,50	
	Máximo		75,00	
	Rango		37,50	
	Rango intercuartil		25,00	
	Asimetría		,210	,580
	Curtosis		-1,512	1,121
VII	Media		57,78	11,938
	95% de intervalo de	Límite inferior	32,17	

	confianza para la media	Límite superior	83,38	
	Media recortada al 5%		58,64	
	Mediana		66,67	
	Varianza		2137,586	
	Desviación estándar		46,234	
	Mínimo		0	
	Máximo		100	
	Rango		100	
	Rango intercuartil		100	
	Asimetría		-,376	,580
	Curtosis		-1,885	1,121
VIII	Media		66,3333	1,31897
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	63,5044	
		Límite superior	69,1622	
	Media recortada al 5%		66,4259	
	Mediana		69,0000	
	Varianza		26,095	
	Desviación estándar		5,10835	
	Mínimo		58,00	
	Máximo		73,00	
	Rango		15,00	
	Rango intercuartil		9,00	
	Asimetría		-,817	,580
	Curtosis		-,835	1,121

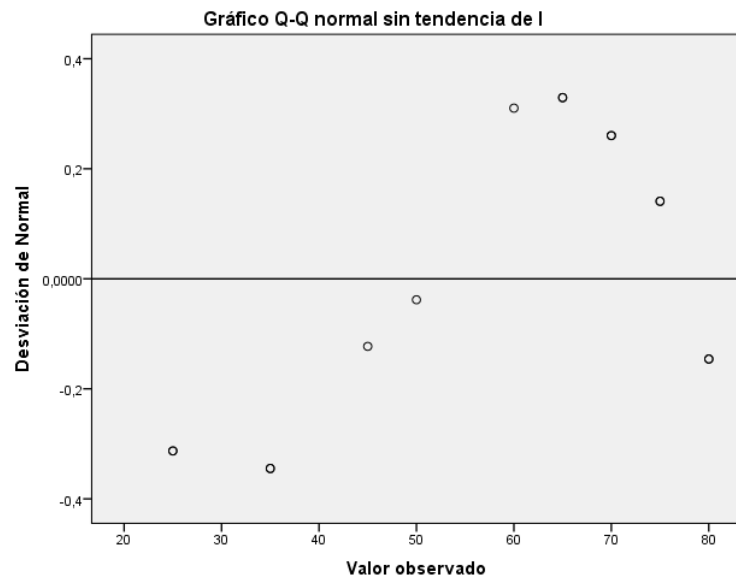
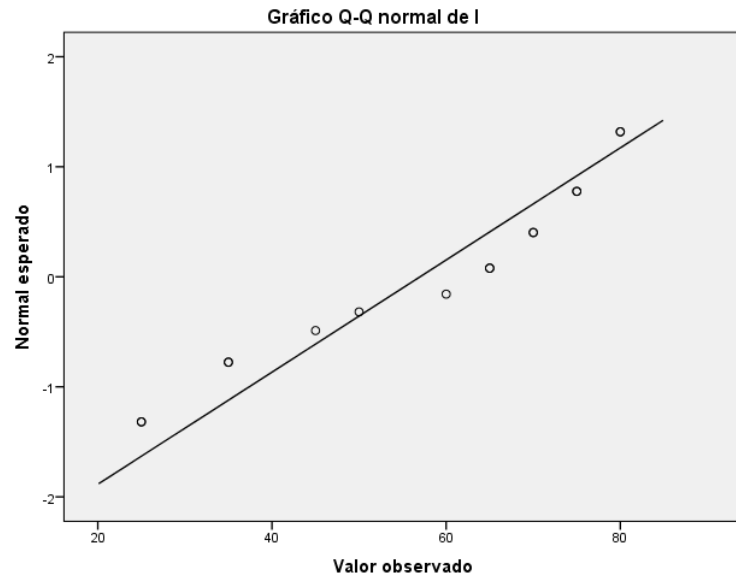
Pruebas de normalidad

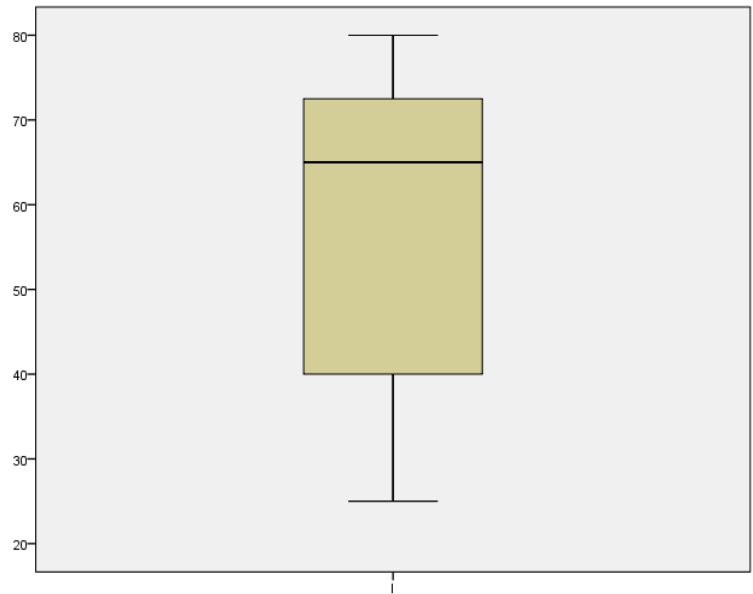
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
I	,192	15	,143	,893	15	,074
II	,279	15	,003	,784	15	,002
III	,174	15	,200*	,956	15	,620
IV	,211	15	,070	,891	15	,069
V	,264	15	,006	,910	15	,136
VI	,252	15	,011	,828	15	,008
VII	,286	15	,002	,743	15	,001
VIII	,299	15	,001	,821	15	,007

