



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al **BORRADOR DE TESIS** cuyo título es:

"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL TRATADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2022"

Presentado por:

SILVA LAOS LUIS GASPAR

Del **DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA.**

Que, se ha recibido del operador del programa informático evaluador de originalidad de la Escuela de Posgrado de la UNICA, el informe automatizado de originalidad, el mismo que concluye de la siguiente manera:

El documento de investigación APRUEBA los criterios de originalidad con un porcentaje de similitud de 3%.

Para dar fe, se adjunta al presente el reporte de similitud de las bases de datos de iThenticate. En Ica 16 de enero de 2023

Atentamente

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO



Dr. ROBERTO H. CASTAÑEDA TERRONES
DIRECTOR (e) DE LA ESCUELA DE POSGRADO

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**



**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE:
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

**Calidad de vida relacionada a la salud del paciente con
tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital
Regional de Ica - 2022**

ÁREA ACADÉMICA

Ciencias de la salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

AUTOR:

LUIS GASPAR SILVA LAOS

ASESOR:

Dr. HARRY RAÚL LEVEAU BARTRA

Ica – Perú

2022

DEDICADO A:

A mis amados padres Luis Antonio y Eumelia que me iluminan desde el cielo y porque siempre difundieron y estimularon el estudio en sus hijos.

A mi querida esposa Carmen, a mis hijos, nietos, hermanos por su apoyo, cariño inmenso que permiten pueda superarme cada día y cumplir ésta ansiada meta

AGRADEZCO A:

La Universidad Nacional San Luis Gonzaga por haberme formado como Médico Cirujano, Magister y ahora el Doctorado en Salud Pública.

A mi Asesor de Tesis Dr. Harry Raúl Leveau Bartra por su gran capacidad y guiarme en todos los pasos para desarrollar esta Tesis

A mis compañeros de Aula doctoral con quién compartimos clases por su amistad.

ÍNDICE

Portada	
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii

CUERPO DEL INFORME FINAL

I. Introducción.....	8
II. Estrategia metodológica	33
III. Resultados.....	37
IV. Discusión	43
V. Conclusiones	46
VI. Recomendaciones	47
VII. Referencias bibliográficas	48
VIII. Anexos.....	51

Índice de tablas

	Pág	
Tabla N° 1	Nivel de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022	38
Tabla N° 2	Factores demográficos asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022	39
Tabla N° 3	Factores culturales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022	40
Tabla N° 4	Factores sociales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022	41
Tabla N° 5	Factores de comorbilidad asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022	42

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022.

Metodología. Estudio es de tipo no experimental, transversal, retrospectiva y analítica en una población de 150 pacientes mayores de 18 años que se encuentran en hemodiálisis en el hospital Regional de Ica, de donde obtuvo un tamaño de muestra de 108 pacientes, Se emplearon instrumentos validados de calidad de vida, soledad social y depresión. Los **resultados** fueron: El 45,4% de pacientes en hemodiálisis presentan baja calidad de vida, 31,5% nivel medio de calidad de vida, 23,1% nivel alta de calidad de vida. La calidad de vida está asociada a la edad, en razón d que es de mala calidad en mayor proporción en los pacientes mayores de 60 años (60,8%)s, seguido de los de 41 a 60 años (40,7%) y de los de 18 a 40 años (23,3%). El sexo masculino tiene en mayor proporción calidad de vida baja (55,9%) frente al femenino (32,7%). La calidad de vida está asociada al grado de instrucción de los pacientes, pues es baja sobre todo en los pacientes de primaria (81,8%) seguido de los de secundaria (45,3%) y de los de grado superior (21,2%). Los desocupados tienen mayor proporción de baja calidad de vida (62%) en comparación con los ocupados (31%). Los pacientes con percepción alta de soledad social tienen en su mayoría baja calidad de vida 70,8%, seguido de los que perciben soledad social de nivel medio (40,9%) y los que perciben soledad de nivel baja (27,8%). Los pacientes con diabetes tienen proporcionalmente más calidad de vida baja (64,3%) que los que no tienen diabetes (33,3%). Los pacientes hipertensión tiene en su mayoría baja calidad de vida (52,1%) frente a los que no lo tienen (40%). Lo pacientes con depresión extrema tienen mayormente baja calidad de vida (63,4%), seguido de los que tienen depresión grave (45,8%) seguido de los que tienen depresión moderada (25%) y de los tiene depresión leve (31,6%).

Conclusiones: Los factores que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022 son la edad de más de 60 años, sexo masculino, grado de instrucción primaria, desocupado, con percepción de soledad social, diabético, hipertenso, y con depresión.

Palabras clave: Calidad vida, paciente tratamiento sustitutivo función renal

ABSTRACT

Objective: To determine the level of quality of life related to the health of patients with renal replacement therapy treated at the Regional Hospital of Ica - 2022.

Methodology. The study is non-experimental, cross-sectional, retrospective and analytical in a population of 150 patients over 18 years of age who are undergoing hemodialysis at the Regional Hospital of Ica, from which a sample size of 108 patients was obtained. Validated instruments of quality of life, social loneliness and depression. **The results were:** 45.4% of hemodialysis patients have low quality of life, 31.5% medium level of quality of life, 23.1% high level of quality of life. The quality of life is associated with age, because it is of poor quality in a greater proportion in patients older than 60 years (60.8%), followed by those between 41 and 60 years (40.7%). and from 18 to 40 years old (23.3%). Males have a higher proportion of low quality of life (55.9%) compared to females (32.7%). Quality of life is associated with the level of education of the patients, since it is low, especially in primary school patients (81.8%), followed by secondary school patients (45.3%) and those with higher education (21. two%). The unemployed have a higher proportion of low quality of life (62%) compared to the employed (31%). Patients with a high perception of social loneliness have mostly low quality of life 70.8%, followed by those who perceive medium level social loneliness (40.9%) and those who perceive low level loneliness (27.8%).). Patients with diabetes have proportionally more poor quality of life (64.3%) than those without diabetes (33.3%). Most of the patients with hypertension have low quality of life (52.1%) compared to those who do not (40%). Patients with extreme depression mostly have low quality of life (63.4%), followed by those with severe depression (45.8%), followed by those with moderate depression (25%) and those with mild depression (31 .6%).

Conclusions: The factors that influence the health-related quality of life of patients with renal function replacement therapy treated at the Regional Hospital of Ica - 2022 are age over 60 years, male sex, primary education level. , unemployed, with perception of social loneliness, diabetic, hypertensive, and with depression.

Keywords: Quality of life, renal function replacement therapy patient

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública silencioso y en evolución a nivel mundial debido al creciente número de casos diagnosticados en los últimos años. En España, se estima que la enfermedad renal crónica es más frecuente en hombres mayores de 60 años¹.

La enfermedad renal crónica es una enfermedad irreversible que afecta el estilo de vida con impactos en la salud física, psicológica, social y económica. Esto deja a los pacientes dependientes de la terapia de reemplazo renal en etapa terminal con diálisis o hemodiálisis. La hemodiálisis es un procedimiento invasivo para sustituir la función de los riñones, permitiendo la eliminación, a través de máquinas especiales y filtros extracorpóreos, de sustancias tóxicas producidas por el organismo que se han acumulado en la sangre como consecuencia de la insuficiencia renal².

Las tecnologías de reemplazo renal pueden prolongar la vida de las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), pero también afectan la vida diaria y, a largo plazo, la calidad de vida³.

La OMS define la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo de su lugar en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses³.

Este concepto se basa en la percepción de un individuo sobre el impacto de la enfermedad y el tratamiento en su capacidad para vivir una vida satisfactoria⁴.

Es un aspecto multidimensional en salud compleja que incluye aspectos personales como la vida satisfacción y autonomía, y la creciente prevalencia de enfermedades crónicas en los grupos sociales y sobre todo en la población adulta que padecen este tipo de enfermedades no sólo están afrontando su condición, sino también esta la toma de conciencia que empieza a ser realidad cambios significativos en el desarrollo de su vida⁵.

El concepto de CVRS se refiere a las diferentes formas en que los pacientes ven cambios en aspectos físicos específicos, como el funcionamiento físico, el bienestar psicológico, el estado emocional, el dolor, el funcionamiento social, las percepciones generales de salud, la satisfacción con la vida, productividad laboral y actividades de la vida diaria⁶.

La importancia de medir la CVRS se debe a la estrecha relación que existe entre la CVRS, la morbimortalidad de los pacientes con ERCA en diálisis y la forma en que los pacientes perciben su estado de salud durante el tratamiento, para ayudar a detectar cambios que ocurren y que el paciente desconoce⁷.

Por ello se desarrolló esta investigación cuyo objetivo general fue: Determinar el nivel de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022.

1.1.- Antecedentes

1.1.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Mendoza Centeno, D⁸. Desarrolló un estudio titulado calidad de vida de pacientes con IRCT en hemodiálisis efectos de la ansiedad y depresión en HEODRA, León en Nicaragua en el 2018 cuyo objetivo general fue valor la calidad de vida de los pacientes con daño renal avanzado en diálisis, el diseño del estudio es de tipo transversal, descriptivo, observacional de enfoque cuantitativo en una población de 76 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario SF-36, los resultados muestran que el 59,4% eran varones de entre 41 a 50 años, el 69,7% estaba en condición de desocupado y la calidad de vida global fue mala en el 33% de la muestra y 22% tenía buena calidad de vida, las dimensiones más afectadas fueron el rol físico, emocional y salud general la depresión se presentó en el 37,8% de los pacientes y la ansiedad en el 45,9% conclusión: Los paciente en hemodiálisis tienen bajo nivel de calidad de vida siendo agravada por trastornos de depresión y ansiedad.

Morales-Ojeda I, et al⁹. En su estudio sobre calidad de vida en pacientes en tratamiento con diálisis de la Comuna de Chillán Viejo. 2022, cuya finalidad es evaluar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, Materiales y métodos: Diseño descriptivo, transversal, no experimental. Esto se realizó en una población de 62 pacientes en tratamiento de hemodiálisis en Chile. Se utilizó un cuestionario sobre enfermedad renal y calidad de vida (KDQOL) con una puntuación de satisfacción entre 0 y 100 para evaluar la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, los resultados indican que, según su resultado promedio, las dimensiones más afectadas son: Salud general ($30,6 \pm 21,8$), Rol físico ($23,2 \pm 31,4$), Carga de enfermedad renal ($25,5 \pm 20,5$), Situación laboral ($23,2 \pm 35,9$), Función cognitiva ($22,6 \pm 20,7$) y Calidad de las interrelaciones sociales ($22,2 \pm 23,1$). Conclusión: La calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis se ve afectada por comorbilidades siendo el más afectado la dimensión de salud general.

González-Urán, N¹⁰. En su estudio sobre complicaciones de los pacientes en hemodiálisis y calidad de vida en pacientes del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en el 2020, cuyo objetivo fue evaluar la relación entre complicaciones y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Materiales y métodos: Se trata de un estudio analítico observacional de corte transversal. La población a estudiar estuvo constituida por pacientes en hemodiálisis se utilizó el cuestionario KDQOLTM-36 para evaluar la calidad de vida los resultados indican que, de 51 pacientes, el 70,6% eran varones, de entre 22 años a 70 años. El 52,9% tenía diabetes tipo 2 como causa de la ERC. También se observó que el 39,2% presentó complicaciones de la hemodiálisis, Según las puntuaciones del cuestionario KDQOLTM-36, el 78,4% tendía a tener una buena calidad de vida. Y se observó una mayor tendencia hacia una disminución de la calidad de vida estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre

quienes presentaban ambas complicaciones de la enfermedad renal crónica y de la hemodiálisis Conclusiones: Los pacientes en hemodiálisis tienden a tener una menor calidad de vida en pacientes con ambos tipos de complicaciones derivadas de la enfermedad y del tratamiento.

Jesús-Francisco, R¹¹. En su estudio sobre calidad de vida en pacientes hemodializados del hospital Provincial Riobamba Marzo-Septiembre en el 2019, el propósito medir la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis. Materiales y Métodos: Estudio de tipo descriptivo, no experimental, de corte transversal, realizado en 98 pacientes con daño renal avanzado que se encuentra en hemodiálisis y que cumplieron con los criterios de selección, los resultados fueron que el 37,8% son pacientes del sexo masculino con baja calidad de vida. Conclusión: La insuficiencia renal crónica está asociada a diversos cambios en las propiedades físicas de los pacientes y las condiciones ambientales en las que viven, provocando cambios sociales y psicológicos, que están directamente relacionados con la evaluación de la calidad de vida del paciente.

