



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

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



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"



ESCUELA DE POSGRADO

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

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

“FUNCIÓN VISUAL Y CALIDAD DE VIDA POSTERIOR A CIRUGÍA DE CATARATA EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ” – LIMA, 2018”

Presentado por:

TELLO ARQUÍNEGO JOHANS NEIL

De la **MAESTRÍA EN MEDICINA HUMANA** mención **GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**.

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 10%.

Para dar fe, se adjunta al presente el reporte de similitud de las bases de datos de iThenticate. En Ica 17 de diciembre de 2024

Atentamente

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. MARIO GUSTAVO REYES MEJÍA
DIRECTOR

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACION

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRIA: MEDICINA HUMANA

Mención: Gestión de Servicios de Salud



TESIS

**“FUNCIÓN VISUAL Y CALIDAD DE VIDA POSTERIOR A CIRUGÍA DE
CATARATA EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ” –
LIMA, 2018”**

Línea de Investigación:

Salud Pública y Conservación del medio ambiente.

PRESENTADA POR:

Tello Arquíñego Johans Neil

GRADO A OBTENER: MAESTRO

ASESOR:

Dr. NARCISO EUSEBIO ALIAGA GUILLÉN

Ica – Perú

2025

Dedicatoria

Mi gratitud especial a Dios por ser guía en el día a día en mi vida; y, darme la fortaleza necesaria para culminar mis estudios en la maestría en Medicina Humana con mención en Gestión de los servicios de salud.

A mi familia, quienes me han brindado todo lo necesario para afrontar y sobrellevar el desafío como estudiante de la maestría en Medicina Humana.

De manera muy especial, a los docentes de esta institución por brindarme su apoyo y su tiempo en la dirección del desarrollo profesional.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, por brindarme sus instalaciones para conseguir el grado de maestro en Medicina Humana con mención en Gestión de los servicios de salud.

A mi Asesor quien con sus conocimientos y consejos metodológicos y temáticos fueron una guía importante durante la etapa de mi investigación.

A mis padres, por su incondicional apoyo durante toda mi vida de carrera profesional y más aún en el largo camino de mi vida personal con altos y bajos, pero siempre apoyándome emocionalmente.

Gracias por todo lo que me han brindado

Índice

Índice de contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice.....	iv
Índice de contenido	iv
Índice de tablas.	vi
Índice de figuras.....	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción.....	10
II. Estrategia metodológica.	23
2.1. Tipo, nivel y diseño de investigación.	23
2.1.1. Tipo de investigación.....	23
2.1.2. Nivel de investigación	23
2.1.3. Diseño de investigación	23
2.2. Población y muestra materia de investigación.	24
2.2.1. Población:	24
2.2.2. Muestra:	24
2.3. Variables de estudio.....	25
2.4. Técnicas de recolección de datos.....	25
III. Resultados.....	29
IV. Discusión.	38
V. Conclusiones.....	40
VI. Recomendaciones.....	41
VII. Referencias bibliográficas.....	42
VIII. Anexos.....	50
8.1.1. Instrumentos de recolección de información.	50

8.1.2. Asentimiento Informado.....	52
8.1.3. Operacionalización de variables.....	53
8.1.4. Matriz de consistencia.....	55

Índice de tablas.

Tabla 01. Distribución estadística de la variable género	29
Tabla 02. Distribución estadística de la variable edad agrupada	30
Tabla 03. Distribución estadística de la variable Agudeza Visual (preoperatorio).....	33
Tabla 04. Distribución estadística de la variable Agudeza Visual (posoperatorio)	34
Tabla 05. Distribución estadística de la variable Función Visual (preoperatorio).....	333
Tabla 06. Distribución estadística de la variable Función Visual (posoperatorio)	34
Tabla 07. Distribución estadística de la variable Calidad de Vida (preoperatorio)	355
Tabla 08. Distribución estadística de la variable Calidad de Vida (posoperatorio)	366
Tabla 09. Estadística de fiabilidad	377

Índice de figuras.

Gráfico 01. Representación gráfica de la variable género.....	29
Gráfico 02. Representación gráfica de la variable edad agrupada.....	30
Gráfico 03. Distribución estadística de la variable Agudeza Visual (preoperatorio).....	33
Gráfico 04. Distribución estadística de la variable Agudeza Visual (posoperatorio)	34
Gráfico 05. Representación gráfica de la variable Función Visual (Preoperatorio)	33
Gráfico 06. Representación gráfica de la variable Función Visual (posoperatorio)	34
Gráfico 07. Representación gráfica de la variable Calidad de Vida (preoperatorio)	35
Gráfico 08. Representación gráfica de la variable Calidad de Vida (posoperatorio).....	36

Resumen

El presente estudio tuvo como **objetivo** determinar cuál es la percepción de la función visual y la calidad de vida en el adulto mayor sometido a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo y diseño no experimental, cuya población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes adultos mayores que fueron operados de cirugía de cataratas; como instrumento de recolección de datos se utilizó el índice de Función Visual y Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada a la Visión - VisQol-15. **Resultados:** El análisis muestra que el 65.06% representa el género masculino, mientras que el 34.94% representa al género femenino, 61.45% tienen entre 60 – 70 años de edad; el 25.30% tienen entre 71 – 80 años de edad y el 13.25% tienen más de 81 años. Asimismo, el estudio muestra que del análisis preoperatorio el 54.22% tienen una función visual moderada; el 24.10% tienen una mala función visual; y el 21.69% tienen una buena función visual; y, con respecto al análisis preoperatorio de la calidad de vida, el 60.24% tienen una incapacidad severa. **Conclusiones:** el estudio nos permite determinar que la Percepción de la función visual y calidad de vida posterior a cirugía de catarata en adultos mayores en el ‘Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz’, Lima – Perú, durante el segundo trimestre del año 2018, mejoran en su totalidad, existiendo una confiabilidad aceptable de correlación con un 0.897 de Alfa de Cronbach.

Palabras clave: función visual, calidad de vida, cirugía de catarata, adultos mayores.

Abstract

The **objective** of this study was to determine the perception of visual function and quality of life in the elderly subjected to cataract surgery at the "Luis N. Sáenz" PNP Hospital Complex during the second quarter of 2018. **Material and Methods:** Descriptive, cross-sectional, retrospective study and non-experimental design, whose study population was made up of all older adult patients who underwent cataract surgery; The Visual Function Index and Vision-Related Quality of Life Questionnaire - VisQoI-15 were used as a data collection instrument. **Results:** The analysis shows that 65.06% represents the male gender, while 34.94% represents the female gender, 61.45% are between 60 - 70 years of age; 25.30% are between 71 - 80 years of age and 13.25% are over 81 years of age. Likewise, the study shows that from the preoperative analysis, 54.22% have a moderate visual function; 24.10% have poor visual function; and 21.69% have a good visual function; and, regarding the preoperative analysis of quality of life, 60.24% have a severe disability. **Conclusions:** the study allows us to determine that the Perception of visual function and quality of life after cataract surgery in older adults at the 'PNP Luis N. Sáenz Hospital Complex', Lima - Peru, during the second quarter of 2018, they improve in their entirety, there being an acceptable reliability of correlation with a 0.897 Cronbach's Alpha.

Keywords: visual function, quality of life, cataract surgery, older adults.

I. Introducción.

Actualmente, una de las afecciones que causa más ceguera a nivel mundial es la catarata ocular, glaucomas y todo error refractivo; de estas, las cataratas son consideradas como una de las principales causas de ceguera reversible, siendo los países subdesarrollados los más afectados ^(1,2,3).

Las cataratas son las opacidades del cristalino, que van a hacer que se degenere la calidad a nivel óptico, existiendo múltiples factores de riesgo para su aparición, como enfermedades sistémicas, tabaquismo, trauma ocular, factores hereditarios y, el principal, el envejecimiento ^(4,5,6).

En el Perú, la prevalencia es de 2,2% en mayores de 50 años, y es por ello, que a causa de las cifras que se han observado tanto nacional y mundial, han ido elaborándose diversos programas para combatir esta entidad ^(1,7,8).

El tratamiento más indicado, cuando produce disminución visual importante, es el quirúrgico, en sus diferentes técnicas, el que está sugerido en pacientes diagnosticados que presenten un déficit en la función visual libres de otras patologías oculares de fondo ^(9,10).

Se han ejecutado diversas investigaciones en personas a las que se les ha sometido a una intervención quirúrgica de cataratas y cómo se relacionan con su calidad de vida posteriormente a la intervención. Sin embargo, tanto en Latinoamérica como en el Perú ha existido un vacío en cuanto a investigaciones de este tipo; uno de los objetivos de esta investigación es determinar esta variación de las funciones visuales y su impacto en la calidad de vida de las personas pertenecientes al seguro de la Policía Nacional del Perú para así poder masificar la atención de la población afectada ^(1,11).

Por otro lado, la cirugía de cataratas es una intervención en la cual realizamos la extracción del cristalino que ha perdido su transparencia, para que sea reemplazado por un lente intraocular, en la actualidad es un procedimiento ambulatorio, lo que significa un adelanto en cuanto a las técnicas operatorias, ya que anteriormente los pacientes que se sometían a esta intervención podían permanecer hasta siete días hospitalizados, aumentando así, el riesgo de infecciones intrahospitalarias. La cirugía se realiza con anestesia local, no con anestesia general como se hacía en antaño, ya que esto obligaba al médico a que el paciente deba quedarse en el nosocomio para su observación y

recuperación, lo cual en nuestros días ya no es necesario, incluso, dependiendo de la técnica que se vaya a realizar, puede usarse solo anestésico tópico en gotas, todos estos procedimientos con el objetivo de bloquear el dolor para realizar sin inconvenientes la cirugía ^(12,34,35).

Las técnicas más usadas en la actualidad son: la facoemulsificación, la extracción extracapsular de cristalino y la intervención quirúrgica de catarata con incisión mínima. La facoemulsificación es un procedimiento en el cual los médicos usan un instrumento que va producir ondas sonoras, las cuales van a deshacer las cataratas en pequeños fragmentos, ayudado de manera mecánica con un instrumento en la otra mano, luego estos se extraen por medio de succión los restos nucleares de la catarata y posteriormente se aspiran los restos corticales hasta dejar libre de restos cristalinos el saco capsular; esta cirugía se realiza con micro incisiones autosellantes a nivel de la córnea o del limbo esclerocorneal, por donde se inserta un lente intraocular plegable que se expande en el interior del saco capsular, no siendo necesarias las suturas al final de la operación, la mejora visual se puede apreciar en algunos casos desde las dos horas de la intervención ^(1,36,37).

La extracción extracapsular de cristalino es la técnica pionera en este procedimiento, se realiza mediante un corte esclerocorneal de aproximadamente 90 a 100 grados periféricos al limbo corneal, que son equivalentes a una herida corneal de 8 a 10 mm aproximadamente, el siguiente paso es el de realizar una apertura de la cápsula anterior del cristalino en sus 360 grados, se continúa con la extracción del núcleo del cristalino entero por medio de una maniobra de “presión y contrapresión escleral”, luego se procede a la aspiración de los restos corticales sobrantes para dejar limpio el saco capsular, acto seguido se procede a la colocación de un lente intraocular rígido, el cual ingresa por el corte escleral, para a continuación realizar la sutura de la herida escleral con puntos no absorbibles, los cuales pueden llevar a la aparición de un astigmatismo corneal que debe ser manejado en los primeros días de la etapa post operatoria, ya sea mediante el retiro de dichos puntos de acuerdo al eje del astigmatismo que produzcan, o mediante la confección de lentes externos que serán de uso permanente, esto ya al alta del paciente ^(9,31,38).