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

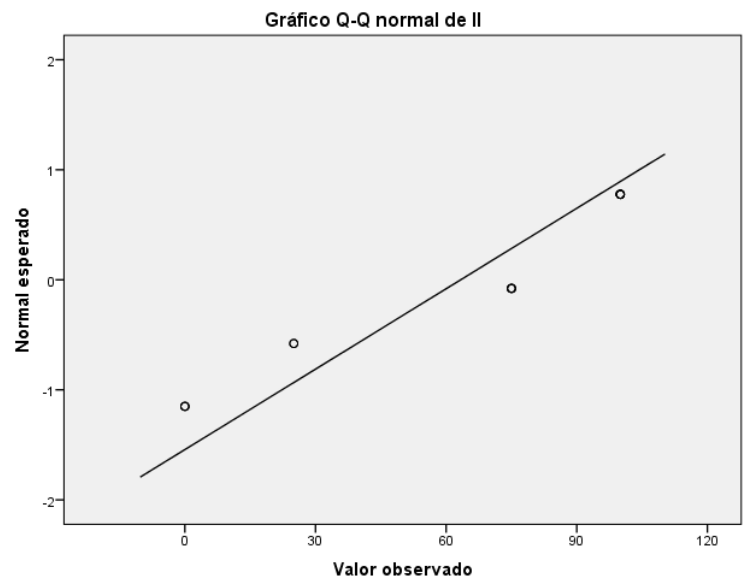
a. Corrección de significación de Lilliefors

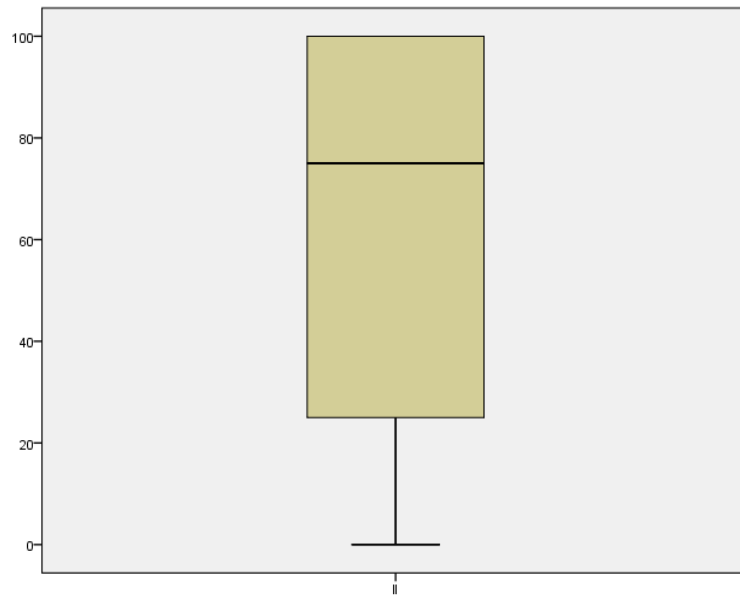
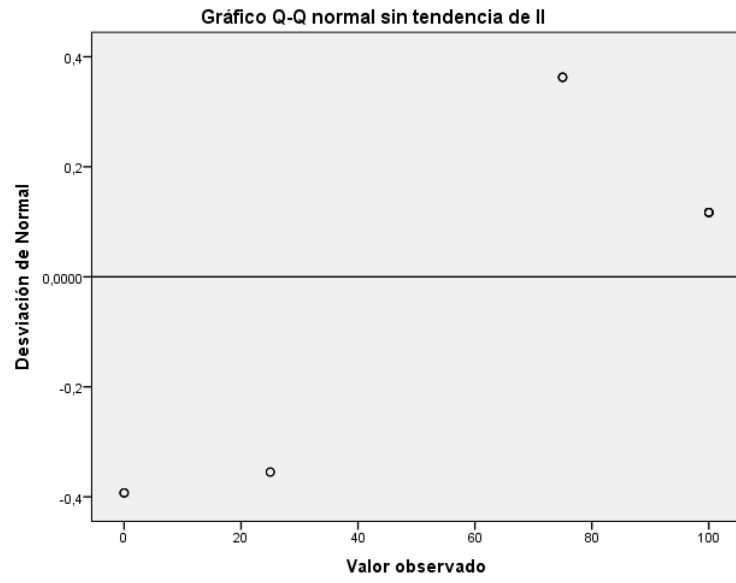
I = Función Física