Monteros W¹². En su estudio sobre calidad de vida, autonomía, y funcionalidad familiar de los pacientes hemodializados del Hospital Teófilo Dávila. 2018 – 2019, tuvo como finalidad evaluar la calidad de vida de los pacientes hemodializados valorando el grado de autonomía y la función familia. Metodología: Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, transversal, observacional en 168 pacientes pertenecientes a hemodiálisis de las que se tomó una muestra de 147 pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Los resultados muestran que los puntajes obtenidos, el 56,5% de los pacientes tienen mala calidad de vida. En cuanto al grado de dependencia, el 46,3% de los pacientes reportaron depender de manera moderada y el 37,4% reportaron dependencia baja. y 4,1% con una dependencia total. Finalmente el 46,3% de los pacientes reportaron disfunción familiar severa, mientras que solo el 2% reportaron buena funcionalidad familiar y las comorbilidad el 53,1% tenía diabetes y el 46,9% de los pacientes tenía hipertensión como comorbilidad. Conclusión: Los pacientes en hemodiálisis tienen mala calidad de vida, dependencia de grado moderada y disfunción familiar severa.

Pinillos-Patiño Y¹³. En su estudio sobre actividad física y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica de Chile en el 2019, cuyo objetivo fue valorar la relación entre actividad física y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. Materiales y Métodos: Estudio de enfoque cuantitativo, transversal observacional en 130 pacientes con enfermedad renal crónica de las cuales 74 eran del sexo femenino los resultados muestran que los pacientes que recibieron terapia de reemplazo renal 0-6 meses después del diagnóstico mostraron niveles más altos de actividad física que los pacientes con períodos más largos. El cuestionario de calidad de vida para pacientes con enfermedad mayor de 19 meses mostró una correlación directa entre el nivel de actividad física activa y moderada y

aspectos de la función física. Los aspectos de la salud física general se asociaron significativamente con la actividad física en mujeres y pacientes diagnosticados a los 7-18 meses. La carga sobre el aspecto de la enfermedad se asoció con la actividad física en mujeres. Conclusión: La actividad física moderada y activa está directamente relacionada con aspectos de función física, percepción general de salud física e inversamente proporcional a aspectos de carga del tiempo de enfermedad.

Barriga-Méndez, N¹⁴. en su estudio sobre autocuidado en pacientes posthemodializados de un centro de diálisis de Guayaquil. 2017, cuyo objetivo fue valorar el autocuidado, la nutrición e higiene de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Materiales y Métodos: El tipo de estudio es descriptivo, cuantitativo y los resultados fueron que el 64% de los pacientes no realiza ningún tipo de actividad física, y los datos muestran que el nivel de capacidad de autocuidado para la alimentación es bajo, 64% al consumir sal, 55% al consumir líquido, 73% no controlan su peso. Conclusión: Los pacientes tienen un bajo nivel de calidad de vida agravada por limitaciones en la realización de actividad física.

Nacionales

Montoya García, Y¹⁵. En su estudio sobre calidad de vida de los pacientes hemodializados de la clínica María Auxiliadora de Chiclayo, en Julio del 2017, el propósito fue medirt la calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis Metodología: El estudio es cuantitativo y transversal. Y según su diseño, no es experimental. Utilizamos la encuesta como método de recolección de datos para encuestar a la población censal de 80 personas que reciben tratamiento de hemodiálisis. La conclusión a la que se llegó fue que la calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis era un 57% de mala calidad de vida, mientras que el 39% tuvieron alta calidad de vida y de nivel medio solo el 4%, la dimensión más afectada es el aspecto físico que tuvo una medida baja en el 66% de los pacientes, seguida del aspecto psicológico y social con 53%, y 50% respectivamente de mala calidad de vida.

Ramirez Ponce, A¹⁶. En su estudio sobre apoyo familiar y calidad de vida en pacientes que se encuentran en diálisis en un Clínica de Diálisis Trujillo Perú en el 2017, el objetivo fue de esclarecer la relación entre el apoyo familiar y la calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis en la consulta de nefrología. Metodología: estudio de tipo descriptivo, correlacionado y transversal. La muestra estuvo constituida por 100 pacientes. Los resultados mostraron que el 48% de los pacientes mostró apoyo familiar alto, el 30% mostró apoyo familiar moderado y el 22% apoyo familiar bajo. De igual forma, en cuanto a la calidad de vida, el 44% de los pacientes se encontraban en niveles regulares, el 29% buenos y el 27% malos. Conclusión: Existe una relación muy significativa entre el apoyo familiar y la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis.

Belling-Segovia, D¹⁷. En un estudio titulado ansiedad, depresión y su asociación con los pacientes en diálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado 2018, cuyo objetivo fue asociar la ansiedad y la depresión con la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis Metodología: Estudio descriptivo, correlacional, analítico y prospectivo de corte transversal de fuentes primarias. En una muestra de 51 pacientes, los resultados indican que la ansiedad severa ($p < 0,001$) y la depresión severa ($p < 0,003$) se asocian con mala calidad de vida. Todos los pacientes en hemodiálisis presentaron algún grado de ansiedad, predominando la ansiedad severa, presente en el 37,2% de los pacientes. La ansiedad severa duplica la prevalencia de mala calidad de vida. Respecto a la depresión, el 11,7% mostró depresión leve, el 43,1% depresión moderada y solo el 3,9% depresión severa, la percepción general de salud tuvo el menor puntaje siendo el más comprometido, así, el 68,6% de los pacientes encuestados tuvo una mala calidad de vida y un puntaje de SF-36 Promedio 39,59 puntos. Conclusión: La ansiedad severa y la depresión severa se asocian con mala calidad de vida, y la ansiedad severa duplica la prevalencia de mala calidad de vida.

Illa-Ortiz, L¹⁸. En su estudio sobre autocuidado y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis en el Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2020, el estudio tiene como finalidad determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis por insuficiencia renal crónica, 50 pacientes formaron parte del estudio. Los resultados muestran que el 14% tiene entre 18 y 29 años, el 56% tiene entre 30 y 59 años y el 30% tiene más de 60 años. El 44% son mujeres y el 56% son hombres. En cuanto a las variables de autocuidado, el 68% indica autocuidado mínimamente adecuado, el 28% indica autocuidado inadecuado y el 4% indica autocuidado adecuado, respecto a la calidad de vida el 18% tienen muy mala calidad de vida, el 78% tiene regular salud y el 4% tiene buena salud. Conclusión: El autocuidado se correlaciona significativamente con la calidad de vida en los pacientes hemodializados.

Vargas-Prado, K¹⁹. En su estudio sobre autocuidado y calidad de vida de los enfermos con enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento con diálisis del hospital Cayetano Heredia de Lima en el 2021, El propósito de este estudio fue esclarecer la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis con enfermedad renal crónica. Se utilizó la metodología aplicada de enfoque cuantitativo, transversal no experimental. El tamaño de la muestra estuvo constituido por 40 pacientes con enfermedad renal crónica que recibieron tratamiento de hemodiálisis Los resultados mostraron que el 70% de los participantes tenían bajo autocuidado y el 30% el autocuidado era adecuado, mientras que la calidad de vida fluctuó entre el 12,5 % y el 42,5 %, Conclusión: Existe una relación directa entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis con

enfermedad renal crónica, valor de correlación 0,57, el valor fue significativo obteniendo una $p = 0,000$.

Amáu-Sánchez, C²⁰. En su estudio sobre calidad de vida en pacientes de hemodiálisis tratados en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2017, cuyo objetivo fue determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes en diálisis, Se trata de un breve estudio descriptivo realizado sobre una muestra probabilística de una población de 45 pacientes y 37 individuos, utilizando como herramienta el Cuestionario de Salud SF-36. La función física (esfuerzo intenso) está algo limitada en el 64% de los pacientes. El 56% hace esfuerzos razonables, el 80% sube varios pisos, el 52% sube un solo piso, el 56% gira o camina más de 1 km, el 60% camina 1 cuadra se pueden vestir el 68%. En cuanto al rol físico, todos los pacientes de hemodiálisis tuvieron que reducir el tiempo dedicado a su trabajo y actividades diarias relacionadas con su salud. En cuanto a la magnitud del dolor corporal, el 48% presentaba mucho dolor en una parte del cuerpo. Por el lado de la salud general, el 80% dice que su salud actual es regular. En el lado vital, el 80% puede sentirse con el vigor necesario. Por el lado de la salud mental, el 56% dice que a veces está nervioso. En términos de funcionamiento social, en algún momento de las últimas cuatro semanas, el 64 % ha tenido dificultades para socializar. Conclusión: La calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis es en general regular.

Balarezo-Bustinza, T²¹. Realizó un estudio sobre factores socio-demográficos y calidad de vida en pacientes hemodializados del hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud – del Cusco en el 2019, Su propósito general fue determinar la relación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. Metodología: Este estudio es cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacionado. La población a investigar estuvo constituida por 90 pacientes tratados con diálisis. El cuestionario fue el SF36, y como resultado, se determinó que la calidad de vida en general es regular con un 53,3%, mala con un 42,2% y la función social es la más afectada con un 83,3%, seguida de la función física con un 65,5%. En cuanto a la relación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida global, el 46,6% de los pacientes de 41 años y más tienen una calidad de vida regular, y el 36,6% tienen una calidad de vida bueno, la condición laboral ocupado mejora la calidad de vida y con respecto al tiempo de enfermedad, los pacientes de 13 a 48 meses tienen calidad de vida normal, los pacientes mayores de 49 meses tienen mala calidad de vida, conclusión: Existe un asociación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis.

Cajachagua Huapaya R²². En su estudio sobre depresión en pacientes con hemodialisis, en el hospital Dos de Mayo 2017, el estudio tuvo como objetivo, establecer la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal terminal en hemodiálisis. Materiales y Métodos: La investigación es de tipo observacional, descriptivo y transversal de enfoque

cuantitativo. Se evaluaron 79 pacientes con enfermedad renal crónica, 43 hombres y 36 mujeres en hemodiálisis. La información se obtuvo con el inventario de depresión de Beck. Resultados: Se encontró una media de $57,4 \pm 15,6$ años de 18 a 88 años, predominando el sexo masculino (54,4%) y casados (41,8%). La duración media del tratamiento fue de $33,3$ meses $\pm 32,6$. El 41,8% de la población encuestada tiene sobrepeso. El Inventario de Depresión de Beck encontró que el 65,8% de los pacientes tenían algún grado de depresión. Conclusión: La prevalencia de depresión en algún nivel es alta.

Locales

Cucho-Rejas, P²³. En su estudio sobre calidad de vida del paciente en hemodiálisis tratado en el hospital Regional Ica. 2017, el estudio tiene como finalidad determinar la calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis mediante la aplicación del Cuestionario de Salud SF-36. La población estuvo constituida por 60 pacientes adultos, los resultados indican que la edad, el 38,3% tiene más de 60 años. El 51,7% son mujeres y el 50% son casadas o convivientes. Según la dimensión función física la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis es regular en un 47%, y según la dimensión rol física es regular en un 50%. Para la dimensión el dolor es regular en un 69%. Según el aspecto de salud general, es regular en un 70%. Según el aspecto vitalidad, es regular en un 73%. Según el aspecto del rol emocional, el 64% son regulares. En cuanto a la función social, la calidad de vida es regular en un 85%. Según el aspecto de salud mental, el 53% son regulares. Conclusión: Los resultados globales muestran que la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis es regular en un 46%.

Gadea-Peralta M y Campos-Buleje C²⁴. En su estudio sobre calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2019, el estudio tuvo como objetivo general el de determinar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica tratados con hemodiálisis. Materiales y Métodos: Este estudio es descriptivo y transversal. Una muestra de 87 pacientes a quienes se les aplicó una encuesta a pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Resultados: En relación a las tres áreas evaluadas en el cuestionario de salud SF-36. En el área del estado funcional, la mayoría de los pacientes en estudio 63,7% lo califican como "normal" a "malo". En cuanto a la función física, la mayoría 54,5% la considera de mala a regular. El 59,1% clasificó la función social de normal a mala. En cuanto al rol físico, el 86,3% de los pacientes lo califican de "normal" a "malo". En la dimensión rol emocional el 54,5% la califica como normal y el 36,4% la califica como excelente. En el área de bienestar, la mayoría del 40,9% lo califica como "Bueno". Conclusión: La percepción de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis se ve afectada a lo largo del tiempo.

1.2. Marco teórico

1.2.1. Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica como calidad de vida a la percepción de un individuo sobre su posición en la vida, en relación a su cultura sus valores en que dicho individuo se desenvuelve, y la relación entre metas, expectativas, valores y preocupaciones. Este concepto está influenciado por la salud física del sujeto, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con los elementos esenciales del entorno familiar²⁵.

En este sentido, la operacionalización del concepto de calidad de vida ha llevado a la formulación y construcción de medios o encuestas para evaluar la satisfacción de las personas desde un punto de vista general²⁵.