La intervención quirúrgica de catarata con una incisión mínima es una de las técnicas con la que se obtienen grandes resultados como los de la facoemulsificación, pero con un costo muy bajo, ya que no se utiliza ninguna máquina al ser una cirugía manual. Esta es una característica muy importante, ya que, al existir una diferencia abismal en cuanto

a costos, y al obtenerse un resultado tan similar en el post operatorio, la cirugía manual de catarata de incisión pequeña es la indicada para realizar los procedimientos quirúrgicos de manera masiva, como, por ejemplo, en campañas quirúrgicas. Para desarrollar esta técnica quirúrgica, se debe de realizar un túnel esclerocorneal con una incisión máxima de 5,5 mm en línea recta o en sonrisa invertida, de manera tal que ésta sea autosellable y no necesite de suturas para el cierre, seguidamente se efectuará la apertura de la cápsula anterior del cristalino con una maniobra llamada capsulorrexis circular continua, la cual le dará mucha estabilidad a la cápsula anterior y permitirá la luxación del núcleo del cristalino de cámara posterior hacia cámara anterior, para así llevar a cabo la extracción del núcleo del cristalino por el túnel esclerocorneal previamente diseñado, a continuación se ejecutará la aspiración de los restos corticales, y al encontrarse libre el saco capsular, se realizará el implante del lente intraocular en saco capsular. La recuperación visual se evidencia desde el día siguiente, sin que se produzcan alteraciones importantes en cuanto al astigmatismo corneal, ya que, al no realizar ninguna sutura, no se produce deformación de la curvatura corneal, brindándonos un resultado muy similar al de la facoemulsificación ^(5,18,39).

En todos los casos, la cirugía manual dura menos de una hora, siendo la cirugía manual extracapsular la que más tiempo lleva en realizarse, esto debido a la sutura corneal que debe efectuarse, desarrollándose en un tiempo estimado de 30 a 60 minutos, esto dependiendo de la pericia del cirujano; luego presenciamos un promedio de 15 a 20 minutos para la realización de la cirugía manual de catarata de incisión pequeña, ya que su túnel esclerocorneal es autosellable; y por último, teniendo un tiempo mucho menor, la cirugía mediante la facoemulsificación, la cual oscila en promedio entre 5 a 10 minutos de duración. Si el paciente tiene cataratas en ambos ojos, la cirugía del segundo ojo puede llevarse a cabo en el mismo acto quirúrgico, si es que el paciente no presenta ninguna comorbilidad, si no, se puede efectuar luego de una o dos semanas, esto claro, dependiendo del estado general del paciente, de las características intraoperatorias observadas por el cirujano, del criterio médico y de la evolución del paciente ^(6,31,40).

La función visual es el proceso mediante el cual se va a interpretar o discriminar cada estímulo externo visual, que se van a relacionar con los conocimientos previos y el estado emocional de los individuos. Es la capacidad de interpretación de información y el entorno de todo efecto de la luz visible (efectos ópticos) que van a llegar a los globos oculares. Esta percepción se conoce como la visión. Cada componente fisiológico involucrado en ella en conjunto se va a conocer como el sistema visual y va ser la base de varias investigaciones en el campo de la psicología, ciencias cognitivas, neurociencia

y biología molecular. La percepción visual es uno de los procesos activos con los que el cerebro va lograr la transformación de la información lumínica que han captado los ojos en una recreación de la realidad externa. Clásicamente, podemos cuantificar la función visual mediante la toma de la agudeza visual, la cual se debe de realizar en un ambiente idóneo, con buena iluminación ambiente y con el Test de Snellen, que es una cartilla que va colocarse a seis metros o veinte pies de separación del paciente, esta cartilla contiene letras que irán disminuyendo de tamaño de arriba hacia abajo o viceversa, lo cual nos permitirá saber cuál es la distancia que logra observar el paciente en comparación con una persona emélope, que es una persona que no tiene defectos de refracción, o sea, que cuenta con una visión ideal. Esta evaluación se efectuará primero en un ojo y a continuación el otro, sin aplastar el párpado del ojo no evaluado, ya que le produciría visión borrosa cuando sea el momento de examinar ese ojo; en el caso de niños y personas iletradas, la cartilla de Snellen cuenta con diferentes variantes, tales como el optotipo o cartilla de las letras “E”, en la cual el paciente nos irá indicando hacia dónde se dirige dicha letra, ya que ésta estará rotando de manera aleatoria a medida que va disminuyendo de tamaño, o también se le ofrecerá al paciente una cartilla con imágenes clásicas de objetos para que los pueda reconocer e indicarnos el nombre, y así nosotros podamos determinar su agudeza visual ^(1,8,32,46,47).

“La calidad de vida es el bienestar general de los individuos y las sociedades, delineando las características positivas y negativas de la vida”. “Se observa la satisfacción en la vida, incluyendo todos los ámbitos de salud física, familia, educación, empleo, riqueza, creencias religiosas, finanzas y medio ambiente”. Esta definición ha ido siendo profundizada durante el final del siglo pasado, con la creación de la “Declaración de los Derechos Humanos”, siendo así que, antes de estos, no se conocía mucho el término, y su definición era muy ambigua y sobre todo, dependía demasiado de la parte socio-económica en la cual se encontrase la persona evaluada, no existían parámetros comunes para la determinación del mismo, por lo que, se inició la creación de diversas herramientas para su medición, creando así un boom en cuanto a su difusión a nivel mundial, llegando a ser, la calidad de vida, una de las variantes más estudiadas a la fecha, obteniendo mucha importancia sobre todo, debido al incremento de la expectativa de vida en los seres humanos a nivel mundial, debido al efecto de la globalización. Todos estos eventos hicieron posible que, en nuestros días, existan parámetros más uniformes para la medición de esta variable, y consecuentemente, poder tomar cada medida necesaria, según el resultado obtenido mediante las diferentes herramientas validadas, para que la población en general, sin que importe su ubicación geográfica, situación socio-económica o grupo etario, goce de una calidad de vida óptima ^(1,32,48,49).

La calidad de vida en relación con la salud visual se evalúa en dos partes, la parte objetiva, en la cual se valorará a cada individuo respecto a su estado funcional, y la parte subjetiva, en la cual debemos de reconocer la sensación de bienestar y cuál es el sentimiento de salud en nuestros participantes. La visión es un parámetro fundamental para poder tener una buena calidad de vida, ya que influye en demasía en la independencia de la persona, permitiendo que un individuo realice actividades del día a día sin la ayuda o necesidad de otra persona, efectuando actividades tan básicas como desplazarse dentro de su vivienda, el aseo e higiene personal, la alimentación, tanto en la preparación como durante el consumo, para la recreación, ya sea en exteriores como en interiores del hogar, pudiendo desplazarse por sí solos, o mediante la lectura recreativa, o simplemente visualizando programas en el televisor, películas en el cine u obras en el teatro, hasta la participación en ciertas actividades lúdicas tanto en el interior como el exterior de su vivienda. Para ello se han ido desarrollando múltiples herramientas, sobre todo desde 1959, cuando la Organización Mundial de la Salud consideró que, en el adulto mayor, la calidad de vida debe de ser medida en términos de funcionalidad durante sus actividades de la vida diaria, pudiendo ser estas de tipo básicas, instrumentadas o avanzadas. Llevando esto a la realización de diferentes instrumentos de evaluación, siendo de los más destacados, el Cuestionario de Calidad de Vida Relativa a la Visión VisQol-15 y el Índice de Katz. ^(33,41,42,43,44,45).

Ante los párrafos precedentes, esta investigación tuvo como objetivo de estudio, determinar cuál es la percepción de la función visual y la calidad de vida en el adulto mayor sometido a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018.

1.1. Descripción de la situación problemática

Las cataratas son las opacidades parciales o totales en la zona del cristalino, y es considerada como una de las principales causas de ceguera que se puede evitar, y que puede ser reversible globalmente. Estas opacidades van a provocar que la luz dentro del ojo se llegue a dispersar y no llegue a enfocarse en la retina, más específicamente, en la mácula, creando de esta manera imágenes difusas y reducción de la agudeza visual. Dentro de los principales factores de riesgo para la manifestación de cataratas se encuentran los traumatismos oculares, tabaquismo, alguna enfermedad sistémica como la “diabetes mellitus” y la luz ultravioleta, siendo el principal factor de riesgo, y el único irreversible, la edad^(4,12,13).

Aproximadamente hay ciento ochenta millones de habitantes a nivel mundial con algún problema visual, entre cuarenta y cuarenta y cinco millones se encuentran en situación de ceguera, o sea que por definición no pueden “desplazarse por sí solas” y necesitan una asistencia familiar y social permanente^(14,15,16).

La pérdida visual produce enormes padecimientos en las personas afectadas y su entorno a nivel de la familia; asimismo va a representar uno de los problemas más importantes de salud pública, social y económica, principalmente en los países subdesarrollados, en los cuales se encuentran nueve de cada diez personas ciegas a nivel mundial; es así que, cerca del sesenta por ciento de estas personas residen en África Sub – sahariana, China e India. Además, se sabe también que de este 90% de personas ciegas a nivel mundial, más del 80% de ellas, sobrepasan los 50 años de edad^(9,17,18).

En nuestro país, las cataratas van a ser la causa de la ceguera de un aproximado del 45% de ellas; otra cifra muestra un porcentaje más elevado, cerca del 56% a nivel nacional y de 31% en las zonas marginales de Lima. El 83% de estas cataratas son a causa de la vejez y en menor número están las producidas por trauma e inflamación ocular y las congénitas^(19,20,21).

Por ende, es sumamente importante, determinar de qué manera va a influir en la calidad de vida de las personas la intervención quirúrgica de esta patología, para así poder realizarla masivamente ayudando a una mayor cantidad de pacientes^(9,22,23).

Esta investigación pone en discusión las variables de estudio como la función visual y la calidad de vida posterior a cirugía de catarata de los adultos mayores atendidos en complejo

hospitalario PNP Luis N. Sáenz, Lima; durante el segundo trimestre del año 2018. Por ello, se realizó la siguiente formulación del problema:

¿Cuál es la percepción de la función visual y la calidad de vida en el adulto mayor sometido a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018?

Por otro lado, se realizó la búsqueda de antecedentes de investigación en el ámbito internacional encontramos que, **Díaz F. en el 2013**, realizó una investigación en la Universidad de Murcia, “Calidad de vida relacionada con la visión, utilidades en salud y efectividad de la facoemulsificación en el paciente con cataratas”, la llevó a cabo para estudiar cada limitación en la calidad de vida que derivaban tras los diagnósticos de cataratas y establecer cada nivel de la calidad de vida que se relacione con la vista, su grado de agudeza, la utilidad de esta en nuestra salud y qué tan efectiva es la facoemulsificación en estas personas. Se elaboró una combinación de la investigación cualitativa y la epidemiológica, haciéndose uso de un diseño preexperimental, pre y post quirúrgico en doscientos una persona. Se concluyó que, la facoemulsificación tiene una utilidad promedio de 0.36. y que con esta van a mejorar, tomando en cuenta la situación basal, la agudeza visual y la calidad de vida a nivel global ⁽⁴⁾.

Asimismo, **Zhu B. en el 2017**, condujo el estudio “Vision – related quality of life and visual outcomes from cataract surgery in patients with visión threatening diabetic retinopathy”, realizando un trabajo prospectivo observacional, en el cual examinó el beneficio de las cirugías de cataratas en la agudeza visual y su relación con la calidad de vida en pacientes con retinopatía diabética con tratamiento visual estabilizado. Como parte de la muestra, fueron 126 pacientes (153 ojos) operados de cataratas a quienes se les realizó un cuestionario modificado antes de las intervenciones. Tres meses posteriores a la facoemulsificación, se observó una mejora estadísticamente significativa en todos los participantes, en todas las escalas, que fueron: visión general, movilidad, psicológico y lectura. Tanto la agudeza visual como visión relacionada a la calidad de vida de cada paciente diabético mejoró significativamente posterior a la intervención quirúrgica de catarata. Concluyendo que la facoemulsificación es una intervención efectiva para pacientes con tratamiento estable de retinopatía diabética ⁽²⁴⁾.