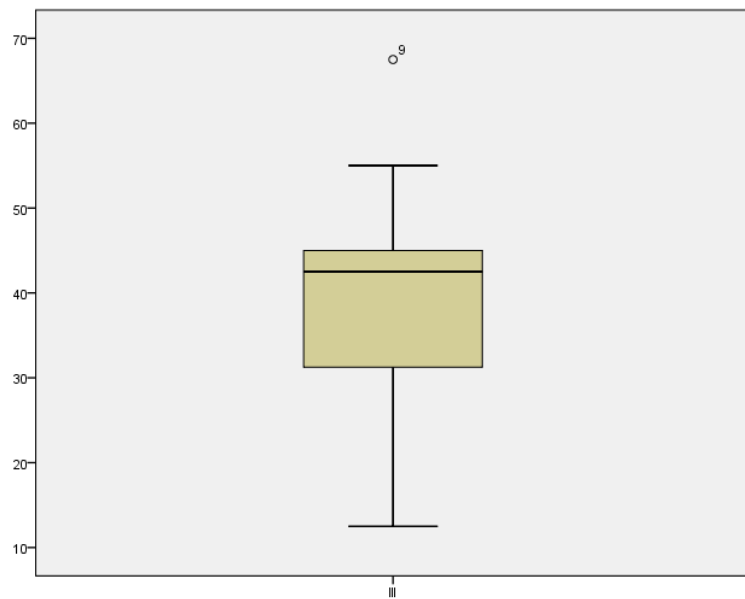
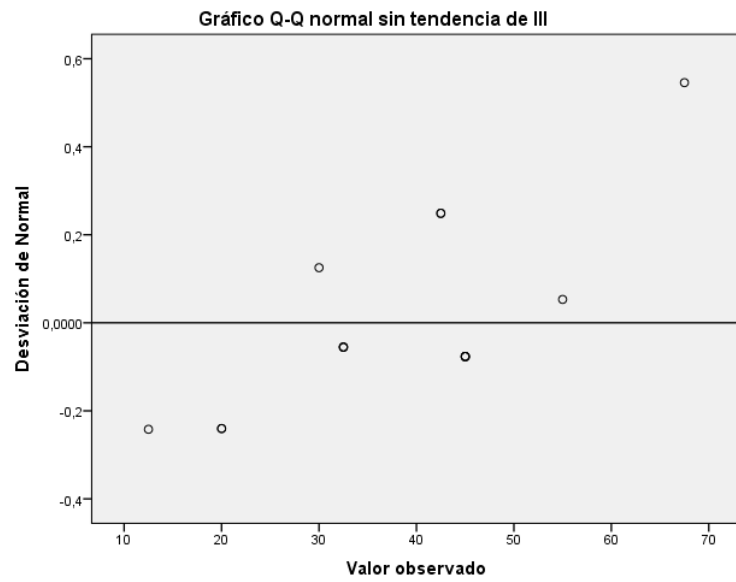
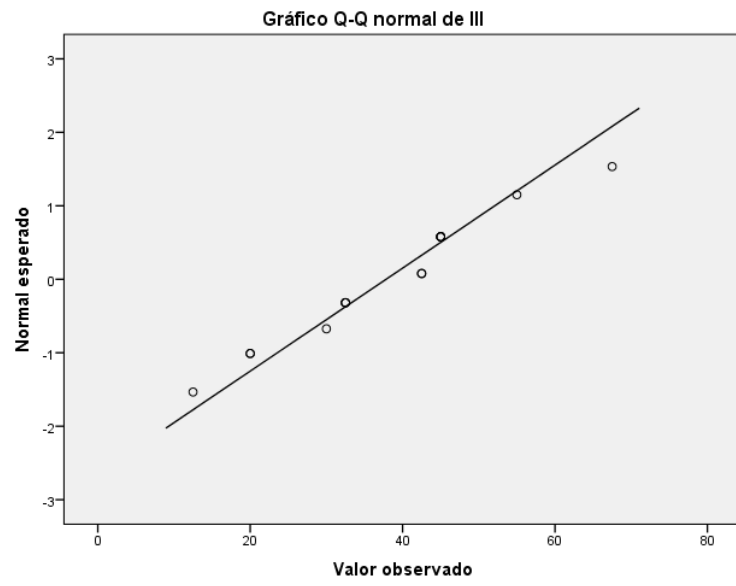