De allí que, las características de los diversos procesos nosológicos y la necesidad de objetivar sus efectos específicos motivan la creación de medios específicos para cada entidad nosológica y ver los efectos específicos en la vida de las personas, considerando que cada enfermedad tiene sus particularidades, siendo una de ellas la nefropatía que impacta significativamente en la calidad de vida de manera negativa²⁵.

De esta forma, se pueden objetivar instrumentos de medida de calidad de vida general, otros relacionados con aspectos específicos de diversas condiciones patológicas, que son instrumentos de medida de calidad de vida relacionados con la enfermedad. Aquí, los elementos básicos son la familia, la educación, el trabajo, la infraestructura y la salud individual²⁵.

Un aspecto de gran importancia es el apoyo que reciben los enfermos que también incide en sus cambios de salud debido a la discapacidad, disfunción, cognición, oportunidades sociales y dependencia de tratamientos y equipos extracorpóreos causados por la enfermedad renal crónica²⁶.

La conceptualización de la calidad de vida está relacionada con la idea de bienestar y los síntomas referidos por el paciente, pues las enfermedades crónicas son siempre dolorosas, con una diversidad de sintomatologías que modifican el estado de satisfacción por incapacidad física a que se asocian estas enfermedades²⁷.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud se introdujo hace relativamente poco tiempo en la discusión de los objetivos médicos. Introducida como palabra clave en la base de datos de literatura médica en 1975, sus orígenes se remontan a la definición de salud de la OMS en 1946 y 1948²⁶.

Al inicio fue utilizado para llamar la atención sobre el hecho de que no solo se debe considerar importante la curación del paciente y la extensión de la longevidad, sino

también el bienestar humano desde una perspectiva holística que abarque salud física mental y social²⁸.

En situaciones en las que tecnologías como la diálisis, los cuidados intensivos y los trasplantes están evolucionando rápidamente y el poder del conocimiento médico que manipula la vida está muy concentrado, está la necesidad y la importancia de que los médicos conozcan la calidad y la protejan adecuadamente. la vida del paciente de forma personalizada pues cada sujeto es un universo personal que requiere ser evaluado y tratado de manera integral, pero al mismo tiempo individualizada²⁷.

En 1984, John E. Ware propuso un marco conceptual para incorporar la perspectiva del paciente en la evaluación del estado de salud. Esta conceptualización está directamente relacionada con el diseño del cuestionario "Medical Outcome Study Short form 36", comúnmente conocido como SF-36, convirtiéndolo en la herramienta de evaluación de la calidad más investigada y utilizada en el mundo durante las últimas dos décadas. Propuso una forma de conocer los efectos de la enfermedad, la enfermedad física, el bienestar emocional, las capacidades funcionales y la salud mental en general y los roles sociales²⁷.

El dispositivo utilizado para medir el bienestar y la calidad de vida de un paciente es un cuestionario estructurado. Los cuestionarios brindan mucha practicidad, son una forma eficiente y confiable de recopilar información y, a veces, los pacientes se sienten más cómodo cuando tienen que contestar el cuestionario que cuando tienen que hablar con el entrevistador sobre su enfermedad²⁸.

Estos cuestionarios consisten en ítems que miden variables latentes que se revelan a través de la pregunta o la respuesta de la persona a la pregunta.

Los instrumentos de medición de la calidad de vida cumplen dos funciones.

- Ayudan a alertar al médico sobre los efectos y efectos secundarios de los síntomas y por lo tanto ayudan al manejo del tratamiento del paciente.
- Su objetivo es evaluar la calidad de vida de manera global enfocando diferentes esferas donde el sujeto tiene participación²⁶.

Por razones de la naturaleza subjetiva de la medición de la calidad de vida, han surgido instrumentos de medición validados para la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) que se utilizan para obtener resultados objetivos y comparables para este concepto. Estos dispositivos pueden ser generales o específicos, compuestos por diferentes ítems o preguntas que miden diferentes aspectos de la salud²⁵.

La medición de la CVRS permite la evaluación continua del paciente desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el estadio más avanzado de la misma, permitiendo la planificación de cuidados individualizados centrados en las dimensiones que tienen tendencia a cambiar continuamente²⁵.

Existen algunas enfermedades que cambian la calidad de vida de los pacientes como es el caso de la insuficiencia renal crónica pues incluyen dolor desde la etapa previa a la diálisis hasta la etapa de terapia de reemplazo de la función renal. El dolor es una queja común en la práctica clínica, en pacientes con IRC, especialmente en hemodiálisis²⁶.

En otros estudios de pacientes en hemodiálisis, el dolor y otros síntomas estresantes se asociaron fuertemente con angustia psicosocial, insomnio, depresión y una reducción significativa en la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica, es de notar que los pacientes con dolor intenso tienen tres veces más probabilidades de querer suspender la diálisis que los pacientes sin dolor o con dolor leve²⁹.

En la práctica clínica, el reconocimiento de estos síntomas ayuda a identificar a los pacientes en hemodiálisis con alto riesgo de hospitalización y muerte prematura, el dolor se puede evaluar sistemáticamente utilizando instrumentos unidireccionales o multidireccionales que puedan brindar la intensidad de esta dolencia y poder tratar a tiempo antes que genere abandono del tratamiento en el enfermo²⁹.

Sin embargo, desde una perspectiva de calidad de vida, se recomienda utilizar un dispositivo que evalúe múltiples síntomas simultáneamente que considere la sobrecarga de síntomas observada en pacientes con insuficiencia renal crónica²⁹.

Existe un gran interés por medir de manera amplia la calidad de vida, pero existen dificultades al no poder definirlo con exactitud. Las innumerables definiciones de calidad de vida generalmente se refieren a las características por las cuales un individuo debe experimentar las condiciones ambientales, dependiendo de la interpretación y evaluación de los aspectos objetivos del entorno. Se separan los aspectos objetivos (índice social) y subjetivos o perceptivos de la calidad de vida. Por ello para una valoración integral se estudia la calidad de vida teniendo en cuenta los siguientes ejes que son de gran relevancia:

Componente físico:

Los pacientes sienten el menoscabo de sus órganos al no poder realizar sus funciones que denoten esfuerzos físicos. En estado normal el cuerpo funciona de manera eficiente, tiene la capacidad física adecuada para responder a los diversos desafíos de cada actividad importante y no tiene restricciones. La salud física depende de una alimentación equilibrada y del acceso a servicios de salud de calidad²⁸.

Elemento psicológico:

Consta de tres componentes: el primero es considerado el bienestar emocional, la capacidad de gestionar las emociones, la capacidad de sentirse cómodo expresándolas, la capacidad de resolución de conflictos y la seguridad y satisfacción de uno mismo son elementos fundamentales para mejorar la autoestima, la seguridad en sí mismo³⁰.

El segundo aspecto se trata del bienestar mental expresado a través de habilidades como aprender, procesar información y actuar en consecuencia, identificar valores y creencias, y

comprender nuevas ideas, tomar decisiones cuidadosamente consideradas e implementarlas, es un elemento fundamental para establecer buenas relaciones con los demás³⁰.

El tercero es el bienestar espiritual, este es un conjunto de valores y creencias que guían a encontrar el sentido de la propia vida, y la fe los lleva a tener esperanza, es un elemento que impulsa a continuar en la lucha contra las desavenencias que la enfermedad trae, necesita de un control adecuado de los pensamientos donde la inteligencia emocional cumple un rol protagónico³⁰.

Elemento social: Separado por dos aspectos importantes:

Relaciones interpersonales que es la comunicación cercana entre individuos en varios grupos sociales como familiares, colegas, amigos y vecinos. A partir de emociones moderadas, se puede lograr algún objetivo o lograr beneficios no necesariamente de carácter material, pues muchas veces adquirir apoyo psicológico repercute mejor en la calidad de vida que el aspecto material^{28,30}.

Inclusión Social: Es, sin excepción, una situación que asegura que todas y cada una de las personas puedan ejercer sus derechos, potenciar sus capacidades y aprovechar las oportunidades que encuentran en su entorno³¹.

La hemodiálisis tiene un impacto directo en la calidad de vida en los pacientes en tratamiento de la sustitución de la función renal, debido a que la presencia de restricciones en sus actividades y los aspectos de salud física de allí que el estado psicológico tienen un gran impacto en ellos, produciendo ideas de dependencia y temor³¹.

Ser un paciente hemodializado trae consecuencias personales y familiares y del entorno de tal modo que todo alrededor del paciente cambia, muchas veces de manera radical por lo que el paciente puede presentar depresión ansiedad estrés que requieren ser identificados oportunamente para intervenir y evitar que el paciente abandone el tratamiento y se abandone así mismo²⁷.

Sin embargo, la calidad de vida relacionada con la salud se puede dividir en varios aspectos.

Dimensión de la función física:

Se trata de actividades diarias cotidianas que el paciente realiza, pues un paciente con daño renal avanzado ve limitado su actividad por razones propias de la terapia sustitutiva que le limita a realizar ejercicios que puedan mantener la función física intacta. la hemodiálisis, contribuye a la limitación, este tipo de esfuerzos son útiles para los pacientes que pueden practicarlo dependiendo de si hace los ejercicios suaves que hace en su vida diaria, ayuda a fortalecer sus músculos y hace esfuerzos moderados como caminar durante 30 minutos, bañarse y levantarse y comportarse libremente mientras no se encuentre en tratamiento de diálisis³¹.

Dimensión del rol físico:

Esta dimensión evalúa las dificultades que tiene una persona en el trabajo pues la terapia sustitutiva en sí ya es una limitación en las actividades laborales por el tiempo que tiene que permanecer en las máquinas de diálisis. La calidad de vida también está relacionada con la autonomía e independencia del paciente y mientras no se encuentre dializándose puede volver a la vida diaria, como evidencia de una mejor y más saludable calidad de vida realizando sus actividades independientemente³¹.

Dimensión del dolor corporal:

El dolor físico juega un papel en la medición de la calidad de vida, el dolor es una parte muy importante de las personas en tratamiento de hemodiálisis y es un factor que mantiene a estos pacientes en permanente estrés que muchas veces le puede desequilibrar, también se refiere a la intensidad del dolor que interfiere con sus actividades diarias. El dolor en el cuerpo es una sensación súbita producida por un agente físico que actúa como mecanismo de defensa del organismo para advertir situaciones extrañas que pueden alterar su integridad, esto genera malestar general, que reduce la capacidad de la actividad tornando al paciente impotente³¹.

Aspectos generales de salud:

Los aspectos generales de salud se observan en la valoración personal del paciente. Está sujeta a observación por parte de los profesionales sanitarios para evitar futuras complicaciones y evitar que progrese la enfermedad. Es responsable de ver cómo se ve al paciente actualmente y observar el impacto que tiene el paciente en el tratamiento en curso para que se pueda obtener más información sobre la condición del paciente³¹.

Dimensión de la vitalidad:

La dimensión de la vitalidad mide la sensación de fuerza y energía frente a la fatiga y la debilidad. Dado que la energía y la vitalidad permiten las actividades diarias, aquí es donde esta dimensión influye en su estado de ánimo por lo que el sujeto debe generar estrategias de afrontamiento, siendo una buena idea comenzar con algo que te guste, como un pasatiempo, para que puedas disfrutarlo, que sean actividades que no provoquen fatiga. Tanto la vitalidad y la espiritualidad en conjunto forman un todo positivo y ayudan a que el paciente afronte con eficacia y con mayor adaptabilidad a las actividades diarias e incluso a sus tratamientos³¹.

Dimensión del rol emocional:

Las emociones son consideradas una de las reacciones organizadas y tienen valores adaptativos importantes como la experiencia evaluativa, la experiencia subjetiva, los cambios fisiológicos, la expresión física y las tendencias conductuales³¹.

Es en esta dimensión donde se ve el estado de los problemas emocionales que interfieren en sus actividades diarias de los pacientes que tienen trastornos emocionales la que según

sus grados de intensidad repercuten negativamente en la calidad de vida del paciente, de tal modo que esta dimensión se encarga de evaluar la salud mental de una persona, como el grado de depresión, ansiedad y estado del comportamiento³¹.

Dimensión función social:

Esta dimensión se encarga de medir los problemas que interfieren en la vida social, como el apoyo a familiares y amigos, y del entorno, muchas veces son organizaciones de caridad las que apoyan a los pacientes a superar sus problemas, de allí que esta dimensión si se encuentra disminuida afecta la calidad de vida del paciente con daño renal severo pues por la propia enfermedad necesita en quien apoyarse³¹.

Así el apoyo familiar es fundamental para evitar exclusiones esto puede ayudar a ganar una mayor aceptación y reinserción social que se relaciona estrechamente con la familia y se torna afectiva, por lo tanto, el tratamiento del paciente que se encuentra con sustitución de la función renal requiere que sea integral³¹.