Por otro lado, **Vargas I. en el 2014**, efectuó en Salamanca, la investigación “Calidad de vida relacionada con salud y redes de apoyo social en adultos mayores chilenos”, siendo un estudio que buscaba percibir la calidad de vida en relación con la salud y el apoyo social en personas con más de 60 años de zonas rurales y estratos socioeconómicos bajos, que viven al sur de Chile. La metodología usada fue mixta y concurrente. En la etapa cualitativa

fueron partícipes 220 personas mayores a las que se les aplicaron unas encuestas con información sociodemográfica, económica y la escala SF-36. El principal hallazgo indicó que la percepción de la calidad en los dos colectivos era inferior al promedio español en cada dimensión del cuestionario S.F-36, excepto el de la salud en general. Respecto al apoyo social, ratificó a las familias como uno de los principales apoyos de tipo social ante la enfermedad, dificultad económica o emocional. En términos generales, la percepción de la salud en cada colectivo fue concebida como una carencia de enfermedades y fue interpretada desde un sustrato cultural, en donde las enfermedades para los no indígenas se concibieron como hechos individuales y biológicos originadas por algún factor biológico, emocional, estilo de vida o alguna situación vivida. A diferencia de los indígenas que la concibieron como hechos colectivos, que se originaron a cusa de un desequilibrio con uno mismo, los demás y el entorno⁽²⁵⁾.

Además, **Teyssier M. en el 2015**, produjo en Santiago de Compostela, el trabajo “Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla, México”, se hizo el “estudio de la relación entre la calidad de vida y cada variable sociodemográfica, de funcionalidad, de estados emocionales y de apoyo social”. Fueron evaluados 401 pacientes. Usó como instrumentos el C.A.S.P-12 para la calidad de vida, las “escalas de actividades instrumentales de la vida diaria Lawton y Brody”, para las funcionalidades, “la escala de depresión geriátrica de Yesevage” y los “cuestionarios de Tardy para la relación y apoyo social”. El resultado estadístico indica una media de edades entre los sesenta y seis y setenta y seis años. “Alta calidad de vida presente en mujeres de entre los 60 y 65 años (del sur y del norte) y hombres de entre 66 y 70 años (del oriente), seguida de una calidad de vida inferior presente en un hombre de 76 a 80 años y mujeres de 66 a 70 años”. Los análisis simples de correspondencia para una elevada calidad de vida mostraron incidencias en tres aspectos: personas con las que se vive, el estado civil actual y la autonomía actual. “En calidad de vida inferior incide el estado civil, una dependencia regular y cada relación, el apoyo social y un nivel de depresión que sea estable”⁽²⁶⁾.

Es más, **Palma O. en el 2017**, dirigió en Granada, la investigación “Ocupaciones significativas en el adulto mayor y su relación con la calidad de vida. Estudio cualitativo en población de la región de Magallanes y Antártica chilena”, buscó conocer cada factor que podía incidir en la percepción de bienestar de los ancianos, para lo cual usó la escala de bienestar de Ryff a una muestra de 101 pacientes con edades comprendidas entre los sesenta y ochenta y nueve años de edad de las regiones mencionadas. Hallándose mayormente una percepción positiva de bienestar, la cual fue mayor en todo aquel que fue partícipe en alguna organización. Se destaca que esa percepción de bienestar es positiva, aún haya alguna enfermedad de por medio. De los diferentes análisis que se llevaron a cabo

se observó que los que tenían un puntaje alto estaban asociados a la participación en alguna ocupación significativa y social. Sin embargo, se resalta la capacidad de reinversión al construir una nueva imagen ocupacional, aumentando la percepción de bienestar en el adulto mayor⁽²⁷⁾.

Asimismo, **nivel nacional, Pasco C. en el 2017**, condujo en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, el trabajo “Calidad de vida del paciente con glaucoma de acuerdo a su grado de severidad, atendido en el servicio de oftalmología – Hospital Regional Lambayeque”, llevando a cabo un “estudio cuantitativo, con diseño descriptivo no experimental”. La muestra fue de cien individuos. El instrumento para recolectar la información fue el cuestionario GQL-15. Concluyendo que el 66% manifiesta un grado leve de severidad y 27% un grado de severidad moderada, esto va a hacer que la percepción de la reducción de la calidad de vida aumente; de igual forma, el 64% manifiesta una disminución leve y 35% una disminución considerable de la visión central y cercana, en la que cada una de las actividades de los quehaceres diarios se abandonan; también se concluyó que el glaucoma comienza afectando la zona periférica, en la que el cincuenta y dos por ciento manifiesta una reducción leve y veinte por ciento una disminución moderada; por otra parte la adaptación a lugares oscuros y a los deslumbramientos disminuyen en 57% de forma leve y 31% de forma moderada, las personas siempre manifiestan alguna dificultad en sus quehaceres diarios⁽¹⁹⁾.

A diferencia de **Aguirre P. en el 2018**, que en su investigación “Impacto en la calidad de vida de personas post operadas de catarata a través de la técnica de incisión mínima” llevada a cabo en la “Universidad Privada Antenor Orrego”, llevando a cabo un “trabajo de tipo observacional, longitudinal, analítico y prospectivo”. La muestra la formaron treinta y siete individuos que cumplían con cada criterio de selección. En estas personas fue aplicada una encuesta que se validó sobre calidad de vida antes y a los noventa días posteriores a la intervención quirúrgica. Al realizar la comparación de los promedios de los scores en las encuestas de calidad de vida, obteniéndose en el postoperatorio una alta significancia. También, respecto a la agudeza hubo una pequeña mejora entre la etapa pre y postoperatoria, con $p=0,001$, de gran significancia. Se concluyó que las personas a las que se les sometió a una intervención quirúrgica de catarata con incisión pequeña, presentan una calidad de vida mejor, aparte de que su agudeza visual mejoró de cierta forma⁽⁹⁾.

Entre tanto, **Pérez M. en el 2020**, efectuó en la “Universidad Peruana Cayetano Heredia”, el trabajo “Efectividad de la técnica manual con incisión pequeña en la cirugía moderna de catarata en un establecimiento de salud privado del Perú”, analizando qué tan efectiva era esta técnica respecto a la agudeza visual, astigmatismo post operatorio, alguna

complicación peri operatoria y la mejora de la calidad de vida de los individuos respecto a la visión. Fue una “Investigación observacional, transversal, analítica, de cohorte retrospectivo en pacientes operados de catarata con la técnica mencionada”. Con una muestra de 591 pacientes, la media fue de 75 años. Llegando a la conclusión de que la agudeza visual sin ser corregida fue óptima en más del ochenta y cinco por ciento de situaciones, con astigmatismo inducido inferior a una dioptría. Se presentó al menos una complicación intra operatoria solo en casi ocho por cientos de situaciones y postoperatorias en 6.45%. La calidad de vida respecto a la visión un mes después fue óptima en 41.25% y muy buena en 53.71%. En conclusión, la cirugía de incisión pequeña es un procedimiento quirúrgico sencillo, universal, económico y que es muy eficaz, con un bajo porcentaje de problemas posteriores, ideal para los programas masivos de cirugía de catarata ⁽²⁸⁾.

En la investigación realizada por **Tremolada S. en el 2017**, en la “Pontificia Universidad Católica del Perú”, dirigió el trabajo “Calidad de vida y sentido de coherencia en adultos mayores en un centro geriátrico de Lima”, realizando un estudio en 40 personas entre 68 y 92 años, para medir la calidad de vida se hizo uso de los cuestionarios SF-36 y para el sentido de coherencia el SOC-29. A nivel descriptivo se pudo observar que cada participante poseía una buena percepción de su salud, siendo la dimensión de la salud la más alta. Se halló una correlación alta entre las dimensiones “calidad de vida” y “sentido de coherencia”, y correlación media entre la dimensión de salud general, funciones físicas, roles físicos y los componentes. Además, se encontró más de una diferencia en la calidad de vida que dependía del género, presencia de enfermedades crónicas, grado de instrucción, actividad en el exterior del hogar y la física ⁽²⁹⁾.

Asimismo, **Manrique B. en el 2014**, donde realizó en “la Pontificia Universidad Católica del Perú”, la investigación titulada “Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana”, usando el cuestionario S.F-36 v. esp y la “escala de esperanza de Herth”, con una muestra de cuarenta y ocho individuos cuya edad oscilaban entre los sesenta y cinco y ochenta y cinco años. “El resultado indica qué hay una mayor calidad de vida en el aspecto mental y se van a hallar una al menos una diferencia significativa según el sexo, la edad, la categoría económica, la tenencia de pareja y el tiempo de permanencia en el albergue”. “Asimismo, resulta que el soporte optimista – espiritual es el factor de esperanza más alto, en tanto la desesperanza es el más bajo”. Por otra parte, se han hallado relaciones de gran significancia entre el factor de la esperanza y la dimensión de la calidad de vida que se relaciona a la salud, sobre todo con el componente mental ⁽³⁰⁾.

Por otro lado, a **nivel regional o local, Luján S. en el 2014**, realizó en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, la investigación “Variación de la función visual y calidad de vida en pacientes con cataratas antes y después de la facoemulsificación con colocación de lente intraocular en Lima – Perú”, siendo éste un estudio observacional, analítico, prospectivo y longitudinal en pacientes mayores de 50 años. Como muestra se usaron a 70 pacientes, se evaluó la variación de la función visual con el VFQ-25 y la calidad de la vida con el QOL.Q antes de la intervención quirúrgica y luego de 3 meses. Se evidenció una variación favorable de función visual en las subescalas de salud general, visión general, visión de cerca, visión de lejos y visión periférica. La calidad de vida medida con el QOL.Q y la medida de la agudeza visual presentaron aumentos favorables también. Concluyó que los pacientes presentaron respuesta favorable a la intervención, a nivel clínico, observando un incremento de la agudeza visual, como en la función visual y la calidad de vida ⁽¹⁾.

El presente trabajo tiene una justificación teórica porque radica en poder observar la percepción de la función visual y la calidad de vida en los adultos mayores que han sido sometidos a una cirugía de cataratas, lo que nos permitió conocer la importancia de reconocer ciertos signos que merman la función visual del paciente con catarata en estadíos tempranos, para así poder determinar el momento preciso de una resolución quirúrgica de la patología, no permitiendo que esta impacte en la calidad de vida de los usuarios. También posee una justificación práctica de estudio debido a que, el médico logró tomar conciencia de aquellos signos que disminuyen la función visual general, que no llegan a tener mucho impacto en la agudeza visual central del paciente, que ya están afectando su calidad de vida, para de esta manera lograr que se diagnostique y trate de forma temprana por parte de esta entidad. Y por último, posee una justificación social dado que, responde a las necesidades sociales presentes en todos los estratos de nuestros pacientes, mostrando cómo la calidad de vida se va ver afectada por una patología reversible, logrando la masificación de la atención, no solo en Lima sino en todas las regiones coberturadas por el seguro policial, y de esta manera podremos brindar la reinserción social e independencia a los pacientes que padecen de cataratas; todo ello nos servirá de modelo para que otros investigadores realicen estudios similares que aborden el mismo problema de investigación.

La presente investigación es importante porque la discapacidad visual es considerada la tercera causa de incapacidad funcional en los ancianos. A su vez, diferentes estudios a nivel mundial y regional coinciden en que la catarata es la causa más frecuente de ceguera prevenible, llegando a representar hasta más del 50% de casos, es por ello que la gran importancia de la presente investigación, radicará en el resultado que se llegará a obtener y en la aplicación que derivará de este ^(50,51).

Al no existir trabajos de esta índole en el Hospital de Policía, la realización de tratamientos quirúrgicos masivos para la recuperación visual de pacientes con catarata no se ha brindado nunca; es por ello que nos motiva el poder desarrollar este trabajo, para que la población afectada pueda recibir la información adecuada y oportuna sobre su estado y también puedan gozar de la terapia quirúrgica correspondiente para su reinserción completa en la sociedad ^(52,53).

Este estudio se realizó, con relación a su alcance, ya que extenderá nuevos senderos para estudios de gran importancia que exponen situaciones semejantes a la que se propone, sirviendo como marco en relación a estas.