II = Rol Físico

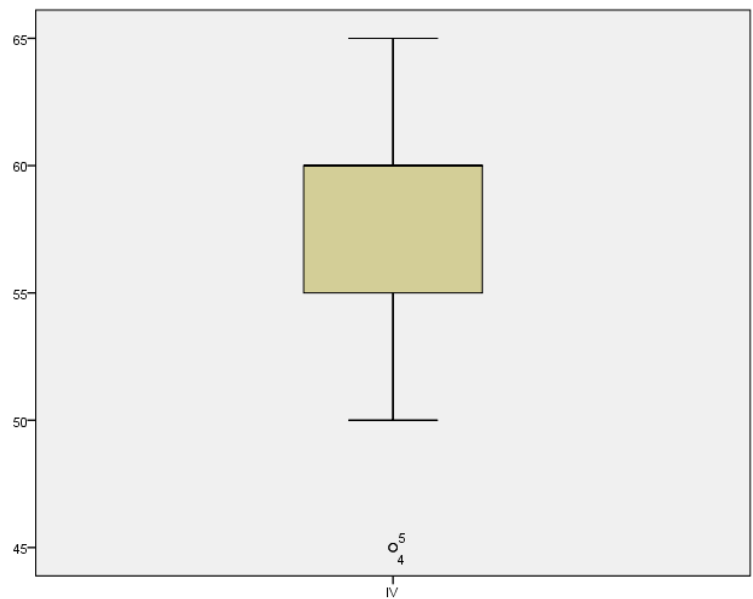
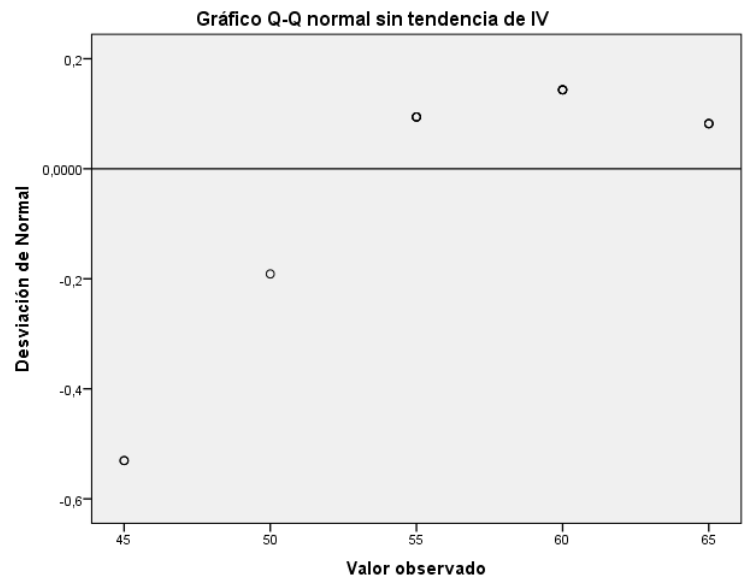
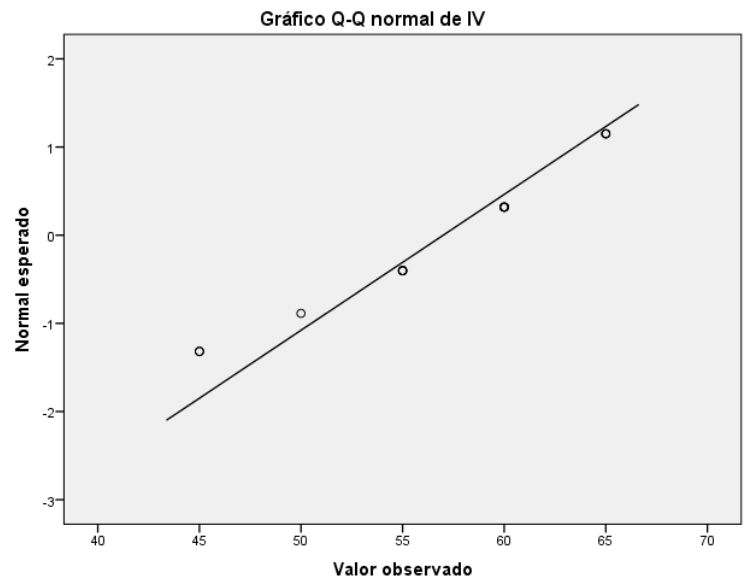