Aspectos de salud mental:

Según la OMS, se define como un estado de bienestar que permite a las personas reconocer sus capacidades, hacer frente a las tensiones de la vida normal, realizar un trabajo productivo y fructífero y contribuir con su comunidad.

Por el lado de la salud mental, el estado negativo del paciente indica baja percepción de autoeficacia, que además de abandono de si mismo y de los tratamientos, existe baja adherencia a restricciones dietéticas y aumento de pensamientos suicidas con disminución de calidad de vida y de las actividades diarias con restricción de la capacidad de desempeño³¹.

Por lo tanto, la enfermedad los limita para realizar algunas actividades de la vida diaria, de igual manera se deben considerar los efectos de tratamientos como la fatiga, además de verse obligados a dejar sus trabajos³¹.

En relación a la sexualidad, muchos de ellos se ven afectados por una baja autoestima y un bajo deseo sexual debido al estrés y la depresión. Esto conduce a dificultades en las relaciones conyugales, y todos los factores tienen un impacto significativo en el bienestar y la calidad de vida³¹.

El efecto de la ERC en la calidad de vida.

Restricciones dietéticas: Las restricciones dietéticas y de agua son una de las principales quejas de una persona, ya que las conductas dietéticas que se han formado a lo largo de la vida requieren cambios urgentes y obligatorios, y la adaptación a estos cambios no es un proceso sencillo³¹.

Capacidad funcional limitada: La función física incluye la independencia, el autocuidado y el manejo de los síntomas, que se ven afectados por la propia enfermedad y el tratamiento recibido³¹.

Cambios en la función social: Cambios en el trabajo debido a la naturaleza crónica de la enfermedad, que, en la mayoría de los casos, la falta de autodeterminación, la incompetencia y la dependencia financiera reducen la autoestima³¹.

Restricciones en las actividades recreativas y de ocio: las personas con ERC y sus familiares comienzan a mostrar una reducción de las actividades recreativas en su vida diaria debido tanto a los horarios regulares de medicación y terapia de reemplazo renal como a la reducción de los ingresos familiares³¹.

Desplazamientos regionales para hemodiálisis: Algunas personas con ERC viven en zonas no existe tratamiento de hemodiálisis resulta ser un gran problema, viajar largas distancias y tener que madrugar suelen ser factores estresantes que exacerban la fatiga y el malestar, además del malestar del viaje, el miedo y la ansiedad³¹.

1.2.2. Insuficiencia renal crónica terminal

La ERC se considera el destino final general de una serie de condiciones médicas que afectan a los riñones de forma crónica e irreversible. La ERC en adultos se define como la presencia de cambios estructurales o funcionales en el riñón que persisten durante más de 3 meses con o sin función renal disminuida. O tasa de filtración glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73 m² en ausencia de otros signos de enfermedad renal. Las guías KDIGO se refieren a pacientes con trasplante renal, independientemente del grado de insuficiencia renal. Los siguientes se consideran marcadores de daño renal.

Aumento de proteinuria

Cambios en el sedimento urinario

Desequilibrio electrolítico u otro desequilibrio de origen tubular

Cambios estructurales histológicos

Cambios estructurales en la inspección de imágenes

La severidad de la ERC se divide en 5 categorías o grados según la TFG y 3 categorías de albuminurias. Esto se debe a que la proteinuria se destaca como el factor pronóstico más impactante y modificable para la progresión de la ERC. La exacerbación de la TFG es característica de los grados 3-5 y no requiere la presencia de otros signos de daño renal. Sin embargo, las categorías 1 y 2 requieren la presencia de otros signos de daño renal. Esta clasificación cambia ligeramente con el tiempo, pero tiene la ventaja de poder unificar el lenguaje al hacer referencia a la definición y tamaño del problema previamente definido como ERC. Por todas estas razones, la metodología para medir la TFG y medir la proteinuria es una herramienta importante para el diagnóstico y manejo de la ERC. La TFG es un parámetro importante para la estadificación, el tratamiento y el seguimiento de la ERC³².

Los marcadores directos (inulina, DTPA, EDTA, yodotamato, iohexol) son más precisos que el aclaramiento de creatinina (KCr), pero su compleja metodología los hace inviables en la práctica clínica habitual³².

Así el KCr es la prueba más popular, pero sobreestima la TFG real en un 10-30% porque la reducción de la TFG aumenta la secreción tubular de creatinina (Cr). También plantea un error potencial en la orina recolectada de 24 horas³².

El rango normal de Cr sérica es de 0,8 a 1,3 mg/dl para hombres y de 0,6 a 1,0 mg/dl para mujeres. Los cambios de $\pm 0,3$ mg/dl en diferentes laboratorios pueden considerarse como cambios entre ensayos. Cuando la TFG cae un 50%, la creatinina comienza a aumentar. En la etapa avanzada, pequeños cambios en la TFG provocan un aumento significativo en la creatinemia. Finalmente, aunque es deseable mejorar la precisión de la metodología, la monitorización periódica de la Creatinina sérica ayuda a determinar si el FG cambia o se mantiene estable³².

Proteinuria

El volumen de la proteinuria es un importante factor modificable que influye de manera decisiva en el pronóstico y en la toma de decisiones clínicas, siendo además un factor de riesgo cardiovascular independiente. Tiene un efecto nefrotóxico directo, induce inflamación y fibrosis intersticial tubular, y contribuye a la pérdida de masa de nefronas³².

La Sociedad Española de Nefrología publicó un documento de consensos para evaluar la proteinuria en pacientes renales. Menciona que la recolección de orina de 24 horas se considera el estándar de oro, pero es difícil garantizar una recolección completa de orina. La relación albúmina o proteína total/Cr puede establecerse midiendo simultáneamente Cr en la muestra de orina. Esto se correlaciona bien con las emisiones a las 24 horas. Es recomendable determinar esta relación en muestras aisladas de orina tanto en adultos como en niños³³.

Los rangos de excreción de albúmina que van de 30-300 mg/24 horas (20-200 ug/min) se conoce clásicamente como microalbuminuria y recientemente ha sido reemplazado por, aumento de "albuminuria moderadamente elevada". Estas restricciones van desde el nivel límite superior de excreción urinaria normal hasta el nivel de detección clara de la tira de detección de proteinuria. La albuminuria persistente en este rango durante 3 meses es un factor de riesgo de deterioro renal progresivo y eventos cardiovasculares adversos. Este es un síntoma de daño endotelial difuso y debe ser considerado como una indicación de prácticas de protección renal y cambios en los factores de riesgo cardiovascular. En cualquier caso, la albuminuria debe considerarse evitar factores que puedan aumentar la albuminuria en algunas situaciones, como infecciones del tracto urinario, ejercicio, fiebre e insuficiencia cardíaca³³.

El cribado poblacional con tiras reactivas solo está indicado para pacientes con riesgo de ERC. Si la proteinuria es negativa o solo traza, está indicado medir el cociente albúmina/creatinina en la muestra de orina aislada. Si es positivo calcular el cociente proteína/creatinina en la muestra de orina, si es positivo indicar evaluación diagnóstica renal³³.

Con la ERC Avanzada, es común el seguimiento de pacientes con proteinuria por encima de 300 mg/día y hasta 6-8 g/día, e incluso con variables continuas, el punto de corte hace que el riesgo sea más preciso. La proteinuria y la albuminuria pueden considerarse equivalentes en el rango alto (> 1500 mg/d), y en el rango de 300 a 1500 puede haber diferencias significativas³³.

Se han informado muchos factores de riesgo para el inicio y la progresión de la ERC y, si este es el caso, puede aumentar los efectos de la enfermedad renal primaria. La mayoría de estos factores muestran más asociación que causalidad y, a menudo, son inconsistentes, pero su coexistencia es frecuente y aumenta el daño renal. Algunas tienen un mecanismo fisiopatológico común, siendo la proteinuria y la hiperfiltración glomerular las más importantes y frecuentes³³.

Condiciones inmodificables: Se consideran la edad, el sexo, la raza, el bajo peso al nacer.

Comorbilidades corregibles que directa o indirectamente pueden inducir daño renal son la hipertensión, la diabetes, la obesidad, las dislipemias, el consumo de tabaco, la hiperuricemia, la hipoalbuminemia, y la enfermedad cardiovascular³³.

Cambios que son exclusivos de la ERC y que se han propuesto como factores de riesgo de progresión: anemia, alteración del metabolismo mineral, acidosis metabólica. También se han descrito otras moléculas asociadas con la progresión del daño renal, como la dimetilarginina asimétrica (ADMA) o el FGF23, pero hasta el momento no tienen significado ni recomendaciones en escenarios clínicos³³.

Las edades avanzadas son factores de riesgo reconocido para la ERC, sin embargo, por sí mismo, no es un factor de progresión más allá de la disminución natural de la función asociada con la edad³.

La disminución de la TFG y el aumento de la proteinuria representan una enfermedad o una consecuencia natural del envejecimiento, se piensa que alrededor de 1 ml/mn/año se pierde a partir de los 40 años debido a cambios en la hemodinámica renal con el envejecimiento. Con el envejecimiento, se observan glomeruloesclerosis, atrofia tubular y arteriosclerosis. Sin embargo, algunas personas mayores no ven la reducción esperada en la filtración³.

Sexo masculino. Descrito en estudios poblacionales como factor pronóstico independiente de ERC, pero no validado por otros autores, pero en todos los registros de pacientes con enfermedad renal, los hombres representan alrededor del 60 % de los pacientes que reciben

terapia de reemplazo renal. No está claro como factor de progresión en sí, y existen varias situaciones relacionadas con el sexo decisivo en la progresión del daño renal³.

Los negros o afroamericanos, de los Estados Unidos, han demostrado una alta incidencia de diálisis en la población afroamericana. Esta situación debería deberse principalmente a la alta prevalencia de HTA grave, al empeoramiento de las condiciones socioculturales y a posibles factores génicos³.

Bajo peso al nacer. El bajo peso al nacer se asocia con una disminución en el número de nefronas seguido del desarrollo de ERC, y la pérdida biológica o clínica de la masa renal adquirida se asocia con la hipertensión glomerular e hiperfiltración³.

Bajo estatus sociocultural. Los estudios epidemiológicos muestran claramente que un estatus social, cultural y económico deficiente está asociado con una salud deficiente. La enfermedad renal no puede escapar a estas situaciones³³.

Factores de riesgo modificables. Los factores enumerados a continuación son predictores de la aparición y/o progresión de la ERC, todos los cuales dependen directa o indirectamente del tamaño de la proteinuria, que es el mayor factor de riesgo de progresión, por tanto, el manejo de la ERC se basa básicamente en medidas anti-proteinuria³.

Hipertensión arterial. Se relaciona principalmente con la ERC y la padecen más del 75% de los pacientes y es tanto la causa como el efecto de la ERC, en general, se recomiendan niveles clínicos de presión arterial por debajo de 140/90 mmHg para pacientes con ERC, y este objetivo se puede reducir a 130/80 mmHg para pacientes con diabetes o proteinuria. Se recomienda la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en pacientes con hipertensión y ERC, especialmente en el caso de la diabetes, dada la alta frecuencia de hipertensión enmascarada, con aumento de la presión arterial durante la noche³⁴.

Diabetes. Este es un poderoso factor de iniciación y la causa más frecuente de ERC terminal, su prevalencia actualmente alcanza el 40-50% de los pacientes en diálisis. La proteinuria condicionada por la nefropatía diabética es el principal predictor de progresión. Así, el grado de progresión depende directamente del volumen de la proteinuria. Los pacientes diabéticos y no diabéticos progresan por igual a niveles similares de proteinuria, del mismo modo, las investigaciones muestran que niveles altos de HbA1 se asocian con un alto riesgo de ERC. El manejo de la diabetes debe ser una prioridad, especialmente en pacientes con proteinuria³⁴.

Obesidad. El sobrepeso y la obesidad son más frecuentes en pacientes con ERC y también son un precursor de la diabetes, estudios muestran un fuerte vínculo entre la obesidad y el riesgo de ERC. El sobrepeso se asocia con sobrefiltración glomerular. Además del riesgo de deterioro renal, conllevan el problema adicional de incluir pacientes en lista de espera para trasplante. Por lo tanto, estos pacientes están obligados a tomar medidas nutricionales en combinación con el ejercicio adecuado³⁴.

Dislipidemias. Es bien sabido que las dislipidemias generalmente afectan negativamente al sistema vascular. Aunque la prevalencia de dislipidemia es alta en la ERC y no ha sido validada en estudios clínicos controlados, existe evidencia experimental de que afecta negativamente la progresión del daño renal. En cualquier caso, la valoración y la intervención terapéutica para el control de las dislipidemias en los pacientes renales es fundamental³³.

Consumo de tabaco. El tabaquismo es conocido como un factor de riesgo cardiovascular y no se ha establecido su mecanismo, pero se ha propuesto como un factor de riesgo renal independiente. Esto debe considerarse uno de los factores de riesgo reparables más importantes. Por tanto, la abstinencia tabáquica es prioritaria en la Enfermedad Renal Crónica³³.