Todo ello nos lleva a plantear los siguientes objetivos:

Como objetivo general

- Determinar cuál es la percepción de la función visual y la calidad de vida en el adulto mayor sometido a cirugía de cataratas en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018.

Como objetivos específicos

- Determinar cuál es el efecto de la cirugía de cataratas en la calidad de vida relativa a la visión en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018.
- Determinar cuál es el efecto de la cirugía de cataratas en la agudeza visual en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018.
- Determinar cuál es el efecto de la cirugía de cataratas en la independencia de actividades en la vida diaria en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018
- Determinar cuál es el índice de función visual pre y post quirúrgico en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018.

Este informe final contiene ocho capítulos; en el **primero**, presenta la Introducción, donde encontramos los antecedentes internacionales, nacionales y regionales que han sido tomados en cuenta en la presente investigación. En el **segundo** capítulo describe la estrategia metodológica empleada describiendo el tipo, nivel y diseño de la investigación, la población y la muestra de estudio. En el **tercer** capítulo se exponen los resultados finales obtenidos durante la investigación. En el **cuarto** capítulo su debida interpretación y comparación con otros resultados de investigaciones tomadas como referencia para el presente estudios, que con la estadística se analiza si la hipótesis planteada es aceptada o no. En el **quinto** capítulo se exponen las conclusiones y recomendaciones a la cual se llega con los resultados obtenidos. En el **sexto** capítulo se muestran las recomendaciones. En el **séptimo** capítulo se muestran las referencias bibliográficas que se revisaron en este estudio. En el **último** capítulo se asignan los anexos del presente estudio.

II. Estrategia metodológica.

2.1. Tipo, nivel y diseño de investigación.

2.1.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo no experimental; ya que las variables de estudio no tendrán una intervención del investigador.

Descriptivo, de corte transversal, retrospectivo y tiene un diseño de investigación no experimental.

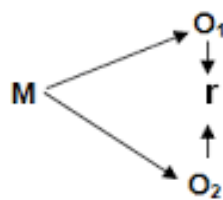
- ✓ Es descriptivo, porque el estudio pretende caracterizar o analizar las cualidades de cada una de las variables de estudio.
- ✓ Es retrospectivo, porque el estudio mostrará una serie de situaciones generadas en el pasado; es decir, se verificarán eventos que ya ocurrieron.
- ✓ De corte transversal, porque el estudio se realizará en un tiempo dado. (segundo trimestre del año 2018)

2.1.2. Nivel de investigación

La investigación tiene un nivel “correlacional”, ya que el investigador busca “determinar la relación entre 2 variables de estudio”, constituyéndose un análisis bivariado que sólo pretende establecer dependencia probabilística entre eventos según el comportamiento de las variables de estudio.

2.1.3. Diseño de investigación

El estudio tiene un diseño “correlacional”, ya que realizará el cruce de la variable independiente “función visual” con la variable dependiente “calidad de vida”, con la finalidad de establecer una relación estadística verificable. Por lo que tiene la siguiente estructura:



En donde:

- ✓ M = Muestra de estudio (pacientes que fueron operados de cirugía de cataratas)
- ✓ O₁ = Variable Independiente (función visual)
- ✓ O₂ = Variable dependiente (calidad de vida)
- ✓ r = Relación entre ambas variables.

2.2. Población y muestra materia de investigación.

2.2.1. Población:

La población de estudio está conformada por todos los pacientes que fueron operados de cirugía de cataratas bilaterales durante el segundo trimestre del año 2018 por el Servicio de Oftalmología del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, que es un hospital de referencia a nivel nacional para la población que cuenta con el seguro de salud policial.

2.2.2. Muestra:

La muestra está conformada por el total de los pacientes atendidos en el Servicio de Oftalmología del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes adultos mayores.
- Pacientes diagnosticados de catarata senil en ambos ojos.
- Pacientes con una agudeza visual mejor corregida $\leq 20/70$.
- Pacientes que respondieron a las preguntas de los cuestionarios antes de la cirugía de catarata y hasta los tres meses del post operatorio, registradas en la Historia Clínica.

- Pacientes que fueron operados de cirugía de catarata con cualquier técnica (extracapsular, incisión pequeña o facoemulsificación) y que se les implantó un lente intraocular en el saco capsular, durante el segundo trimestre del año 2018.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de catarata congénita.
- Pacientes con diagnóstico de catarata traumática.
- Pacientes con oftalmopatías crónicas o agudas que afecten otras estructuras oculares pertenecientes a la vía visual como la córnea, úvea, humor vítreo, retina y el nervio óptico.
- Pacientes que cuenten con alguna alteración visual extra ocular (neurológicas).
- Pacientes que hayan tenido complicaciones intraoperatorias (ruptura capsular anterior, colocación de lente intraocular en sulcus, afaquia quirúrgica, etc.)
- Pacientes que hayan tenido complicaciones post operatorias (edema y descompensación corneal, hipertensión intraocular, etc.)
- Pacientes que no fueron capaces de responder los cuestionarios individualmente (por algún trastorno psiquiátrico existente)
- Pacientes que no registren controles post operatorios hasta los 3 meses en la Historia Clínica.

2.3. Variables de estudio

Variable Independiente

- Función visual.

Variable Dependiente

- Calidad de vida.

2.4. Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos se realizó mediante la revisión de Historias Clínicas, donde figuran las encuestas que fueron aplicadas por el personal técnico en enfermería del Centro Quirúrgico del Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz”, los cuales fueron previamente capacitados. Se realizaron antes de que el paciente ingrese al quirófano y se le administre la anestesia. El tiempo de aplicación del cuestionario varió de 10 a 20 minutos. Se realizó el seguimiento de los pacientes con controles post operatorios de acuerdo a su evolución y al criterio del médico tratante, y luego de 3 meses para realizar

la encuesta post quirúrgica, aplicado en algunos casos por el personal anteriormente citado, algunos por su médico tratante en consultorio y en otros casos por el autor de la investigación. Se recordó a los pacientes por vía telefónica para asistir a la cita post quirúrgica de los 3 meses.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de recojo de datos a utilizar, Se usó el Índice de Función Visual y Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada a la Visión - VisQol-15, que es un instrumento validado por el National Eye Institute, el cual está compuesto por 20 preguntas que explorarán las actividades y situaciones cotidianas de acuerdo a un grado de desempeño de las mismas desde el punto de vista visual.

Se otorga una escala de 0 a 3 para su evaluación, dependiendo del grado de limitación que presente el paciente en la actividad diaria que realice:

- Sin Problemas: 3
- Pequeños Problemas: 2
- Grandes Problemas: 1
- Serios Problemas: 0

Para extrapolar los resultados de 0 a 100, éstos se multiplicarán por 1.67, y así podrán ser divididos en 4 categorías de Calidad Visual Relacionada a la Visión:

- Muy Buena: 76-100
- Buena: 51-75
- Moderada: 25-50
- Mala: 0-24

También se usó el “Cuestionario de Calidad de Vida y Nivel de Independencia para la realización de Actividades de la Vida Diaria -Índice de Katz”, el cual es una herramienta validada, hetero administrada y muy utilizada para poder evaluar el desempeño diario del paciente, basándose en 6 funciones básicas, las cuales tendrán una evaluación dicotómica

(dependiente/ independiente), asignándose 1 punto si el paciente no es capaz de realizar la actividad por sí solo, y 0 puntos, si el paciente puede realizarla sin ayuda, Presentando 8 niveles que serán designados de la A a la H:

- A. “Independiente en todas sus funciones”.
- B. “Independiente en todas las funciones, excepto en una de ellas”.
- C. “Independiente en todas las funciones, excepto al bañarse y cualquier otra”.
- D. “Independiente en todas las funciones, excepto al bañarse, vestirse y cualquier otra”.
- E. “Independiente en todas sus funciones, excepto al bañarse, vestirse, hacer uso del retrete y cualquier otra”.
- F. “Independiente en todas sus funciones, excepto al bañarse, vestirse, hacer uso del retrete y cualquier otra de los 2 restantes”.
- G. “Dependiente en todas sus funciones”.
- H. “Dependiente por lo menos en 2 funciones, pero no es clasificable como C, D, E o F”.

De acuerdo a las respuestas y al puntaje designado, se otorga la clasificación siguiente:

- “Grados A-B o 0-1 puntos: Ausencia de incapacidad o incapacidad leve”.
- “Grados C-D o 2-3 puntos: Incapacidad moderada”.
- “Grados E-G o 4-6 puntos: Incapacidad severa”.

Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos

Técnicas de procesamiento de datos:

Para procesar los datos obtenidos del instrumento de recojo de información, se utilizarán como técnicas las siguientes:

- Ordenamiento y codificación de datos utilizando el Programa Microsoft Excel 2019.
- Tabulación de datos y obtención de frecuencias y porcentajes en Programa Estadístico SPSS Versión 26.

Análisis e interpretación de resultados.

En el análisis e interpretación de resultados, se utilizará primeramente la estadística descriptiva, en donde se obtendrán frecuencias y porcentajes estadísticos según las características de cada una de las variables de estudio. Posteriormente, se evaluarán los resultados obtenidos en ambos cuestionarios desde las Historias Clínicas, luego cuidadosamente serán llevados y recolectados en una planilla de Microsoft Excel 2019, para luego ser exportados al software estadístico SPSS v.26 para su posterior análisis.

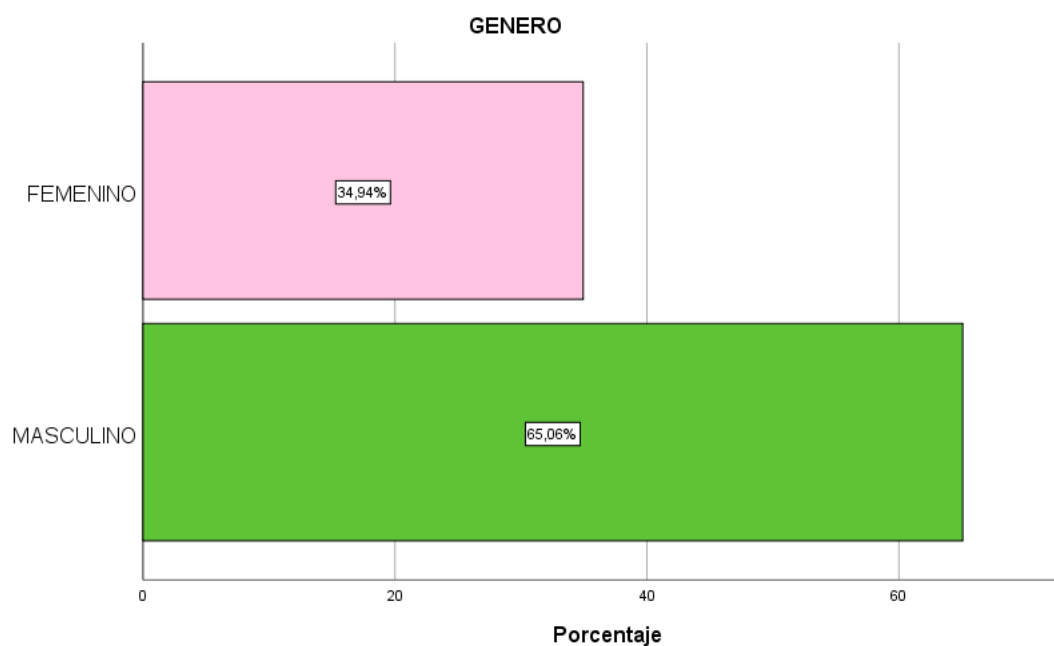
III. Resultados.