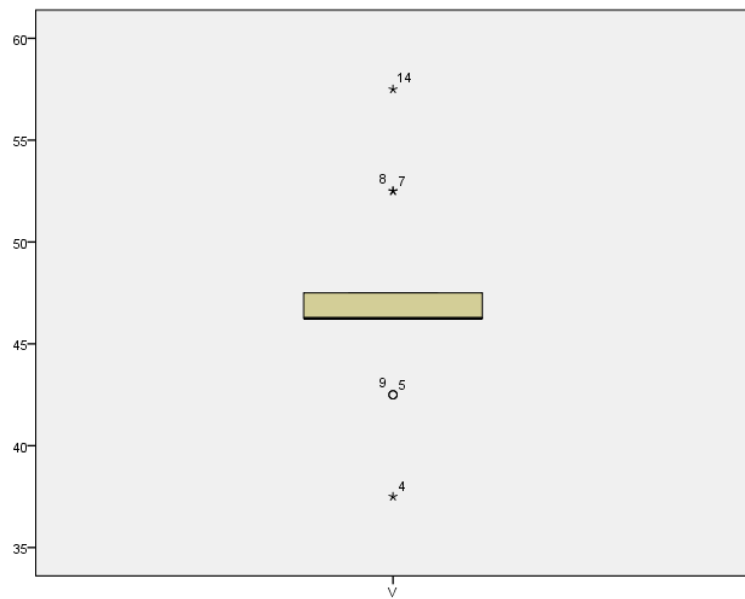
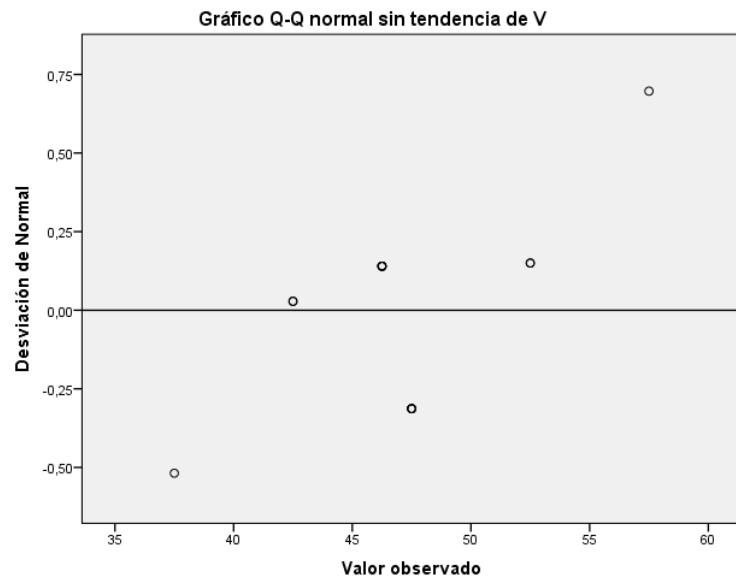
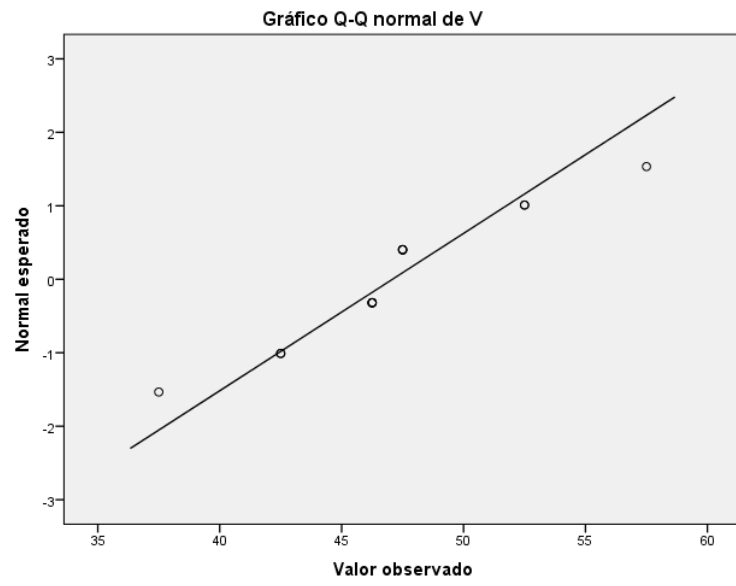
III = Dolor Corporal