Hiperuricemia. Se considera hiperuricemia cuando los niveles séricos superan los 7 mg/dl. Y suele ser asintomática o puede causar enfermedades como urolitiasis, nefropatía por ácido úrico, gota gotosa, artritis gotosa aguda e hiperuricemia asintomática. La ERC tiene varios factores que pueden aumentar los niveles de ácido úrico, tales como el uso de diuréticos, aumento de la resistencia vascular renal o coexistencia de resistencia a la insulina³³.

Los pacientes con ERC a menudo sufren de hiperuricemia asociada a una disminución de la TFG, que es casi asintomática. La hiperuricemia tiene un alto riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, hipertensión y desarrollo de nefropatía en pacientes diabéticos, y aunque no está completamente validada, se asocia con la progresión de la ERC. Estas son buenas razones para tratar sistemáticamente los niveles elevados de ácido úrico incluso en pacientes asintomáticos³³.

Factores de riesgo específicos de la enfermedad renal crónica

La anemia y los cambios en el metabolismo mineral, y más específicamente, la hiperfosfatemia, se asocian con una disminución más rápida de la función renal. Sin embargo, debido a que estos factores son el resultado del daño renal, es difícil aislar sus efectos predictores. En cualquier caso, la corrección de la anemia y los cambios en el metabolismo mineral se ha demostrado desde etapas tempranas de la ERC³³.

La acidosis metabólica es común en la ERC debido a la eliminación insuficiente de la carga ácida por parte de los riñones. De igual forma, se ha descrito como un factor desventajoso en la progresión de la ERC y debe ser tratado de manera profiláctica o por conveniencia³³.

1.2.3. Marco Filosófico

Desde el advenimiento de la sociedad humana en Mesopotamia hace unos 10.000 años, la actividad comercial ha evolucionado casi en paralelo con el crecimiento cultural. Las rutas comerciales permitieron a los estados intercambiar materiales, alimentos y productos

básicos entre sí, incluso si no se producían en su propio país. Con el tiempo, la guerra hizo que algunos estados fueran más fuertes que otros. El surgimiento de la economía como ciencia plantea preocupaciones que determinan la prosperidad de las personas, sin embargo, las costumbres se arraigan más, de tal modo que las modificaciones dietéticas son menos perceptibles existiendo enfermedades como la diabetes, obesidad, hipertensión arterial, hiperuricemia desde tiempo antiguos⁵.

El estudio de la filosofía política, una de las preocupaciones modernas es establecer una teoría que garantice la más alta calidad de vida para el mayor número de personas y hasta hace unos años, la única forma de medir la calidad de vida en un estado en particular era en términos de bienestar, medido por el PIB (Producto Interno Bruto), entendiéndolo como una división per cápita del dinero generado por el país entre la gente. Sin embargo, el principal inconveniente de esta medida es que se trata de una visión utópica de distribuir íntegramente los recursos nacionales entre el pueblo⁵.

Tanto desde la economía como desde la filosofía política, las teorías tradicionales de prosperidad y calidad de vida están obsoletas, ya que comenzaron con suposiciones que no se realizaron en la vida real, por ello la mera cuantificación del PIB no es suficiente. Teóricamente, es una división justa de los recursos nacionales entre todos los habitantes, pero se sabe que esta división justa no ocurre. La prosperidad, por otro lado, no debe medirse en términos del poder adquisitivo de un país o de un individuo en particular⁵.

-Un indicador comúnmente utilizado para medir la calidad de vida es el Índice de Desarrollo Humano, (HDI) que fue establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo nacional a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El cálculo de este programa se realiza a partir de las siguientes variables.

1. Esperanza de vida.
2. Educación en todos los niveles.
- 3.1 PIB per cápita.

-Los países con mayor IDH son Noruega, Nueva Zelanda, Australia, Suecia, Canadá y Japón²⁶.

-La producción industrial y el crecimiento económico han sido en el pasado y eran los únicos factores considerados a nivel de desarrollo nacional. Esta visión deja de lado otros aspectos que no eran tan directamente importantes, pero el IDH lo tiene en cuenta²⁶.

Si bien el IDH se considera más adecuado para medir el desarrollo, este indicador no incorpora algunos aspectos que pueden ser importantes para medir el desarrollo²⁵.

Si bien es cierto que la calidad de vida se asocia a los ingresos económicos propios de cada persona, en la realidad es solo un componente, pues existen otros como el bienestar general el apoyo social, la ausencia de enfermedades y el desarrollo cultural entre otros.

1.3. Situación problemática

La cantidad de personas con enfermedades crónicas y discapacidades ha aumentado en las últimas décadas. Por los años 80 había 108 millones de personas con diabetes, pero ahora 422 millones tienen diabetes que es una de las principales causas de nefropatías crónicas terminales. Asimismo, ha aumentado la prevalencia de enfermedades desmielinizantes, demencias y accidentes cerebrovasculares, que causan más trastornos que mortalidad disminuyendo la calidad de vida de los que lo sufren. El incremento de estas condiciones, y de otras alteraciones que causan lesiones permanentes, ha incrementado la demanda a los hospitales que de por sí se encuentran colapsadas sobre todo actualmente ante la pandemia del COVID-19^{1,2}.

La enfermedad renal terminal es una de las primeras 20 causas de muerte en el mundo y según la OMS, 1 de cada 10 pacientes con alguna enfermedad es nefrópata o con algún grado de enfermedad renal, que a través del tiempo terminará necesitando de un reemplazo renal, esto genera costos asociados tanto a la familia del paciente como con el hospital que trata al paciente³.

El manejo de estas patologías crónicas y discapacitantes, es común evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que describe aspectos de la vida afectados por la enfermedad, accidente, tratamiento o política de salud. A nivel clínico, ese enfoque respalda el análisis de las áreas en las que cada paciente muestra cambios asociados con su enfermedad y ayuda a evaluar el impacto del tratamiento. Además, en ausencia de un tratamiento definitivo, la mejora de la CVRS es en sí misma un objetivo terapéutico¹.

La enfermedad renal crónica terminal es el producto de cambios renales que se ha producido de forma silenciosa y que finalmente se manifiesta cuando el daño renal es considerable, convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial debido al creciente número de diagnósticos en los últimos años. En España se estima que la enfermedad renal crónica es más frecuente en mayores de 60 años y en el sexo masculino⁴.

La enfermedad renal crónica terminal provoca cambios significativos en la calidad de vida del paciente como consecuencia del curso y progresión de la enfermedad, así como efectos clínicos en todos los sistemas y sistemas del organismo, las que se ven acentuadas por factores sociodemográficos, comorbilidades, complicaciones de la propia enfermedad o factores de riesgo como son osteopatías producto del tratamiento que deterioran la calidad de vida del paciente tanto física como mentalmente⁴.

La Organización Mundial de la Salud describe la calidad de vida como “una percepción individual que el sujeto tiene de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los valores en los que vive, relacionado a sus metas, expectativas, valores y preocupaciones”⁵.

Pero, por enfermedades crónicas como la Insuficiencia Renal Crónica Terminal, el mejor concepto a evaluar en esta área es la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), esto se refiere a una "evaluación subjetiva del impacto actual", el estado de salud, la atención médica y la promoción de la salud con respecto a la capacidad de un individuo para lograr mantener un nivel de salud general o de funcionalidad que es importante para los pacientes, y que les permite continuar con su bienestar"⁶.

Este es un concepto multifacético y complejo que comienza a ser reconocido por el creciente número de enfermedades crónicas, que incluyen aspectos personales como la salud, la satisfacción con la vida y la autonomía, así como aspectos ambientales como los grupos sociales y de apoyo, pues quienes padecen este tipo de enfermedades deben no solo hacer frente a dichas condiciones médicas, sino también combatir los efectos adversos de los tratamientos que se les dan⁶.

El concepto de CVRS es que los pacientes ven cambios en ciertos aspectos físicos como función física, bienestar psicológico, estado emocional, dolor, función social, percepción general de salud, satisfacción con la vida que disminuye su capacidad de respuesta del entorno, por lo que medir el impacto de la enfermedad crónica en el paciente es el inicio para comprender la realidad de cada paciente y abordar la problemática desde una perspectiva holística e individual¹.

La importancia de medir la CVRS está íntimamente relacionada con la, morbilidad y mortalidad de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en diálisis, por lo que es importante saber cómo perciben los pacientes su salud durante el tratamiento, para poder ayudar oportunamente y detectar cambios que están ocurriendo que no son percibidos por el paciente que luego provocarían alteraciones de difícil reversión¹.

El Perú no está exento de este grave problema de salud mundial. Hay una gran demanda de pacientes en etapa 5 y hay poca oferta de servicios de tratamiento. La hemodiálisis es una de las principales formas de terapia de reemplazo renal, y es importante buscar soluciones alternativas porque la infraestructura física y el equipo son inadecuados y están desorganizados⁷.

A pesar de ser una enfermedad importante por su alta mortalidad, invalidez y costos asociados, existen pocos estudios locales al respecto. La evidencia más reciente muestra que la prevalencia de ERC a nivel de la población peruana es del 16%. Sin embargo, esta estimación no es a nivel nacional, dado que los principales factores de riesgo de la ERC (como la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial) se distribuyen de manera diferente en el Perú⁷.

La ciudad de Ica cuenta con dos nosocomios donde se desarrollan las diálisis siendo un Hospital de los asegurados y el otro el Hospital Regional de Ica que atiende a la mayor cantidad de población de Ica, por lo que la unidad de Diálisis se encuentra trabajando en

sus límites, el estudio se enfoca a determinar la calidad de vida de los pacientes hemodializados con el análisis de algunas variables sociodemográficas y culturales modificables con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal.

1.4. Formulación del problema.

a). Problema principal.

¿Cuál es el nivel de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022?

b). Problemas específicos

¿Cuáles son los factores demográficos asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022?

¿Cuáles son los factores culturales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022?

¿Cuáles son los factores sociales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022?

¿Cuáles son los factores de comorbilidad asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022?

1.5. Justificación e importancia de la investigación

El tratamiento de todo paciente en general y sobre todo de los pacientes con altas limitaciones funcionales físicas, psíquicas y sociales debe ser integral, en ese sentido el paciente en tratamiento con hemodiálisis es un paciente particular pues presenta grandes limitaciones en su vida personal familiar y social las que se presentan de manera brusca por lo que su calidad de vida se ve disminuida significativamente en un corto periodo de tiempo y para toda la vida, de allí la preocupación de los salubrista de enfocar este tema de este grupo de pacientes en la claridad de vida a fin de contribuir con mejorar su calidad de vida relacionada a la salud generando intervenciones basadas en la evidencia científica de este estudio que identifica los factores demográficos, culturales y sociales que influyen en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica.

Este estudio es de importancia práctica pues al identificar los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes tratados con hemodiálisis los profesionales de la salud

sobre todo los salubristas pueden formular prácticas de intervención con planes en la mejora de estas condiciones y elevar la calidad de vida de los pacientes.

Metodológicamente es importante pues el estudio sigue el método científico en su desarrollo lo que fortalece sus resultados al ser tomados de manera sistemática y evitando los sesgos en la investigación, por lo que sus resultados son contundentes y de utilidad para la comunidad científica al ser útil para comparaciones futuras en otras investigaciones.

Socioeconómico. La investigación es de gran importancia desde este punto de vista pues al mejorar la calidad de vida del paciente en hemodiálisis, mejora su inclusión social, haciéndose útil a la sociedad mejora su autoestima, pues el tratamiento de estos pacientes involucra a la familia y a la sociedad. Un paciente con una calidad de vida aceptable disminuye gastos en generados por su condición.

Viabilidad. La investigación es viable desde el punto de vista técnico pues el Hospital Regional de Ica cuenta con la Unidad de Hemodiálisis donde se encuentran pacientes tratados en un número considerable para realizar el estudio previa autorización de la alta dirección de este nosocomio, éticamente no prevé daños a la salud de los participantes puesto que los datos se obtendrán sin intervención en ellos siendo aplicados encuestas que no pone en riesgo la vida de los pacientes. Financieramente el estudio será autofinanciado en su totalidad por el investigador. Metodológicamente es viable pues se cuenta con la asesoría científica propuesta por la Universidad que garantiza que los resultados y el proceso del desarrollo de la investigación sea correcta.

1.6. Objetivos

a). Objetivo principal.

Determinar el nivel de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022

b). Objetivos específicos

Precisar los factores demográficos asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022

Identificar los factores culturales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022

Indicar los factores sociales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022

Identificar los factores de comorbilidad asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022

1.7. Hipótesis y variables de la investigación

a). Hipótesis principal.