Tabla 01. Distribución estadística de la variable género

		GÉNERO			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Masculino	54	65,1	65,1	65,1
	Femenino	29	34,9	34,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia con el software estadístico SPSS v.26 y el software excel 2019

Gráfico 01. Representación gráfica de la variable género



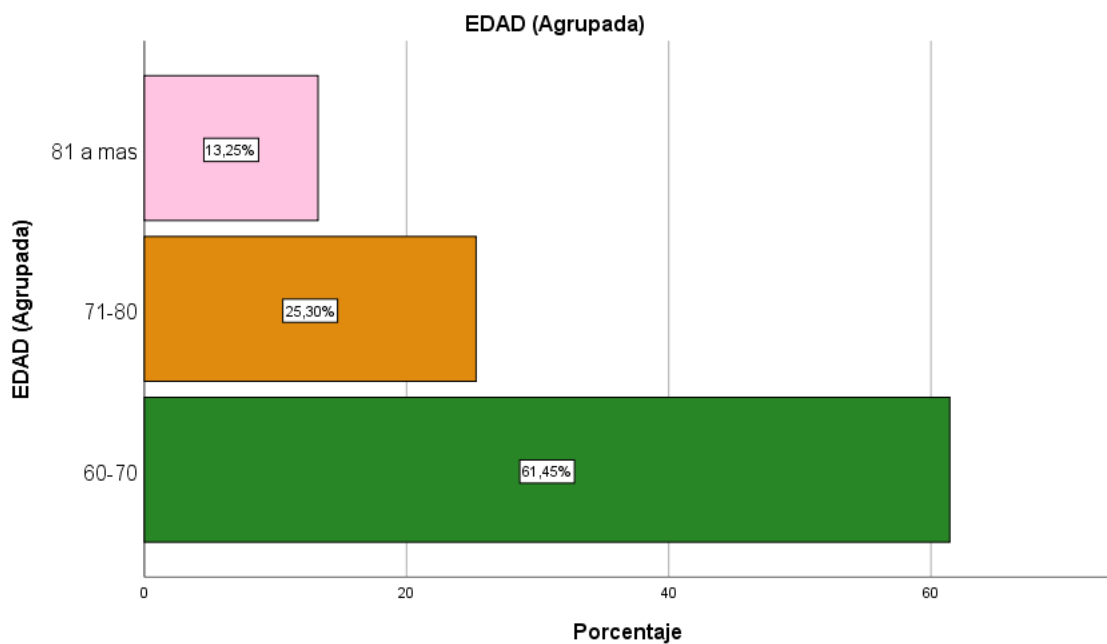
Interpretación: En el gráfico 01 podemos apreciar que del total de los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz; el 65.06% son del género masculino; por otro lado, el 34.94% son del género femenino (véase Tabla N°01)

Tabla 02. Distribución estadística de la variable edad agrupada

		EDAD (Agrupada)			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	60-70	51	61,4	61,4	61,4
	71-80	21	25,3	25,3	86,7
	81 a mas	11	13,3	13,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia con el software estadístico SPSS v.26 y el software excel 2019

Gráfico 02. Representación gráfica de la variable edad agrupada



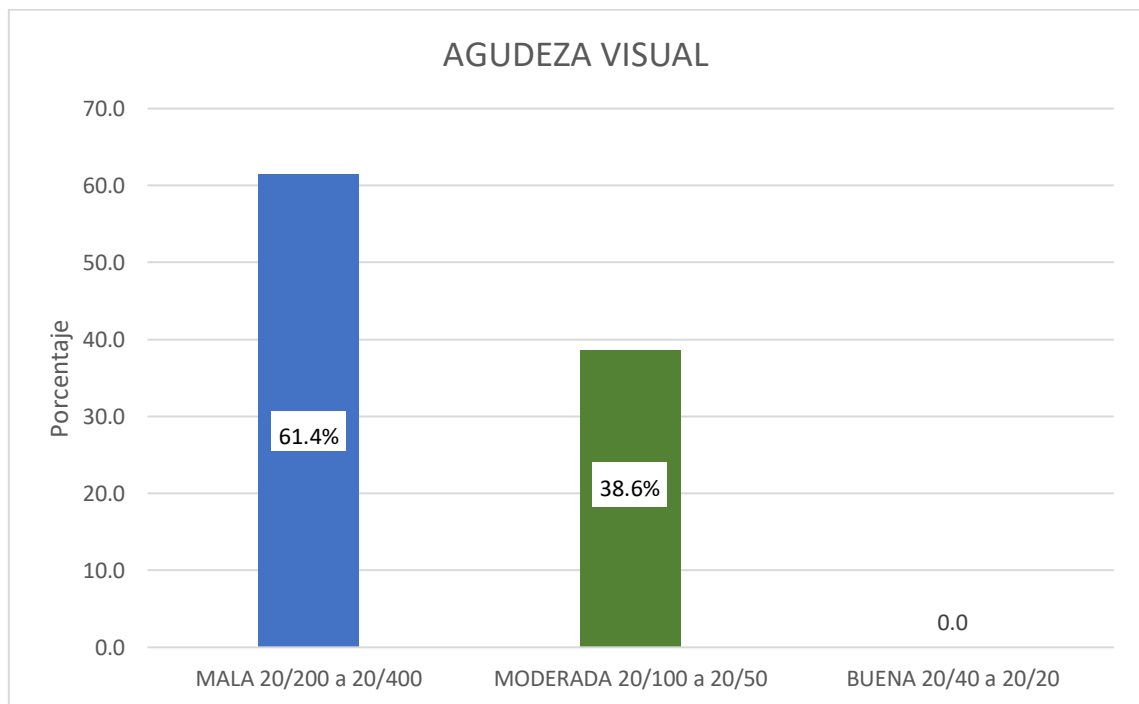
Interpretación: Se observa en el presente gráfico que del total de los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz; el 61.45% tienen entre 60 – 70 años de edad; el 25.30% tienen entre 71 – 80 años de edad y el 13.25% tienen más de 81 años (véase tabla 02).

Tabla 03. Distribución estadística de la variable Agudeza Visual (preoperatorio)

		AGUDEZA VISUAL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MALA 20/200 a 20/400	102	61,4	61,4	61,4
	MODERADA 20/100 a 20/50	64	38,6	38,6	100,0
	BUENA 20/40 a 20/20	0	0	20	100,0
Total: 83 Pacientes, 166 Ojos		166	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia con el software estadístico SPSS v.26 y el software excel 2019

Gráfico 03. Representación gráfica de la variable Agudeza Visual (Preoperatorio)



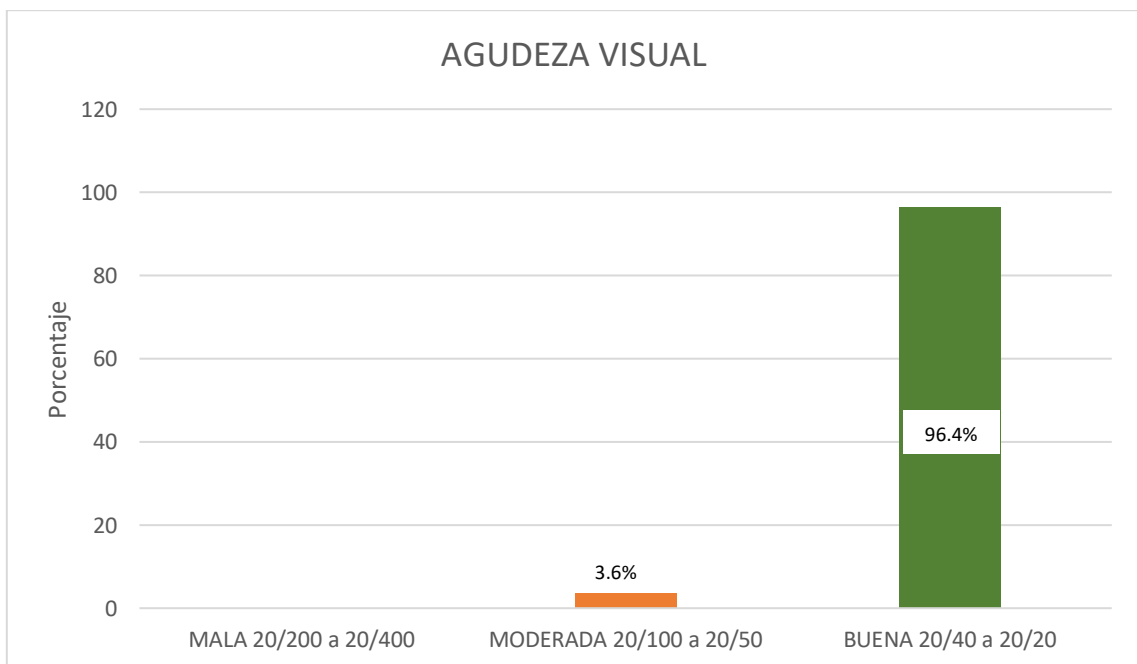
Interpretación: En el presente gráfico podemos apreciar que, del total de los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz; el 61,4% tienen una agudeza visual mala; el 38,6% tienen una agudeza visual moderada; y el 0% tienen una buena agudeza visual. (véase tabla 03)

Tabla 04. Distribución estadística de la variable Agudeza Visual (posoperatorio)

		AGUDEZA VISUAL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MALA 20/200 a 20/400	0	0	0	0
	MODERADA 20/100 a 20/50	6	3,6	3,6	3,6
	BUENA 20/40 a 20/20	160	96,4	96,4	100,0
Total: 83 Pacientes, 166 Ojos		166	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia con el software estadístico SPSS v.26 y el software excel 2019

Gráfico 04. Representación gráfica de la variable Agudeza Visual (posoperatorio)



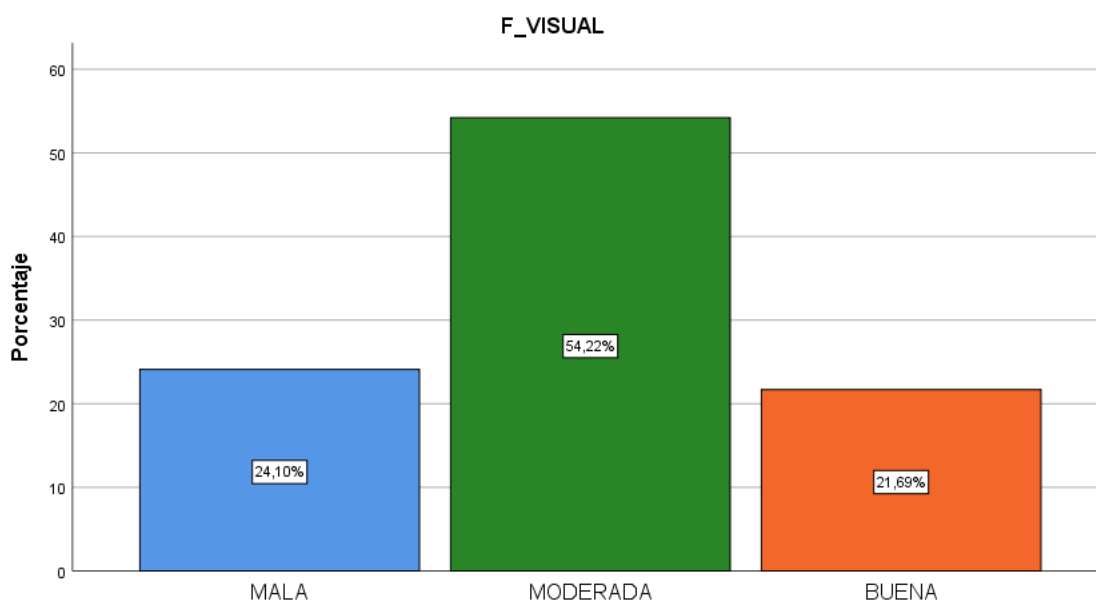
Interpretación: En el presente gráfico podemos apreciar que, luego de la operación de los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz; el 3,6% de ellos llegaron a tener una agudeza visual moderada y el 96,4% tienen una buena agudeza visual (véase tabla 04).