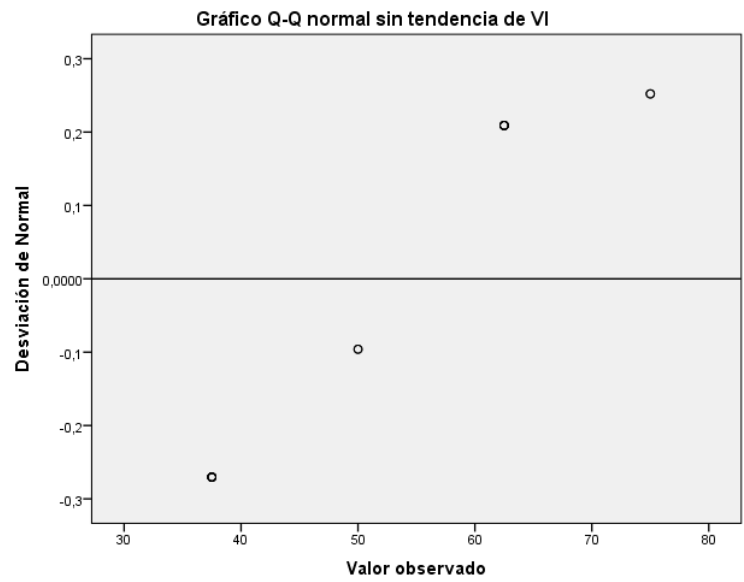
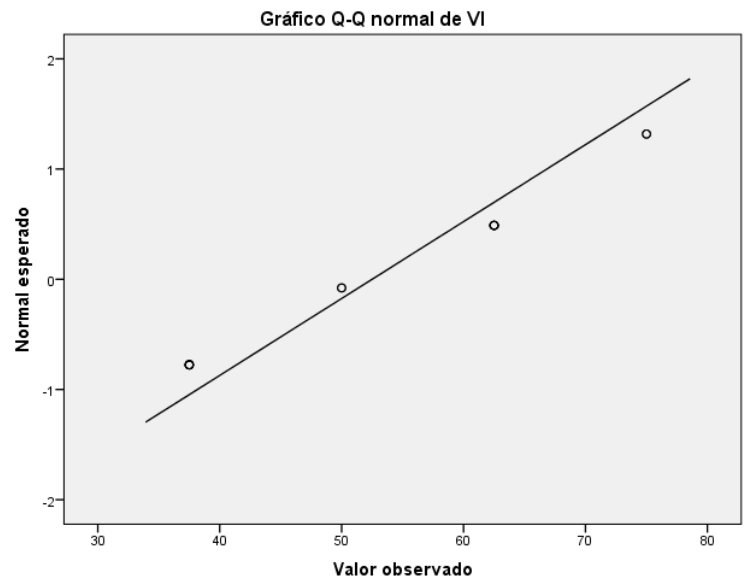
IV = Salud General



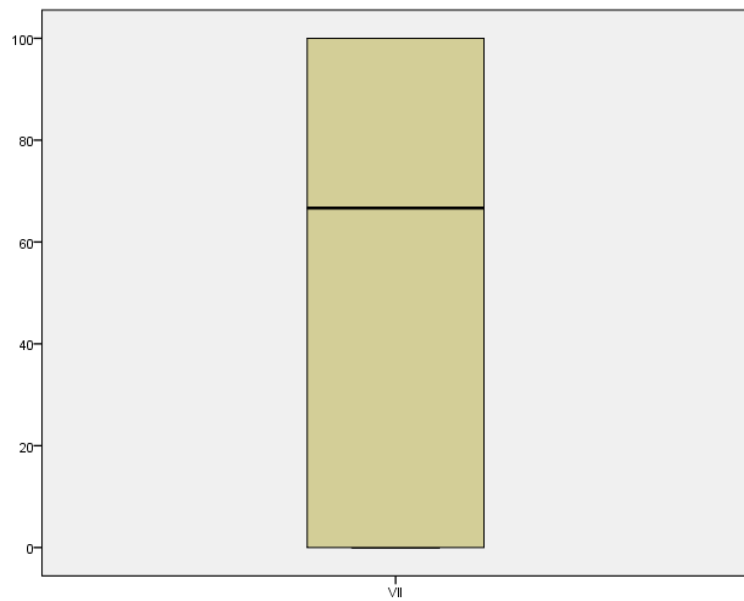
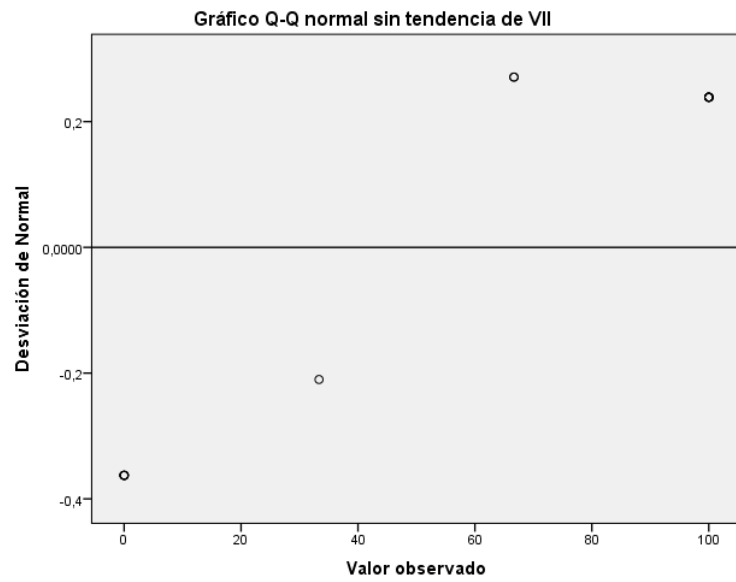
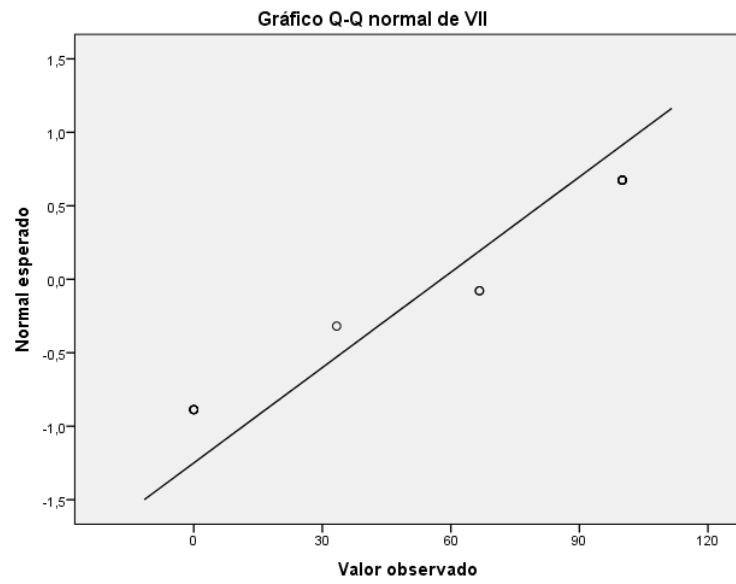
V = Vitalidad