Ha: Existen factores que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022

b). Hipótesis específicos

Ha: Existen factores demográficos asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022

Ha: Existen factores culturales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022

Ha: Existen factores sociales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022

Ha: Existen factores de comorbilidad asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022

1.8. Variables

a).- Variable dependiente

Calidad de vida relaciona a la salud

b).- Variable independientes

Factores demográficos

- Edad
- Sexo

Factores culturales

- Grado de instrucción
- Ocupación

Factores sociales

- Soledad social

Comorbilidad

- Diabetes
- Hipertensión
- Depresión

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo y Nivel de Investigación

Tipo. El estudio es de tipo no experimental pues no existe intervención en los pacientes, tomándose los datos según su presentación natural, transversal pues los datos son obtenidos en un solo tiempo, retrospectiva pues se parte de los efectos en busca de las causas y analítica pues se trata de dos variables que son las que influyen en la calidad de vida del paciente hemodializado³².

Nivel. Descriptivo - correlacional³².

Diseño: Cuantitativo

2.2. Población y muestra

Población. Pacientes que estuvieron en tratamiento con hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica que son 150 pacientes en los diferentes turnos mayores de 18 años

Muestra.- Se empleó la fórmula de una población conocida³³.

El tamaño muestral fue calculado utilizando la formula siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Donde:

N: Población (150)

z: Grado de confiabilidad (1.96)

e: Error (margen de error) 0,5% (0.05)

p: Proporción que maximiza la muestra (0.5)

q: 1-p= (0.5)

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 150}{(0.05)^2 \times (150-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.5 \times 0.5 \times 150}{0.0025 \times 149 + 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.5 \times 0.5 \times 150}{0.0025 \times 152.8416 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{144.06}{1.3329}$$

n= 108 pacientes

2.3. Técnicas de recolección de información

Técnicas de recolección de datos³³. La técnica para recolectar los datos consistió en encuestas, pues para obtener la variable calidad de vida se empleó la escala de calidad de vida, para la depresión se empleó la escala de Beck, y para los datos generales y de comorbilidades a través de la ficha de recolección de datos. Para poder encuestar a los pacientes se solicitó el permiso correspondiente a la Alta Dirección del Hospital Regional de Ica la que se solicitó previo pago de las tarifas establecidas, logrado este objetivo se procedió a encuestar a los pacientes en las Unidades de Diálisis en la sala de espera las que fueron las más cortas posibles según la condición de cada paciente previo consentimiento informado.

2.4. Instrumentos

Los instrumentos son para la calidad de vida Cuestionario para la valoración del nivel de calidad de vida Elaborado por Orbegoso (2012) Modificado por Ramírez y Torres (2017) para la soledad social se empleará la escala Este II de soledad social y para la depresión el inventario de Beck, para el resto de variables se obtuvo a través de una encuesta directa siendo necesario recurrir a la historia clínica del paciente para verificar los datos de comorbilidades.

Ficha técnica:

Escala de Calidad de vida

Se trata de una evaluación subjetiva del individuo a un nivel global de función lo que es importante para el individuo pues hace posible el seguimiento de las actividades que afectan su bienestar general.

Se usó la siguiente escala.

Buen nivel de calidad de vida: puntaje de 49 a 63 puntos

Regular nivel de calidad de vida: Puntaje de 35 a 48 puntos

Mal nivel de calidad de vida: Puntaje de 21 a 34 puntos

Considerándose 3 alternativas de respuesta:

Si=1punto

A veces=2puntos

No=3puntos

Los Ítems están divididas en 3 partes, así los ítems de 1 al 7 valoran la dimensión fisiológica; Los ítems de 8 al 14 valoran la dimensión psicológica y las que quedan valoran la dimensión social.

Confiabilidad

El instrumento de calidad de vida tiene un Alpha de Cronbach se tiene 0,84 de confiabilidad

Soledad social

El instrumento para medir el nivel de soledad social tiene 15 Items, con 3 alternativas: Siempre, A veces y Nunca. Dividiéndose en 3 factores:

- Factor1: Percepción del apoyo social.
- Factor2: Uso de nuevas tecnologías.
- Factor3: Índice de participación social.

La puntuación total va de 0 a 30 y se logra sumando la puntuación de cada una de los ítems.

Hay 3 niveles de soledad social según el puntaje obtenido, estos son: bajo, medio y alto

- Bajo 0 a 10 puntos
- Medio 11 a 20 puntos
- Alto 21 a 30 puntos

Validación: Alfa de Cronbach 0,92

Escala de Beck.

- Nombre Original: Beck Depression Inventory-Second Edition(BDI-II)
- Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
- Administración: Individuales o colectivas.
- Duración: 5 a 10 minutos
- Aplicación: 13 años a más.
- Escala: Tipo Likert
- Número de Ítems: 21
- Finalidad: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos- Medición de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes mediante la valoración de los síntomas que corresponden a la 4ª edición de los Criterios Diagnósticos de los Trastornos Depresivos.

2.5. Técnicas de procesamientos análisis e interpretación de resultados

Los datos obtenidos de la escala de calidad de vida, de soledad social y del inventario de Beck así como de los datos generales y de comorbilidad fueron digitadas en el programa Excel debidamente codificada a fin de facilitar la extrapolación de datos al programa

estadístico para las ciencias de la salud SPSS.v23 de donde se obtuvieron los datos descriptivos como son las frecuencia y porcentajes, así como los estadísticos de contraste que para fines del estudio fue el chi cuadrado.

Ética.

El estudio se rigió bajo las normas éticas establecidas en el reporte Belmont. Normas de Helsinki, y Código de Nürenberg para las investigaciones en humanos, por lo que para cumplir con el principio ético de no maleficencia se empleó solo cuestionarios validados que no dañan a los participantes ni física ni mentalmente. Para el principio ético de beneficencia el estudio se realizó con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, así mismo el principio ético de justicia se estableció al tratar a todos los participantes por igual y siendo identificados cada uno con un número de ficha para que el trato en el manejo de datos sea igualitario y anónimo³⁴.

III. RESULTADOS

Tabla N° 1. Nivel de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Baja	49	45,4%
Media	34	31,5%
Alta	25	23,1%
Total	108	100,0%
Física		
Baja	44	40,7%
Media	33	30,6%
Alta	31	28,7%
Total	108	100,0%
Psicológica		
Baja	51	47,2%
Media	35	32,4%
Alta	22	20,4%
Total	108	100,0%
Social		
Baja	52	48,1%
Media	34	31,5%
Alta	22	20,4%
Total	108	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que 45,4% de pacientes en hemodiálisis presentan baja calidad de vida, 31,5% nivel medio de calidad de vida, 23,1% nivel alto de calidad de vida, y según la dimensión física el nivel bajo fue en el 40,7% de pacientes, nivel medio en el 30,6% y nivel alta en el 28,7%, en la dimensión psicológica el 47,2% tienen nivel baja, 32,4% nivel medio y 20,4% nivel alto, y en la dimensión social el 48,1% de los pacientes tiene nivel bajo, 31,5% nivel medio y 20,4% nivel alta.

Tabla N° 2. Factores demográficos asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022

Calidad de vida	Edad			Total	Estadística
	> de 60 años	41 a 60 años	18 a 40 años		
Baja	31 60,8%	11 40,7%	7 23,3%	49 45,4%	X ² = 24,7 p=0.000
Media	15 29,4%	12 44,4%	7 23,3%	34 31,5%	
Alta	5 9,8%	4 14,8%	16 53,3%	25 23,1%	
Total	51 100,0%	27 100,0%	30 100,0%	108 100,0%	

Calidad de vida	Sexo		Total	Estadística
	Masculino	Femenino		
Baja	33 55,9%	16 32,7%	49 45,4%	X ² =6,14 p=0,046
Media	16 27,1%	18 36,7%	34 31,5%	
Alta	10 16,9%	15 30,6%	25 23,1%	
Total	59 100,0%	49 100,0%	108 100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La calidad de vida está asociada a la edad, en razón de que, es de mala calidad en mayor proporción en los pacientes mayores de 60 años (60,8%)s, seguido de los de 41 a 60 años (40,7%) y de los de 18 a 40 años (23,3%). El sexo masculino tiene en mayor proporción calidad de vida baja (55,9%) frente al femenino (32,7%).

Tabla N° 3. Factores culturales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022

Calidad de vida	Grado de Instrucción			Total	Estadística
	Primaria	Secundaria	Superior		
Baja	18 81,8%	24 45,3%	7 21,2%	49 45,4%	$X^2=27,97$ $p=0.000$
Media	3 13,6%	21 39,6%	10 30,3%	34 31,5%	
Alta	1 4,5%	8 15,1%	16 48,5%	25 23,1%	
Total	22 100,0%	53 100,0%	33 100,0%	108 100,0%	

Calidad de vida	Ocupación		Total	Estadístico
	Desocupado	Ocupado		
Baja	31 62,0%	18 31,0%	49 45,4%	$X^2=12,97$ $p=0.002$
Media	14 28,0%	20 34,5%	34 31,5%	
Alta	5 10,0%	20 34,5%	25 23,1%	
Total	50 100,0%	58 100,0%	108 100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La calidad de vida está asociada al grado de instrucción de los pacientes, pues es baja sobre todo en los pacientes de primaria (81,8%) seguido de los de secundaria (45,3%) y de los de grado superior (21,2%). Los desocupados tienen mayor proporción de baja calidad de vida (62%) en comparación con los ocupados (31%).

Tabla N° 4. factores sociales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022

Calidad de vida	Soledad social			Total	Estadística
	Alta	Medio	Baja		
Baja	17 70,8%	27 40,9%	5 27,8%	49 45,4%	X ² =10,3 p=0.036
Media	5 20,8%	23 34,8%	6 33,3%	34 31,5%	
Alta	2 8,3%	16 24,2%	7 38,9%	25 23,1%	
Total	24 100,0%	66 100,0%	18 100,0%	108 100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Los pacientes con percepción alta de soledad social tienen en su mayoría baja calidad de vida 70,8%, seguido de los que perciben soledad social de nivel medio (40,9%) y los que perciben soledad de nivel baja (27,8%).

Tabla N° 5. Factores de comorbilidad asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022

Calidad de vida	Diabetes		Total	Estadístico
	Con diabetes mellitus	Sin diabetes mellitus		
Baja	27 64,3%	22 33,3%	49 45,4%	X ² =15,46 p=0,000
Media	13 31,0%	21 31,8%	34 31,5%	
Alta	2 4,8%	23 34,8%	25 23,1%	
Total	42 100,0%	66 100,0%	108 100,0%	

Calidad de vida	Hipertensión Arterial		Total	Estadística
	Con hipertensión arterial	Sin hipertensión arterial		
Baja	25 52,1%	24 40,0%	49 45,4%	X ² =10,85 p=0,004
Media	19 39,6%	15 25,0%	34 31,5%	
Alta	4 8,3%	21 35,0%	25 23,1%	
Total	48 100,0%	60 100,0%	108 100,0%	

Calidad de vida	Depresión				Total	Estadística
	Extrema	Grave	Moderada	Leve		
Baja	26 63,4%	11 45,8%	6 25,0%	6 31,6%	49 45,4%	X ² =14,85 p=0,021
Media	12 29,3%	7 29,2%	8 33,3%	7 36,8%	34 31,5%	
Alta	3 7,3%	6 25,0%	10 41,7%	6 31,6%	25 23,1%	
Total	41 100,0%	24 100,0%	24 100,0%	19 100,0%	108 100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Los pacientes con diabetes tienen proporcionalmente más calidad de vida baja (64,3%) que los que no tienen diabetes (33,3%). Los pacientes hipertensión tiene en su mayoría baja calidad de vida (52,1%) frente a los que no lo tienen (40%). Los pacientes con depresión extrema tienen mayormente baja calidad de vida (63,4%), seguido de los que tienen depresión grave (45,8%) seguido de los que tienen depresión moderada (25%) y de los que tienen depresión leve (31,6%).

IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los pacientes en hemodiálisis según los resultados muestran en su mayoría baja calidad de vida seguido de un nivel de calidad media y casi el cuarto de los pacientes tienen un nivel alto de calidad de vida, lo que indica que tres cuartos de pacientes ven comprometida su calidad de vida al ingresar a una terapia sustitutiva de la función renal, estas proporciones son similares según la dimensión física, psicología y social de la calidad de vida. Valor similar es encontrada en su estudio de Monteros¹² que concluye que el 56,5% de los pacientes tienen mala calidad de vida, siendo agrava por la diabetes e hipertensión arterial. También en el estudio realizado por Montoya¹⁵ se encuentra que el 57% de los pacientes dializados en Chiclayo presentan baja calidad de vida. Mientras que Amau²⁰ en su investigación menciona que el lado de la salud general, el 80% dice que su salud actual es regular. Y Cucho²³ encuentra que calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis es regular en un 46%, y según el estudio de Gadea²⁴ indica que la percepción de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis se ve afectada a lo largo del tiempo.