Tabla 05. Distribución estadística de la variable Función Visual (preoperatorio)

		FUNCIÓN VISUAL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MALA	20	24,1	24,1	24,1
	MODERADA	45	54,2	54,2	78,3
	BUENA	18	21,7	21,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia con el software estadístico SPSS v.26 y el software excel 2019

Gráfico 05. Representación gráfica de la variable Función Visual (Preoperatorio)



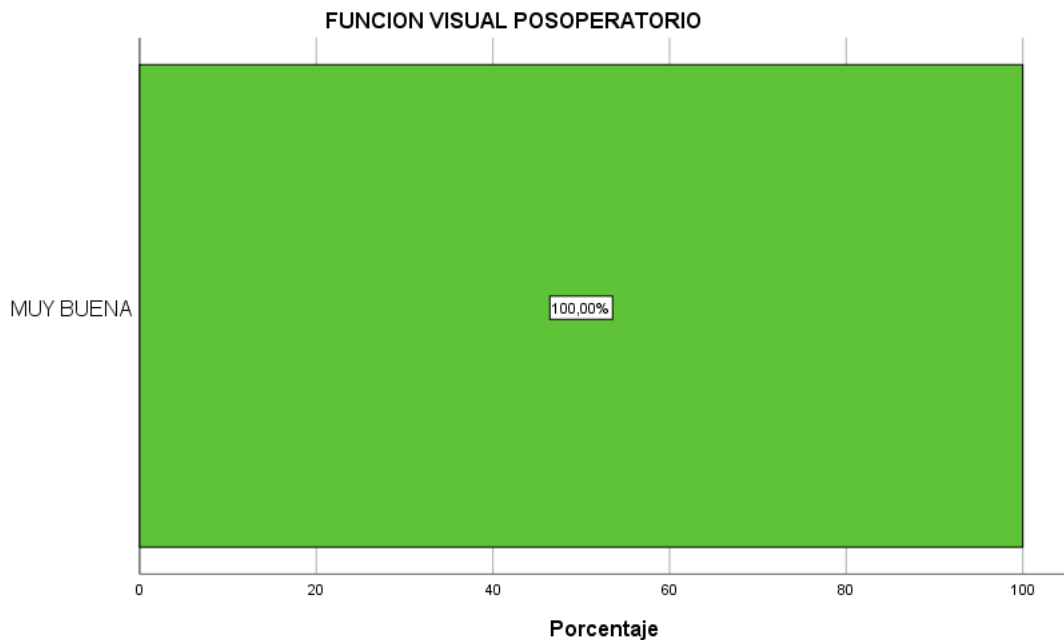
Interpretación: En el presente gráfico podemos apreciar que, del total de los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz; el 54.22% tienen una función visual moderada; el 24.10% tienen una mala función visual; y el 21.69% tienen una buena función visual. (véase tabla 03)

Tabla 06. Distribución estadística de la variable Función Visual (posoperatorio)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY BUENA	83	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia con el software estadístico SPSS v.26 y el software excel 2019

Gráfico 06. Representación gráfica de la variable Función Visual (posoperatorio)



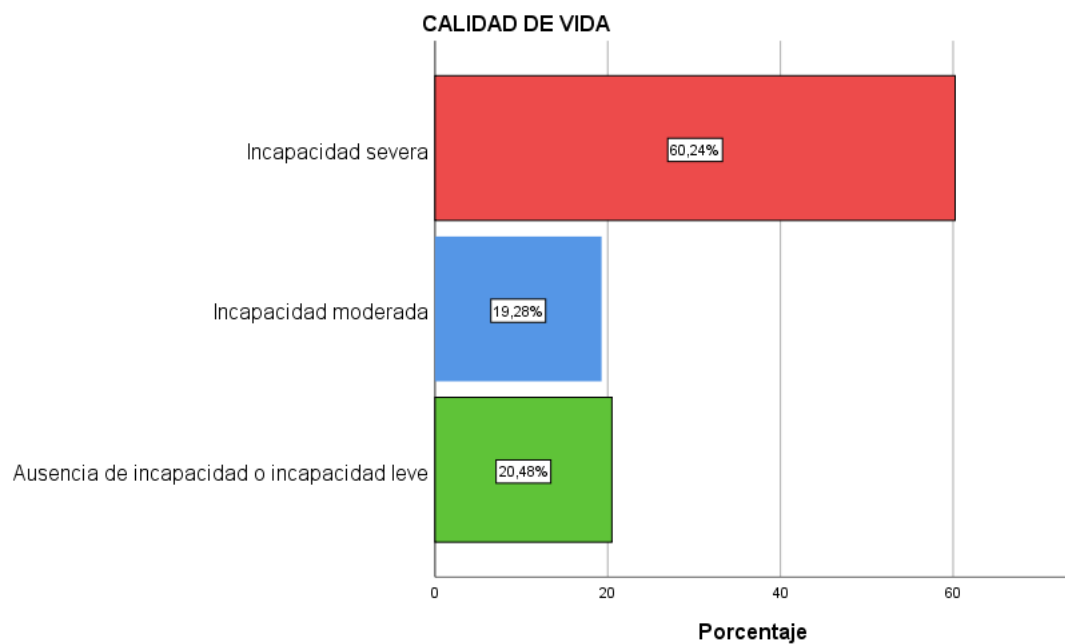
Interpretación: En el presente gráfico podemos apreciar que, luego de la operación de los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz; el 100% de ellos tienen una buena función visual (véase tabla 04).

Tabla 07. Distribución estadística de la variable Calidad de Vida (preoperatorio)

		CALIDAD DE VIDA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve	17	20,5	20,5	20,5
	Incapacidad moderada	16	19,3	19,3	39,8
	Incapacidad severa	50	60,2	60,2	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia con el software estadístico SPSS v.26 y el software excel 2019

Gráfico 07. Representación gráfica de la variable Calidad de Vida (preoperatorio)



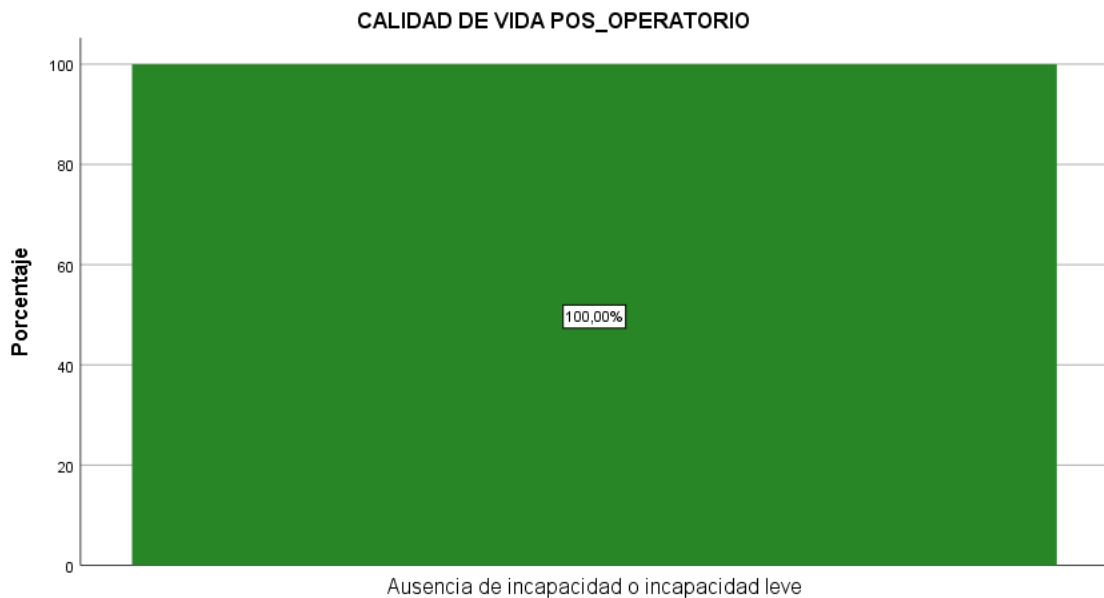
Interpretación: En el presente gráfico podemos apreciar que, del total de los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz; el 60.24% tienen una incapacidad severa; el 20.48% tienen una ausencia de incapacidad; y el 19.28% tienen una incapacidad moderada (véase tabla 05).

Tabla 08. Distribución estadística de la variable Calidad de Vida (posoperatorio)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve	83	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia con el software estadístico SPSS v.26 y el software excel 2019

Gráfico 08. Representación gráfica de la variable Calidad de Vida (posoperatorio)



Interpretación: En el presente gráfico podemos apreciar que, que luego de la operación de los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz; el 100% tiene una ausencia de incapacidad o incapacidad leve (véase tabla 06).

Tabla 09. Estadística de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
<u>Alfa de Cronbach</u>	<u>N de elementos</u>
,897	5

Fuente: elaboración propia con el software estadístico SPSS v.26 y el software excel 2019

IV. **Discusión.**

De los datos generales, se pudo identificar que de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hospitalario PNP Luis N. Sáenz el 65.06% representa el género masculino, mientras que el 34.94% representa al género femenino, (véase tabla 01); por otro lado, el 61.45% tienen entre 60 – 70 años de edad; el 25.30% tienen entre 71 – 80 años de edad y el 13.25% tienen más de 81 años (véase tabla 02); asimismo, el estudio muestra que del análisis preoperatorio el 54.22% tienen una función visual moderada; el 24.10% tienen una mala función visual; y el 21.69% tienen una buena función visual (véase tabla 03); presentando resultados favorables luego de la cirugía, que el 100% tienen una buena función visual (véase tabla 05); por otro lado, con respecto al análisis preoperatorio de la calidad de vida, el 60.24% tienen una incapacidad severa; el 20.48% tienen una ausencia de incapacidad; y el 19.28% tienen una incapacidad moderada (véase tabla 04); Asimismo, los resultados fueron favorables luego de la cirugía donde el 100% tiene una ausencia de incapacidad o incapacidad leve (véase tabla 06).

En el presente estudio, se realizó una evaluación de la función visual y la calidad de vida posterior a la cirugía de catarata en adultos mayores en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima – Perú; no obstante el objetivo fue determinar cuál es la percepción de la función visual y la calidad de vida en el adulto mayor sometido a cirugía de cataratas en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018, debido a que la función visual es un problema de salud que se asocia a la calidad de vida y que aqueja a la población del adulto mayor. De los resultados obtenidos podemos mostrar durante el análisis preoperatorio de la función visual, el 54.22% tienen una función visual moderada; el 24.10% tienen una mala función visual; mientras que solo 21.69% tienen una buena función visual; este resultado mejora considerablemente luego de la cirugía donde el 100% de ellos tienen una buena función visual. Por otro lado, durante el análisis preoperatorio de la calidad de vida, el 60.24% tienen una incapacidad severa; el 20.48% tienen una ausencia de incapacidad; y solo el 19.28% tienen una incapacidad moderada; estos resultados coinciden con una serie de investigaciones que también analizaron las variables de estudio presentadas; tal es el caso **Díaz F. en la ciudad de Murcia en el 2013**, quien ejecutó un estudio con el objetivo de estudiar cada limitación en la calidad de vida que derivaban tras los diagnósticos de cataratas y establecer cada nivel de la calidad de vida que se relacione con la vista, su grado de agudeza, la utilidad de esta en nuestra salud y qué tan efectiva es la facoemulsificación en estas personas, el investigador concluyó que la facoemulsificación tiene una utilidad promedio de 0.36 y que con esta van a mejorar, tomando en cuenta la situación basal, la agudeza visual y la calidad de vida a nivel global⁽⁴⁾;

asimismo, **Teyssier M. en México en el año 2015**, ejecutó una investigación con el objetivo de estudiar de la relación entre la calidad de vida y cada variable sociodemográfica, de funcionalidad, de estados emocionales y de apoyo social, encontró los siguientes resultados: indica una media de edades entre los sesenta y seis y setenta y seis años. “Alta calidad de vida presente en mujeres de entre los 60 y 65 años (del sur y del norte) y hombres de entre 66 y 70 años (del oriente), seguida de una calidad de vida inferior presente en un hombre de 76 a 80 años y mujeres de 66 a 70 años⁽²⁶⁾; asimismo, **Pasco C. en Lambayeque año 2017**, llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar la calidad de vida del paciente con glaucoma de acuerdo a su grado de severidad, atendido en el servicio de oftalmología – Hospital Regional Lambayeque, donde sus hallazgos muestran que, el 66% manifiesta un grado leve de severidad y 27% un grado de severidad moderada, esto va a hacer que la percepción de la reducción de la calidad de vida aumente; de igual forma, el 64% manifiesta una disminución leve y 35% una disminución considerable de la visión central y cercana, en la que cada una de las actividades de los quehaceres diarios se abandonan⁽¹⁹⁾, por otro lado, **Pérez M. en Lima el 2020**, elaboró un estudio con el objetivo de qué tan efectiva era esta técnica respecto a la agudeza visual, astigmatismo post operatorio, alguna complicación peri operatoria y la mejora de la calidad de vida de los individuos respecto a la visión, cuyos resultados muestran que la agudeza visual sin ser corregida fue óptima en más del ochenta y cinco por ciento de situaciones, con astigmatismo inducido inferior a una dioptría. Se presentó al menos una complicación intra operatoria solo en casi ocho por cientos de situaciones y postoperatorias en 6.45%. La calidad de vida respecto a la visión un mes después fue óptima en 41.25% y muy buena en 53.71%⁽²⁸⁾

En cuanto a la limitación con la que cuenta esta investigación, se centra en haber utilizado registros preexistentes de las herramientas de recolección de datos, por lo que no se pudieron evaluar más variables en la población, sobre todo las sociodemográficas, grado de instrucción, etc., elementos que podrían brindarnos más información para una evaluación más profunda.