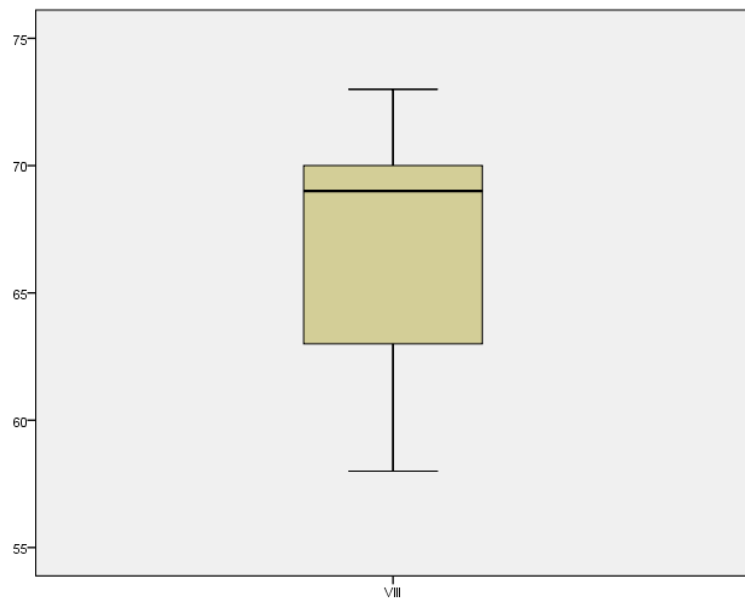
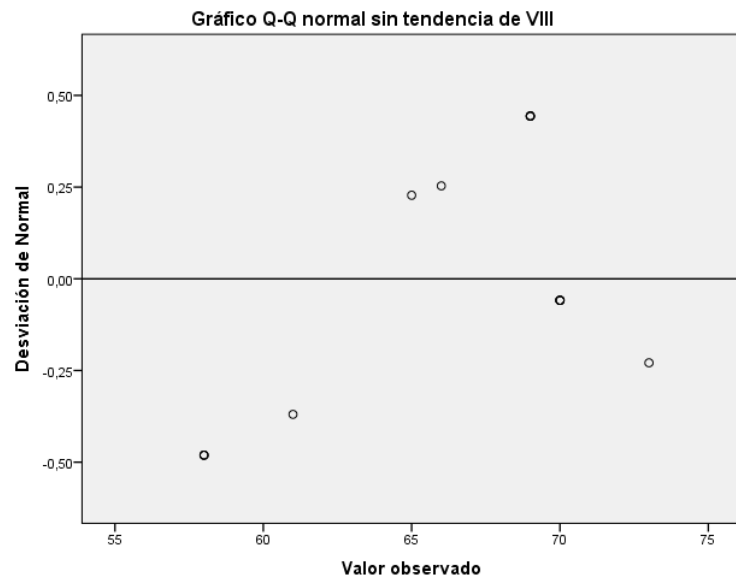
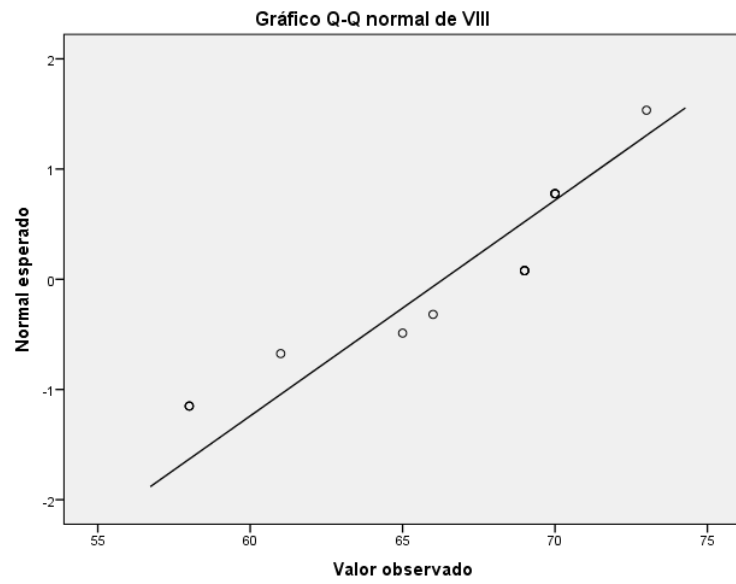
VI = Función Social