La calidad de vida de los pacientes hemodializados se encuentra asociada a la edad de los pacientes pues son los pacientes mayores de 60 años los que tienen mayormente baja calidad de vida con diferencias significativas respecto a los que tienen menos de 60 años lo que se debería a que los pacientes ancianos tienen más dependencia de otras personas, así como mayor incidencia de comorbilidades que disminuyen la calidad de vida de los pacientes.

También se determinó que los pacientes de sexo masculino tienen menor calidad de vida que los del sexo femenino, en razón de los de sexo masculino presentan proporcionalmente mayor consumo de tabaco, alcohol que disminuye la calidad de vida así mismo el sexo femenino presenta hormonas que favorecerían una mejor calidad de vida. Esta asociación es también determinada por Jesús¹¹ en su investigación que el 37,8% son pacientes del sexo masculino con baja calidad de vida. También Pinillos¹³ asocia el sexo masculino a la baja calidad de vida de los pacientes con enfermedad crónica terminal.

El estudio determinó además que el grado de instrucción es un factor que se encuentra significativamente asociada a la calidad de vida pues son los pacientes de nivel instructivo primario los que tienen mayormente baja calidad de vida en relación a los de secundaria y superior, lo que estaría en relación a que los pacientes de menor nivel de instrucción son pacientes menos informados sobre su enfermedad y presenta mayor sensación de incierto sobre su futuro, además que suelen tener menos ingresos económicos que disminuye su calidad de vida al no tener medios económicos para solventar gastos que mejoren su calidad de vida.

La ocupación que ostentan los pacientes también se asocia significativamente a la calidad de vida del paciente en hemodiálisis pues los que se encuentran desocupados tienen mayor proporción de baja calidad de vida en razón de que son pacientes que al no trabajar presentan mayor aislamiento, además que sus ingresos económicos se encuentran disminuidos que les

dificulta obtener bienes de apoyo para poder movilizarse, alimentarse y curarse. El estudio de Mendoza⁸ concluye que la condición de desocupado disminuye la calidad de vida global del paciente en hemodiálisis. También el estudio de Balarezo²¹ concluye que la condición laboral ocupado mejora la calidad de vida.

El grado de soledad social que perciben los pacientes es un factor importante que influye en la calidad de vida, pues los pacientes que perciben un alto nivel de soledad social tienen más baja calidad de vida, pues los pacientes en hemodiálisis dependen muchos del apoyo que puede venir de la sociedad y en primer lugar de la propia familia, los pacientes que se encuentran en diálisis son frágiles ante las actividades cotidianas que les hace difícil cumplir en muchos casos hasta de las cosas más básicas como es alimentarse y hacer uso de los servicios higiénicos, por lo que el apoyo social es de gran importancia para poder suplir estas deficiencias. Así lo demuestra Barriga en su investigación que los pacientes tienen un bajo nivel de calidad de vida agravada por limitaciones en la realización de actividad física. La investigación de Ramirez¹⁶ concluye que existe una relación muy significativa entre el apoyo familiar y la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis.

Respecto a las comorbilidades, demostramos que la diabetes mellitus está fuertemente asociada a la calidad de vida pues los pacientes con diabetes tienen significativamente menor calidad de vida que los que no tienen diabetes mellitus, que bien es explicable por las implicancias que tiene la diabetes en la vida de los enfermos, tratándose de una comorbilidad que disminuye la calidad de vida de los pacientes contribuyen aún más a disminuir la calidad de vida del paciente en hemodiálisis que muchos de ellos su insuficiencia renal crónica terminal se debe a los daños ocasionados por la diabetes. Así lo demuestra en su investigación Morales⁹ que concluye que la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis se ve afectada por comorbilidades siendo el más afectado la dimensión de salud general. Gonzales¹⁰ incluye en su investigación que el 52,9% tenía diabetes tipo 2 como causa de la ERC.

La hipertensión arterial es otra comorbilidad muy ligada a la calidad de vida, pues un paciente hipertenso está vulnerable a tener hemorragia cerebral, y tiene que consumir medicamentos para su control de la enfermedad todo ello contribuye a disminuir aún más la calidad de vida del paciente en hemodiálisis, además que en muchos casos esta enfermedad también pudo haber sido la causa de la lesión renal que le llevo a la necesidad de hemodializarse.

Finalmente, la enfermedad limitante de una falla renal total, es causa de depresión en los pacientes en esta condición lo que disminuye aún más su calidad de vida, pues un paciente deprimido es un enfermo que no colabora y su inmunidad disminuye. Esta asociación es demostrada en la investigación realizada por Belling¹⁷ que concluye que la ansiedad severa y la depresión severa se asocian con mala calidad de vida en el hemodializado, incluso el autocuidado es un factor asociado a la calidad de vida de estos pacientes pues los que tienen menos autocuidado tienen menos calidad de vida según el estudio de Illa¹⁸ en el Cusco y

Vargas¹⁹ en Lima. Y el estudio de Cajachagua encuentra que el 65,8% de los pacientes tenían algún grado de depresión.

V: CONCLUSIONES

1. Los factores que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022 son la edad de más de 60 años, sexo masculino, grado de instrucción primaria, desocupado, con percepción de soledad social, diabético, hipertenso, y con depresión.
2. Los factores demográficos asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022 son la edad mayor de 60 años y el sexo masculino con valor de $p= 0,000$ y $p=0,046$ respectivamente.
3. Los factores culturales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022 son: el nivel de instrucción primaria $p= 0,000$ y condición de desocupado $p= 0,002$.
4. Los factores sociales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022 son: alto nivel de soledad social con valor de $p= 0,036$
5. Los factores de comorbilidad asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022 son la diabetes mellitus $p=0,000$, hipertensión arterial $p=0,004$ y depresión del paciente con valor de $p= 0,021$.

VI: RECOMENDACIONES

1. Desarrollar actividades de intervención en los pacientes tratados con sustitución de la función renal mientras se dializan sobre modos de afrontar tal deficiencia y sus complicaciones, mediante actos de motivación para salir delante de un problema grave como es la enfermedad renal crónica, son actividades que deben ser desarrolladas por lo profesionales a cargo de la diálisis con la ayuda de pancartas que le oriente sobre su enfermedad y la resiliencia que deben desarrollar.
2. Realizar seguimiento a los pacientes en hemodiálisis mediante visitas domiciliarias con la finalidad de instruirles sobre el modo de vida que deben tener sobre todo en aquellos pacientes desocupados y con bajo nivel cultural que una orientación sobre buena calidad de vida y buena alimentación es necesaria para mantenerse saludables y con buena calidad de vida.
3. Fomentar el apoyo psicológico a la familia, para hacerles partícipes de la problemática del paciente en hemodiálisis, promoviendo en ellos el apoyo al paciente para evitar la soledad social en estos pacientes, mediante lo cual el paciente se sentir que no está solo en su enfermedad.
4. Tratar a los pacientes de manera integral e integrada que incluya sus comorbilidades así como la ayuda de los psicólogos para disminuir el grado de depresión en estos pacientes, mediante citas con el psicólogo que mejore su autoestima.

VII: FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Lopera-Vásquez J. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciênc. saúde coletiva* 25 (2) 03 Feb 2020Feb 2020 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>
- 2.- León Zamora Y. Calidad de vida de los cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Medicentro Electrónica* vol.24 no.2 Santa Clara abr.-jun. 2020 Epub 01-Abr-2020
- 3.- Sánchez-Cedillo A, Cruz-Santiago J, Mariño-Rojas FB, et al. Carga de la enfermedad: insuficiencia renal, diálisis-hemodiálisis y trasplante renal en México. Costo de la enfermedad. *Rev Mex Traspl.* 2020;9(1):15-25. doi:10.35366/94025.
- 4.- Sociedad Española de Nefrología. La Enfermedad Renal Crónica en España 2018. SEN (Edición Electrónica). 2018;1-21. (Consultado 14 de marzo de 2019). Disponible en: http://www.senefro.org/contents/webstructure/comunicacion/SEN_dossier_Enfermedad_Renal_Cro.pdf
- 5.- Osorio Alcalde, J.C. (2016). Libro: La calidad de vida. *Revista Eleuthera*, 14, 129-132. DOI: 10.17151/elev.2016.14.9
- 6.- Sánchez-Cabezas A. Calidad de vida de los pacientes en diálisis. Revisión sistemática. *Enferm Nefrol* vol.22 no.3 Madrid jul./sep. 2019 Epub 23-Dic-2019 <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300003>
- 7.- Carrillo-Larco R. Mortalidad por enfermedad renal crónica en el Perú: tendencias nacionales. 2018. *Rev. perú. med. exp. salud publica* vol.35 no.3 Lima jul./set. 2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3633>
- 8.- Mendoza Centeno, D. Calidad de vida de pacientes con ERC en hemodiálisis y diálisis peritoneal : probable presencia de ansiedad y depresión. *HEODRA*, León. julio-septiembre 2018 Nicaragua. URI: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/4835>
- 9.- Morales Ojeda IM, García C, Molina KN, Ortiz Vásquez F, Parra Millar Y, Henríquez S. Calidad de vida en pacientes hemodializados de la Comuna de Chillán Viejo. *Rev Nefrol Dial Traspl.* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 27 de enero de 2022];39(4):242-8. Disponible en: <http://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/493>
- 10.- González Urán, N. Complicaciones y calidad de vida en hemodializados del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2020. URI: <https://repositorio.fcmunca.edu.py/xmlui/handle/123456789/243>
- 11.- Jesús Francisco, R. Calidad de vida en pacientes renales crónicos hemodializados Hospital Provincial Riobamba Marzo-Septiembre 2019. URI: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6166>
- 12.- Monteros W. Calidad de vida, grado de autonomía, funcionabilidad familiar en pacientes hemodializados del Hospital Teófilo Dávila. Periodo octubre 2018 mayo 2019 [Tesis de

- Pregrado]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2019 [citado el 21-01-2022]. Disponible en: URL: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8761>
- 13.- Pinillos-Patiño Y. Actividad física y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica. Rev. méd. Chile vol.147 no.2 Santiago feb. 2019
<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019000200153>
- 14.- Barriga Méndez, N. Autocuidado en pacientes pos hemodializados de un centro nefrológico de la ciudad de Guayaquil. 2017. URI: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/8997>
- 15.- Montoya García, Y. Calidad de vida de las personas hemodializadas de la clínica María Auxiliadora. Chiclayo, Julio 2017. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/3421>
- 16.- Ramirez Ponce, A. Apoyo familiar y calidad de vida en pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, Trujillo Perú 2017. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/3551>
- 17.- Belling Segovia, D. Ansiedad, depresión y su relación con calidad de vida en pacientes hemodializados Hospital Jorge Reátegui Delgado 2018. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/4601>
- 18.- Illa Ortiz, L. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de Nefrología del Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2020. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/6093>
- 19.- Vargas Prado, K. Autocuidado y calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica hemodiálizados del Hospital Cayetano Heredia, lima – 2021. URI:<http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/autonoma/1278>
- 20.- Amau Sanchez, C. Calidad de vida en pacientes de hemodiálisis atendidos en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2017. URI: <http://repositorio.unamad.edu.pe/handle/UNAMAD/497>
- 21.- Balarezo Bustinza, T. Factores sociodemográficos y calidad de vida en pacientes de hemodiálisis. Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud - Cusco 2019. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/11645>
- 22.- Cajachagua Huapaya R. Estudio de depresión en pacientes en hemodialisis. Rev. Médica Carriónica 2017, Vol. 4, Núm. 2. Disponible en: <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/177>
- 23.- Cucho Rejas, P. Calidad de vida del paciente hemodializado a través de la aplicación del Cuestionario de Salud SF-36 Hospital Regional Ica. 2017. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/649>
- 24.- Gadea-Peralta M y Campos-Buleje C. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis Hospital Regional de Ica, agosto – diciembre 2019. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i2.327>
- 25.- Barmaimon E. Libro calidad de vida. Año 2017.5- TOMO I. - Biblioteca Virtual de Salud-S.M.U. - Montevideo, Uruguay. 1ª Edición. Año 2017.