V. Conclusiones.

Del análisis y desarrollo del presente estudio, nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1. La investigación realizada nos permite determinar que la Percepción de la función visual y calidad de vida posterior a cirugía de catarata en adultos mayores en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz', Lima – Perú, durante el segundo trimestre del año 2018, mejora en su totalidad, existiendo una confiabilidad aceptable de correlación con un 0.897 de Alfa de Cronbach.
2. El análisis muestra que, del análisis preoperatorio de la Calidad de Vida de los adultos mayores atendidos por catarata en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz', Lima – Perú, el 60.24% tienen una incapacidad severa; y el 19.28% tienen una incapacidad moderada; presentando resultados favorables luego de la cirugía, donde el 100% tienen una buena Calidad de Vida, así como una gran mejora en la independencia de actividades en la vida diaria, mostrando la cirugía de catarata un efecto positivo.
3. El análisis muestra que, del análisis preoperatorio de la Función Visual el 60.24% de los adultos mayores atendidos por catarata en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz', Lima – Perú; presentando resultados favorables luego de la cirugía, donde el 100% tienen una buena función visual, además de una gran mejora en la agudeza visual.

VI. Recomendaciones.

1. Se recomienda a los profesionales de la Medicina Humana especializados en la oftalmología y al sistema de Salud Policial, realizar campañas en adultos mayores para la detección de cataratas; realizando periódicamente exámenes médicos oftalmológicos para detectar cambios en la visión que pueden ser síntomas de afecciones o enfermedades oculares tratables.
2. Se recomienda al sistema de Salud Policial, realizar campañas de tratamiento quirúrgico de cataratas en toda su población a nivel nacional, ya que observamos cómo este procedimiento le permite a la población gozar de una mejor calidad de vida y mejorar su función visual, sobre todo en adultos mayores que aún se encuentran en situación laboral.
3. Se debe llevar una dieta baja en grasas y abundante en vegetales y frutas con alto contenido de vitaminas C y E, zinc, luteína y zeaxantina que beneficiará a todo el organismo, con nutrientes que se relacionarán con un menor riesgo de degeneración macular relacionada con la edad (DMRE) y ojo seco en las etapas más avanzadas de la vida, además, protegerse de los rayos UV400 con lentes protectores para evitar el envejecimiento temprano del cristalino.
4. Se sugiere la publicación de nuevas investigaciones a fin de incrementar el número de estudios de investigación sobre la función visual y calidad de vida posterior a cirugía de catarata en adultos mayores para determinar la verdadera magnitud del problema.

VII. Referencias bibliográficas.

1. “Luján-Paredes S, Pizango-Malqui O, Albuquerque-Duglio M, Valenzuela-Tito M, Mayta-Tristán P”. “Variación de la función visual y calidad de vida luego de cirugía de catarata por facoemulsificación con implante de lente intraocular”. Rev Mex Oftalmol. 2014;88(4):176-181.
2. “Apolo-Torres DA”. “Factores de riesgo asociados al diagnóstico de catarata en adultos de 50 a 80 años, atendidos por el Servicio de Oftalmología del Hospital Isidro Ayora”. [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2017.
3. Yax-Escobar WYL. “Evaluación de la calidad de vida en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto utilizando el cuestionario GLQ – 15. [Tesis]”. Ciudad de Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
4. “Díaz-Calvo FS”. “Calidad de vida relacionada con la visión, utilidades en salud y efectividad de la facoemulsificación en el paciente con cataratas”. [Tesis]. Murcia: Universidad de Murcia; 2013.
5. “Hernández-Pardines F”. “Estudio prospectivo de la cirugía bilateral de cataratas de forma simultánea y con implante de lente intraocular multifocal comparándola con la cirugía estándar actual”. [Tesis]. Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2015.
6. “Esteffan K”. “Factores Asociados a Desprendimiento de Retina Posterior a Cirugía de Catarata: Implicaciones en Salud Pública”. [Tesis]. Santiago: Universidad de Chile; 2016.
7. “Ministerio de Salud”. “Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Tamizaje, Detección y Tratamiento de Catarata”. Lima: 2009. “RM N° 537-2009/MINSA”.

8. Ministerio de Salud. Documento Técnico: “Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional, Salud Ocular y Prevención de la Ceguera”. Lima: 2015. “RM N° 907-2014/MINSA”.
9. “Aguirre-Sánchez PF”. “Impacto en la calidad de vida de pacientes post – operados de catarata”. [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
10. “Loyola-Ordoñez DA”. “Prevalencia de catarata y sus principales factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en la consulta externa de Oftalmología en el Hospital General San Vicente de Paul de Ibarra, entre octubre de 2016 y octubre de 2017”. [Tesis]. “Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018”.
11. “Batlle JF, Lansingh VC, Silva JC, Eckert KA, Resnikoff S”. “The Cataract Situation in Latin America: Barriers to Cataract Surgery. American Journal of Ophthalmology”. 2014;158(2):242-250.
12. Aguirre-Cruz EL. “Evaluación del manejo quirúrgico de la catarata en pacientes operados mediante la técnica de extracción extracapsular con mínima incisión atendidos en el Centro Nacional de Oftalmología en el periodo de enero a diciembre 2019”. [Tesis]. “Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2019”.
13. “Hussen MS, Gebreselassie KL, Seid MA, Belete GT”. “Visual outcome of cataract surgery at Gondar University Hospital Tertiary Eye Care and Training Center, North West Ethiopia”. Clinical Optometry. 2017;9(1):19-23.
14. “Campos B, Cerrate A, Montjoy E, Dulanto-Gomero V, Gonzales C, Tecse A et al”. “Prevalencia y causas de ceguera en Perú: encuesta nacional”. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(5):283-289.

15. “Khanna RC, Rathi VM, Guizie E, Singh G, Nishant K, Sandhu S et al”. “Factors associated with visual outcomes after cataract surgery: A cross – sectional or retrospective study in Liberia”. *Plos One*. 2020;15(5):1-12 e0233118.
16. “Marmamula S, Barrenakala NR, Challa R, Kumbham TR, Modepalli SB, Yellapragada R et al”. “Visual outcomes after cataract surgery among the elderly residents in the homes for the aged in South India: the Hyderabad Ocular Morbidity in Elderly Study”. “*Br J Ophthalmol*. 2020; 0:1-7. doi: 10.1136/ bjophthalmol-2020-317167”.
17. Manyari-Jiménez WM. “Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores de un Centro de Adulto Mayor (CAM) de Lima”. [Tesis]. “Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2016”.
18. Pérez-Luna MG, Silva-Arciniega MDR, Martínez-Wbaldo MDC, Barojas-Weber E, Vásquez-Montiel IC. “Calidad de vida en pacientes intervenidos quirúrgicamente de cataratas en el Instituto Nacional de Rehabilitación”. “*Revista Trabajo Social UNAM*”. 2014;5(1):93-110.
19. Pasco-Guerrero CDR. “Calidad de vida del paciente con glaucoma de acuerdo a su grado de severidad, atendido en el Servicio de Oftalmología – Hospital Regional Lambayeque – 2017”. [Tesis]. “Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017”.
20. “Ministerio de Salud”. “Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera: Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención en la Consulta Externa”. Lima: 2015. Serie de Manuales HIS N° 10.
21. “Marchena-Cruz D”. “Revisión del Tratamiento infantil de afaquia y artículos relacionados para actualización del manejo quirúrgico en las cataratas pediátricas”. [Tesis]. San José: Universidad de Costa Rica; 2018.

22. “Heemraz BS, Lee CN, Hysi PG, Jones CA, Hammond CJ, Mahroo OA”. “Changes in quality of life shortly after routine cataract surgery”. *Can J Ophthalmol*. 2016;51(4):282-287.
23. “Javed U, McVeigh K, Scott NW, Azuara-Blanco A”. “Cataract extraction and patient vision – related quality of life: a cohort study”. *Eye Macmillan Publishers*. 2015;29(1):921-925.
24. “Zhu B, Ma Y, Lin S, Zou H”. “Vision – related quality of life and visual outcomes from cataract surgery in patients with vision – threatening diabetic”. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017;15(175)1-7.
25. Vargas-Palavicino II. “Calidad de vida relacionada con salud y redes de apoyo en adultos mayores chilenos”. [Tesis]. “Salamanca: Universidad de Salamanca; 2014”.
26. Teyssier-Larios M. “Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la Ciudad de Puebla México”. [Tesis]. “Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2015”.
27. “Palma-Candia O”. “Ocupaciones significativas en el adulto mayor y su relación con la Calidad de vida. Estudio cualitativo en población de la región de Magallanes y Antártica Chilena”. [Tesis]. “Granada: Universidad de Granada; 2017”.
28. Pérez-Martinot M, Llanos-Zavalaga F. “Efectividad de la técnica manual de cirugía de catarata con incisión pequeña en un establecimiento privado de salud”. *Rev Med Hered*. 2020;31(1):108-115.

29. “Tremolada-Tovar S. Calidad de vida y sentido de coherencia en adultos mayores de un Centro Geriátrico de Lima”. [Tesis]. “Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2017”.
30. Manrique-Chuquillanqui BA. “Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana”. [Tesis]. Lima: “Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014”.
31. “Hernández-Ramos H, Hernández-Silva JR, Ramos-López M, Fundora-Nieto Y”. “Calidad de vida y visual en pacientes operados de catarata por facoemulsificación bilateral simultánea con implante de lente intraocular”. *Revista Cubana de Oftalmol.* 2019;32(2):1-16.
32. “Trujillo-Fonseca KM, Valdés-Carracedo G, Hormigó-Puertas IF, Arrieta-García H, Cuan-Aguilar Y, Montero-Díaz E”. “Calidad visual y calidad de vida en pacientes operados de catarata mediante facoemulsificación”. *Revista Cubana de Oftalmol.* 2019;32(1):1-17.
33. “Merellano-Navarro E”. “Condición física, independencia funcional y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores chilenos”. [Tesis]. “Extremadura: Universidad de Extremadura; 2017”.
34. “Gamarra-Benites BA. Medida de función visual y calidad de vida en pacientes operados de cataratas”. [Tesis]. “Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004”.
35. “Raczynska D, Glasner L, Serkies-Minuth E, Wujtewicz MA, Mitrosz K”. “Eye surgery in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*”. 2016;11(1):407-414.