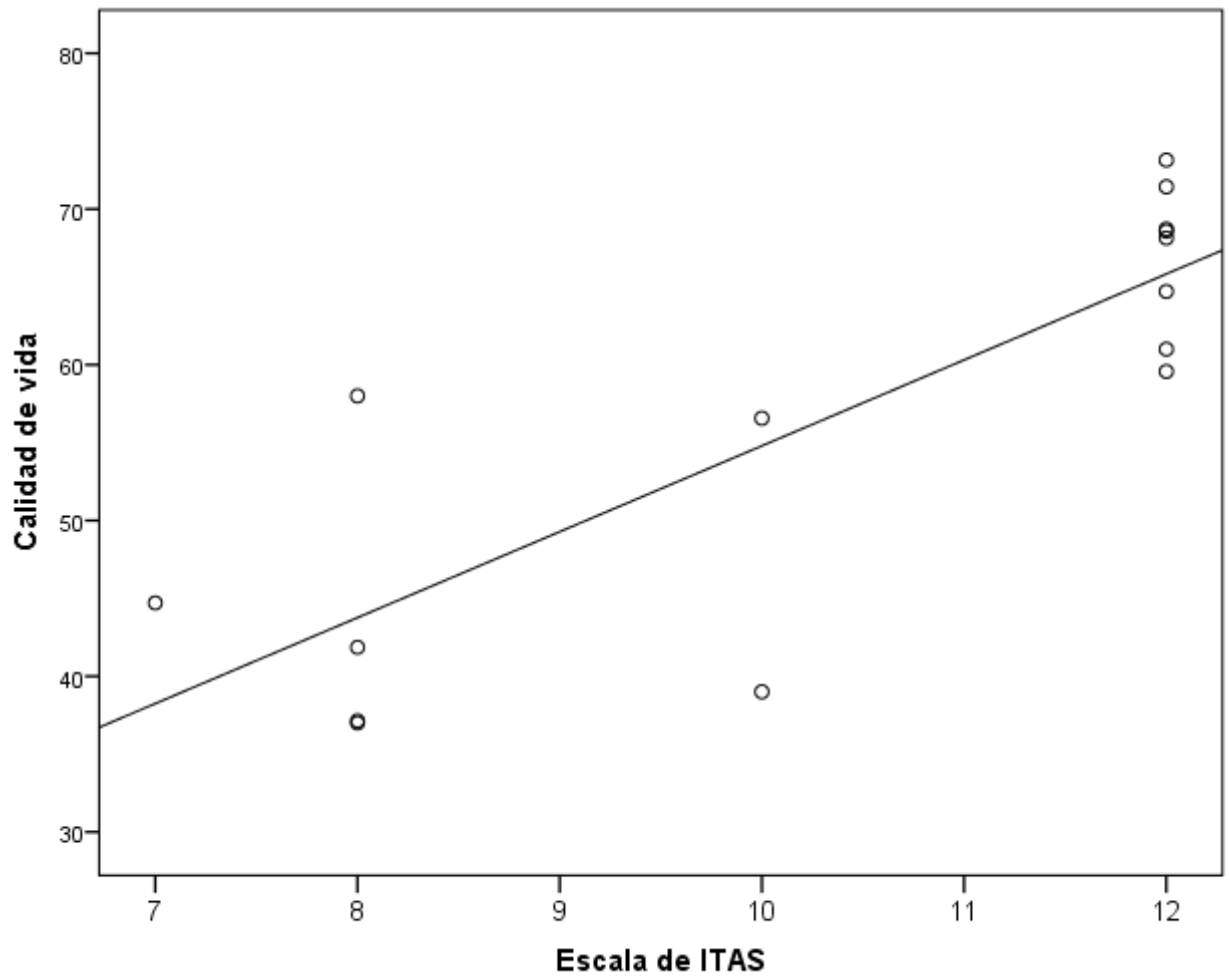
VII = Rol Emocional



VIII = Salud Mental



Anexo 9 Prueba de Correlación de la variable 1 y la variable 2



Correlaciones

		CALIDAD DE VIDA	ESCALA ITAS
CALIDADDEVIDA	Correlación de Pearson	1	,830**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	15	15
ESCALAITAS	Correlación de Pearson	,830**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	15	15

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).