- 26.- Sckell de Duarte C. Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal en diálisis. Rev. Tendencias en Medicina 2017; Año XII N° 12: 99-104. Disponible en: CS de Duarte, R Villalba - tendenciasenmedicina.com
- 27.- Jiménez-Romera, C. “Calidad de vida” En: Temas de sostenibilidad urbana. Madrid: Biblioteca CF+S. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/temas/a-calidad-de-vida.pdf>
- 28.- Arias-Galicia F. Calidad de vida en las organizaciones, la familia y la sociedad. Primera edición, 2017. 726 páginas. Disponible en: <http://riaa.uaem.mx> › Calidad de vida (completo)
- 29.- Tosaus Catalán, Patricia; Voicu, Anda; Urcola Pardo, Fernando; Gasch Gallén, Ángel; Martínez Lozano, Francisca; Anguas Gracia, Ana. Análisis de la Calidad de Vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza. Evidentia. 2020; 17: e12952. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ev/e12952> [acceso: 27/01/2022]
- 30.- Ramírez Ponce. A. Apoyo familiar y calidad de vida en pacientes hemodializados en la clínica médica nefrológica, 2017. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/3551>
- 31.- Zambrano Tirado, Y. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hemodiálisis en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2018. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/28035>
- 32.- Gutiérrez F. Documento de consenso de GeSIDA para la evaluación y el tratamiento de las enfermedades renales en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización marzo 2020). Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/GUIA_GESIDA_Renal_2020.pdf.
- 33.- Lorenzo Sellarés V. Enfermedad Renal Crónica. Sociedad española de Nefrología. Nefrología al día. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
- 34.- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Insuficiencia renal. Punto Farmacológico. Disponible en: <https://www.cofbadajoz.com/wp-content/uploads/2018/03/INSUFICIENCIA-RENAL.pdf>
- 32.- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2018) Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México. Editorial: Mc. Graw Hill.
- 33.- López, P. Fachelli S. (2017). El diseño de la muestra. Metodología de la Investigación Social Cuantitativa. Bellaterra. (Cerdanyola del Vallès): Dipòsit Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona. Capítulo II.4. <https://ddd.uab.cat/record/185163>
- 34.- Lara Y. (2018). Ética en la investigación en educación médica: consideraciones y retos actuales. Revista investigación en educación médica · Año 7 · Núm 26 · Abril-Junio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.2007865x.2018.26.04>

VIII: ANEXOS

Operacionalización de las variables

Matriz de consistencia

Instrumentos de recolección de información

Consentimiento informado

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones / categorías	Indicador	Fuente de datos
Calidad de vida relaciona a la salud	Percepción de bienestar sobre su posición actual de acuerdo a su cultura. valores y expectativas	Obtenida con la escala de calidad de vida	Física	Ítems: 1,2,3,4,5,6,7	Paciente
			Psicológica	Ítems: 8,9,10,11,12,13,14	
			Social	Ítems: 15,16,17,18,19,20,21	
Edad	Años de vida de un sujeto contabilizadas desde la fecha de nacimiento	Se obtendrá restando la fecha de la encuesta con la fecha de nacimiento	18 a 40 años 41 a 60 años Mayor de 60 años	Edad en años	Paciente
Sexo	Cualidades sexuales externas e internas de las personas	Obtenida en la encuesta	Sexo	Masculino Femenino	Paciente
Grado de instrucción	Nivel de educación de un sujeto según estudios en Instituciones Educativas	Obtenida en la encuesta	Primaria Secundaria Superior	Nivel de instrucción	Paciente
Ocupación	Trabajo que realiza en compromiso con la sociedad	Obtenida en la encuesta	Ocupación	Ocupado Desocupado	Paciente
Soledad social	Grado de percepción de soledad en relación a la	Obtenida con la escala Este II	Percepción de apoyo social	Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8	Paciente

	sociedad		Uso de nuevas tecnologías	Ítems: 9,10,11	
			Índice de participación social subjetiva	Ítems: 12,13,14,15	
Diabetes mellitus	Enfermedad metabólica caracterizada por glicemias elevadas	Obtenida de la historia clínica según indique dicho antecedente	Nivel de glicemia	Con diabetes mellitus Sin diabetes mellitus	Paciente
Hipertensión arterial	Enfermedad sistémica cuya característica es presentar presiones mayores de 140/90 mmHg	Obtenida de la historia clínica según indique dicho antecedente	Nivel de presión arterial	Con Hipertensión arterial Sin hipertensión arterial	Paciente
Depresión	Estado psicológico caracterizado por hipotonía desánimo y tristeza.	Obtenida con el inventario de Beck	Puntaje	Ítems del 1 al 21	Paciente

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Problema general	Objetivo general	Hipótesis	Metodología
<p>a).-Variable dependiente</p> <p>Calidad de vida relacionada a la salud</p> <p>b).-Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> •Edad •Sexo •Grado de instrucción •Ocupación •Soledad social •Diabetes •Hipertensión •Depresión 	<p>Problema principal.</p> <p>¿Cuál es el nivel de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son los factores demográficos asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022?</p> <p>¿Cuáles son los factores culturales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud</p>	<p>Objetivo principal.</p> <p>Determinar el nivel de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Precisar los factores demográficos asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022</p> <p>Identificar los factores culturales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento</p>	<p>Hipótesis principal.</p> <p>Ha: Existen factores que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022</p> <p>Hipótesis específicos</p> <p>Ha: Existen factores demográficos asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022</p> <p>Ha: Existen factores culturales asociados a la calidad de vida</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>No experimental, transversal, retrospectiva analítica</p> <p>Nivel de la Investigación</p> <p>Descriptiva - correlacional</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Población</p> <p>Pacientes que se encontraron en tratamiento con hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica que son 150 pacientes en los diferentes turnos mayores de 18 años</p> <p>Muestra</p> <p>108 pacientes</p>

	<p>de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022?</p> <p>¿Cuáles son los factores sociales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022?</p> <p>¿Cuáles son los factores de comorbilidad asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022?</p>	<p>sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022</p> <p>Indicar los factores sociales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022</p> <p>Identificar los factores de comorbilidad asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022</p>	<p>relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022</p> <p>Ha: Existen factores sociales asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022</p> <p>Ha: Existen factores de comorbilidad asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022</p>	<p>Instrumentos</p> <p>Los instrumentos fueron para la calidad de vida Cuestionario para la valoración del nivel de calidad de vida Elaborado por Orbegoso (2012) Modificado por Ramírez y Torres (2017) para la soledad social se empleó la escala Este II de soledad social y para la depresión el inventario de Beck, para el resto de variables se obtuvo a través de una encuesta directa siendo necesario recurrir a la historia clínica del paciente para verificar los datos de comorbilidades.</p>
--	---	---	---	--



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N° _____

Edad _____

(18 a 40 años)

(41 a 60 años)

(Mayor de 60 años)

Sexo

(Masculino) (Femenino)

Grado de instrucción

(Primaria) /Secundaria) (Superior)

Ocupación

(Ocupado) (Desocupado)

Diabetes mellitus

(Presente) (Ausente)

Hipertensión arterial

(Presente) (Ausente)

Calidad de vida relaciona a la salud de los pacientes en hemodiálisis

INSTRUCCIONES: el presente cuestionario de carácter confidencial y anónimo, ha sido elaborado para conocer la calidad de vida del paciente en tratamiento de diálisis; se solicita a usted que responda a la afirmación planteada con: si, a veces o no, de acuerdo a su consideración.

DIMENSIONES	SI	AV	NO
Física			
1. Su estado de salud limita su actividad laboral	1	2	3
2. Su estado de salud limita sus actividades personales de auto cuidado	1	2	3
3. Se cansa rápido al realizar sus actividades diarias	1	2	3
4. Su tratamiento a disminuido el tiempo para otras actividades	1	2	3
5. Ha sentido malestar durante su tratamiento	1	2	3
6. Tiene problemas para conciliar el sueño	1	2	3
7. Tiene falta de apetito pues la comida le da asco	1	2	3
Psicológica			
8. Siente que vale menos por su enfermedad	1	2	3
9. Siente haber perdido energías	1	2	3
10. Se siente triste	1	2	3
11. Siente que su salud empeora cada día	1	2	3
12. Cree que su enfermedad es un castigo de Dios	1	2	3
13. Cuando se mira al espejo se ve feo y no se gusta así mismo	1	2	3
14. Sus metas y proyectos que solía tener ahora son limitados	1	2	3
Social			
15. Se siente dependiente de otras personas	1	2	3
16. Siente que sus amistades lo discriminan por su estado de salud	1	2	3
17. Siente que tiene desventajas en comparación con los demás	1	2	3

18. sus reuniones sociales con su familia ha disminuido	1	2	3
19. Cada día disminuye más su participación en reuniones con amigos	1	2	3
20. Sus opiniones dentro de las decisiones familiares son tomadas en cuenta	1	2	3
21. Siente ser una carga para su familia	1	2	3

Fisca

7-11.....Baja

12-16....Media

17-21....Alta

Psicológica

7-11.....Baja

12-16....Media

17-21....Alta

Social

7-11.....Baja

12-16....Media

17-21....Alta

Global

21-34.....Baja

35-48....Media

49-61....Alta

Soledad social

ESCALA ESTE II DE SOLEDAD SOCIAL

FACTOR 1: PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL			
	S	AV	N
1. ¿Ud. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?			
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por Ud.?			
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?			
4. ¿Siente que no le hacen caso?			
5. ¿Se siente triste?			
6. ¿Se siente usted solo durante el día?			
7. ¿Y por la noche, se siente solo?			
8. ¿Se siente querido?			
FACTOR 2: USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS			
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?			
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos memoria)?			
11. ¿Utiliza Ud. Internet?			
FACTOR 3: ÍNDICE DE PARTICIPACIÓN SOCIAL SUBJETIVA			
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?			
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?			
14. ¿Va a algún parque, asociación, club, donde se relacione con otros mayores?			
15. ¿Le gusta participar en las actividades recreativas que se organizan en su barrio?			
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL			
Alto: 21 a 30 puntos Medio: 11 a 20 puntos Bajo: 0 a 10 puntos			

Depresión

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

N°	Estado	Check
1	<i>No me siento triste</i>	
	Me siento triste.	
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	
	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	
2	<i>No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.</i>	
	Me siento desanimado respecto al futuro.	
	Siento que no tengo que esperar nada.	
	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	
3	<i>No me siento fracasado.</i>	
	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	
	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	
	Me siento una persona totalmente fracasada.	
4	<i>Las cosas me satisfacen tanto como antes.</i>	
	No disfruto de las cosas tanto como antes.	
	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	
	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	
5	<i>No me siento especialmente culpable.</i>	
	Me siento culpable en bastantes ocasiones.	
	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	
	Me siento culpable constantemente.	
6	<i>No creo que esté siendo castigado.</i>	
	Me siento como si fuese a ser castigado.	
	Espero ser castigado.	
	Siento que estoy siendo castigado.	
7	<i>No estoy decepcionado de mí mismo.</i>	
	Estoy decepcionado de mí mismo.	
	Me da vergüenza de mí mismo.	

	Me detesto.	
8	<i>No me considero peor que cualquier otro.</i>	
	Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.	
	Continuamente me culpo por mis faltas.	
	Me culpo por todo lo malo que sucede.	
9	<i>No tengo ningún pensamiento de suicidio.</i>	
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	
	Desearía suicidarme.	
	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	
10	<i>No lloro más de lo que solía llorar.</i>	
	Ahora lloro más que antes.	
	Lloro continuamente.	
	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	
11	<i>No estoy más irritado de lo normal en mí.</i>	
	Me molesto o irritado más fácilmente que antes.	
	Me siento irritado continuamente.	
	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.	
12	<i>No he perdido el interés por los demás.</i>	
	Estoy menos interesado en los demás que antes.	
	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	
	He perdido todo el interés por los demás.	
13	<i>Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.</i>	
	Evito tomar decisiones más que antes.	
	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	
	Ya me es imposible tomar decisiones.	
14	<i>No creo tener peor aspecto que antes.</i>	
	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.	
	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.	
	Creo que tengo un aspecto horrible.	
15	<i>Trabajo igual que antes.</i>	
	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.	
	Tengo que obligarme mucho para hacer algo.	
	No puedo hacer nada en absoluto.	
16	<i>Duermo tan bien como siempre.</i>	

	No duermo tan bien como antes.	
	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.	
	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	
17	<i>No me siento más cansado de lo normal.</i>	
	Me canso más fácilmente que antes.	
	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	
	Estoy demasiado cansado para hacer nada.	
18	<i>Mi apetito no ha disminuido.</i>	
	No tengo tan buen apetito como antes.	
	Ahora tengo mucho menos apetito.	
	He perdido completamente el apetito.	
19	<i>Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.</i>	
	He perdido más de 2 kilos y medio.	
	He perdido más de 4 kilos.	
	He perdido más de 7 kilos.	
	Estoy a dieta para adelgazar	
20	<i>No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.</i>	
	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.	
	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.	
	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	
21	<i>No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</i>	
	Estoy menos interesado por el sexo que antes.	
	Estoy mucho menos interesado por el sexo.	
	He perdido totalmente mi interés por el sexo.	

Interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Para fines del estudio

0-20..... Depresión leve

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación titulada: Calidad de vida relacionada a la salud del paciente con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica – 2022, que tiene como objetivo Determinar el nivel de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de las encuestas. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación y sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar en la Investigación: -----

FIRMA