36. Berthe S, Duperet-Carbajal D, Hormigó-Belett AM, Pérez-Castillo L, Rodríguez-Alonso Y. “Modificaciones de la función visual y calidad de vida en pacientes operados de catarata”. MEDISAN. 2019;23(1):1-13.
37. “Lambert SR, Cotsonis G, DuBois L, Nizam A, Kruger SJ, Hartmann EE et al”. “Long – term Effect of Intraocular Lens vs Contact Lens Correction on Visual Acuity After Cataract Surgery During Infancy: A Randomized Clinical Trial”. JAMA Ophthalmol. 2020;138(4):365-372.
38. Millones-Trinidad ML. “Percepción de calidad de vida del paciente adulto mayor operado de catarata, Servicio de Oftalmología Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz – 2017”. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.
39. “To KG, Meuleners LB, Fraser ML, Dung VD, Van-Anh NH, To GQ et al”. “The impact of cataract surgery on vision – related quality of life for bilateral cataract patients in Ho Chi Minh City, Vietnam: a prospective study. Health and Quality of Life Outcomes”. 2014;12(1):16-22.
40. “Texeira-De-Mendonça P, Texeira-De-Mendonça L, Marques-Rosa AA, De-Lima-Silveira LC. Life quality assessment of patients after phacoemulsification or extracapsular cataract extraction”. Arq Bras Oftalmol. 2014;77(1):12-16.
41. “Bernal-Reyes N, Arias-Díaz A, Hormigó-Puertas I, Roselló-Puertas A. Actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores operados de catarata”. Rev Mex Oftalmol. 2015;89(3):141-149. <https://doi.org/10.1016/j.mexoft.2014.09.005>.
42. “Hernández-Narváez MG, Olivares-Luna AM, Carillo-Hernández A, Tovar-Méndez GM, González-Pedraza A”. “Prevalencia de trastornos visuales y su relación con la funcionalidad en adultos mayores”. Revista Cubana de Oftalmología. 2015;28(2):190-197.

43. “Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL”. “Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores”. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(5):271-283.
44. “Rodríguez-Suárez B, Hernández-Silva Y, Llanes-Rodríguez R, Veitía-Rovirosa Z, Trujillo-Fonseca K, Guerra-Almaguer M”. “Escala NEI VFQ – 25 como instrumento de medición de la calidad de vida relativa a la visión”. *Revista Cubana de Oftalmología*. 2017;30(1):1-12.
45. “Nassiri N, Mehravan S, Nouri-Mahdavi K, Coleman AL”. “National Eye Institute Visual Function Questionnaire: Usefulness in Glaucoma”. *Optometry and Vision Science*. 2013;90(8):745-753.
46. “Lundström M, Barry P, Henry Y, Rosen P, Stenevi U”. “Visual outcome of cataract surgery; study from the European Registry of Quality Outcomes for Cataract and Refractive Surgery”. *J Cataract Refrac Surg*. 2014;39(5):673-679.
47. Mazacón-Roca BN. “Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral en salud”. [Tesis]. “Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017”.
48. “Farzianpour F, Foroushani AR, Badakhshan A, Gholipour M, Roknabadi EH”. “Quality of Life for Elderly Residents in Nursing Homes”. *Glob J Health Sci*. 2016;8(4):127-135.
49. “Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged”. “The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function”. *JAMA*. 1963;21(185):914-919.

50. León-Julca GL. “Calidad de vida del anciano que asiste a un taller de adulto mayor de una institución de salud privada del Rímac”. [Tesis]. “Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019”.
51. “Panda PC, Panda SK, Karir S, Mishra RP, Satapathy DM”. “Assessment of quality of life in geriatric population in the field practice area of Urban Health Training Centre, Vimsar, Burla”. “J Evid Based Med Healthc”. 2018;5(22):1677-1680.
52. “Rondón-García LM, Ramírez-Navarro JM”. “The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective”. “Journal of Aging Research”. 2018;2018(1):1-7. [https:// doi.org/10.1155/2018/ 4086294](https://doi.org/10.1155/2018/4086294).
53. “Abdullahi SM, Alhassan MB, Babalola OE. The impact of cataract surgery on subjective visual functions and quality of life in patients with cataract in Northwestern Nigeria”. “Nigerian Journal of Ophtalmology”. 2016;42(2):57-61.

VIII. Anexos.

8.1.1. Instrumentos de recolección de información.

Título: “Percepción de la función visual y calidad de vida posterior a cirugía de catarata en adultos mayores en el “Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz”, Lima - Perú, durante el segundo trimestre del año 2018”

GUÍA DE ENTREVISTA



I. DATOS GENERALES.

1) Género

Masculino ()

Femenino ()

2) Edad del paciente: _____ años

II. Índice de Función Visual - VisQol-15 (Vision Quality of Life)

PREGUNTAS	SIN PROBLEMAS	PEQUEÑOS PROBLEMAS	GRANDES PROBLEMAS	SERIOS PROBLEMAS
1. Leyendo libros o periódicos				
2. Leyendo textos en la TV				
3. Viendo programas en la TV				
4. Leyendo o escribiendo cartas				
5. Haciendo llamadas telefónicas				
6. Usando el timbre de la puerta				
7. Reconociendo caras				
8. Mirando fotos				
9. Haciendo labores de costura				
10. Comprando				
11. Caminando				
12. Condiendo autos				

13. Conduciendo bicicletas				
14. Cocinando				
15. Lavando				
16. Reconociendo flores				
17. Pescando				
18. Tocando instrumentos				
19. Pasatiempos				
20. Visión estimada por sí mismo en relación a sus problemas				

III. Cuestionario de Calidad de Vida y Nivel de Independencia para la realización de Actividades de la Vida Diaria – Índice de Katz

1. BAÑO	Independiente. “Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía)”.	
	Dependiente. “Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo”.	
2. VESTIDO	Independiente. “Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos”.	
	Dependiente. “No se viste por sí mismo o permanece parcialmente vestido”.	
3. RETRETE	Independiente. “Usa el retrete solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores”.	
	Dependiente. “Precisa de ayuda para acudir al retrete”.	
4. MOVILIDAD	Independiente. “Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo”.	
	Dependiente. “Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos”.	
5. CONTINENCIA	Independiente. “Control completo de micción y defecación”.	
	Dependiente. “Incontinencia parcial o total de la micción o defecación”.	
6. ALIMENTACIÓN	Independiente. “Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente, se va a excluir cortar la carne”.	
	Dependiente. “Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral”.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

8.1.2. Asentimiento Informado.

Título: “Percepción de la función visual y calidad de vida posterior a cirugía de catarata en adultos mayores en el “Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz”, Lima - Perú, durante el segundo trimestre del año 2018”



ASENTIMIENTO INFORMADO N° _____

Yo, _____, a través del presente documento, en pleno uso de mis facultades mentales, expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“Percepción de la función visual y calidad de vida posterior a cirugía de catarata en adultos mayores en el ‘Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz’, Lima – Perú, durante el segundo trimestre del año 2018”**; realizada por el investigador **Johans Neil Tello Arquíñego**, de la “Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica”. “Hago de su conocimiento que este instrumento es anónimo y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Por lo tanto, le agradezco anticipadamente su colaboración”. “Asimismo, la presente investigación de estudio para lo cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado se compromete con usted a guardar máxima confidencialidad de la información, así como le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en absoluto”.

Por ello, firmo el presente documento de participación voluntaria de mi hijo.

Lima, del 20.....

Firma

DNI N° _____

8.1.3. Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Indicadores	Ítems	Escalas y Valores	Niveles y Rangos
Función Visual	Cualitativo	Adaptación Sensorial	1, 2 y 4	Sin Problemas (3) Pequeños Problemas (2) Grandes Problemas (1) Serios Problemas (0)	*Se multiplicará por 1.67 para extrapolar los resultados a 100. Muy Buena: [76-100] Buena: [51-75] Moderada: [25-50] Mala: [\leq 24]
		Percepción Visual	3, 7, 8, 9, 16 y 18		
		Percepción de Profundidad	5, 6, 10, 14, 15 y 19		
		Visión Periférica	11, 12, 13 y 17		
		Salud Visual General	20		

*Fuente: “Cuestionario de Calidad de Vida Relativo a la Visión VisQol-15 (Vision Quality of Life) Inventado y Validado por el National Eye Institute”. ⁽⁴⁵⁾ (Bernal, 2015, p.148) ⁽⁴¹⁾

Variable	Tipo	Indicadores	Ítems	Escalas y Valores	Niveles y Rangos
Calidad de Vida	Cualitativo	Bañarse	1	Dependiente: (1) Independiente: (0)	A-B: (0 -1) Ausencia de incapacidad o incapacidad leve C-D: (2-3) Incapacidad moderada E-H: (4-6) Incapacidad severa
		Vestirse	2		
		Uso del retrete	3		
		Movilidad	4		
		Continencia	5		
		Alimentación	6		

*Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida y Nivel de Independencia para la realización de Actividades de la Vida Diaria (Índice de Katz) ⁽⁴⁹⁾. Inventado por Katz et al. (Cabañero, 2008, p.275) ⁽⁴³⁾.

8.1.4. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES					
			Variable 1: Función Visual					
			Tipo	Indicadores	Ítems	Escalas y Valores	Niveles y Rangos	
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la percepción de la función visual y la calidad de vida en el adulto mayor sometido a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018?</p> <p>Problema específico 1</p> <p>¿Cuál es el efecto de la cirugía de cataratas en la calidad de vida relativa a la visión en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar cuál es la percepción de la función visual y la calidad de vida en el adulto mayor sometido a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018.</p> <p>Objetivo específico 1</p> <p>Determinar cuál es el efecto de la cirugía de cataratas en la calidad de vida relativa a la visión en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Al ser un estudio descriptivo, el presente trabajo no requiere de hipótesis.</p> <p>Hipótesis específica 1</p> <p>Al ser un estudio descriptivo, el presente trabajo no requiere de hipótesis.</p>	Cualitativo	Adaptación Sensorial	1	Sin Problemas (3)	*Se multiplicará por 1.67 para extrapolar los resultados a 100.	
					2			
					Percepción Visual	4	Pequeños Problemas (2)	Muy Buena: [76-100]
						3		
					Percepción de Profundidad	7	Grandes Problemas (1)	Buena: [51-75]
						8		
						9		
						16		
					Visión Periférica	18	Serios Problemas (0)	Moderada: [25-50]
						5		
						6		
						10		
					Salud Visual General	14		Mala: [≤24]
						15		
						19		
						11		
						12		
						13		
						17		
						20		

		Variable 2: Calidad de Vida					
		Tipo	Indicadores	Ítems	Escalas y Valores	Niveles y Rangos	
<p>Problema específico 2 ¿Cuál es el efecto de la cirugía de cataratas en la agudeza visual en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018?</p> <p>Problema específico 3 ¿Cuál es el efecto de la cirugía de cataratas en la independencia de actividades en la vida diaria en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018?</p> <p>Problema específico 4 ¿Cuál es el efecto de la cirugía de cataratas en la independencia de actividades en la vida diaria en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018?</p>	<p>Objetivo específico 2 Determinar cuál es el efecto de la cirugía de cataratas en la agudeza visual en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018.</p> <p>Objetivo específico 3 Determinar cuál es el efecto de la cirugía de cataratas en la independencia de actividades en la vida diaria en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018.</p> <p>Objetivo específico 4 Determinar cuál es el índice de función visual pre y post quirúrgico en los adultos mayores que se sometieron a cirugía de cataratas en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el segundo trimestre del año 2018.</p>	<p>Hipótesis específica 2 Al ser un estudio descriptivo, el presente trabajo no requiere de hipótesis.</p> <p>Hipótesis específica 3 Al ser un estudio descriptivo, el presente trabajo no requiere de hipótesis.</p> <p>Hipótesis específica 4 Al ser un estudio descriptivo, el presente trabajo no requiere de hipótesis.</p>	Cualitativo	Bañarse	1	Dependiente: (1)	A-B: (0 -1) Ausencia de incapacidad o incapacidad leve
	Vestirse	2					
	Uso del retrete	3					
	Movilidad	4					
	Continencia	5					
	Alimentación	6					
			Independiente: (0)	E-H: (4-6) Incapacidad severa			

