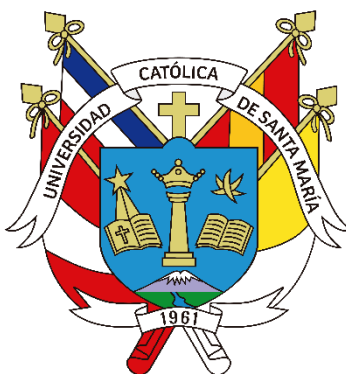


**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**Valoración de la calidad de vida y características clínico -  
epidemiológicas de pacientes con enfermedad renal crónica en terapia  
de hemodiálisis en la clínica Sermedial de Arequipa, diciembre 2023**

Tesis presentada por el Bachiller:

**Tito Hernández, Juan Carlos**

**ORCID: 0009-0002-2457-5741**

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor (a):

**Mg. Yucra Sevillano, Sandra**

**ORCID: 0000-0002-7936-7467**

Arequipa - Perú

2024

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**MEDICINA HUMANA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 16 de Enero del 2024

**Dictamen: 010153-C-EPMH-2024**

Visto el borrador del expediente 010153, presentado por:

**2016700841 - TITO HERNANDEZ JUAN CARLOS**

Titulado:

**VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICAS DE  
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TERAPIA DE HEMODIÁLISIS EN LA  
CLÍNICA SERMEDIAL DE AREQUIPA, DICIEMBRE 2023**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29277065 - MONTESINOS VALENCIA LILY EUFEMIA  
DICTAMINADOR**



**42671615 - CARPIO CARPIO JOSE MIGUEL  
DICTAMINADOR**



**46112071 - VIZCARRA VIZCARRA CRISTHIAN ADOLFO  
DICTAMINADOR**



# Valoración de la calidad de vida y características clínico - epidemiológicas de pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis en la clínica Sermedial de Arequipa, diciembre 2023

## INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://medilib.ir">medilib.ir</a> Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad de Guadalajara Trabajo del estudiante	1%
3	Submitted to Universidad de Alcalá Trabajo del estudiante	1%
4	<a href="http://www.scielo.org.mx">www.scielo.org.mx</a> Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad de Pamplona Trabajo del estudiante	1%
6	<a href="http://renati.sunedu.gob.pe">renati.sunedu.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://repositorio.unife.edu.pe">repositorio.unife.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://www.riuc.bc.uc.edu.ve">www.riuc.bc.uc.edu.ve</a> Fuente de Internet	1%

*Dedicatoria*

*A mi Señor, por brindarme la fuerza de vida y a quienes más amo*

*A mi hijo Juan Carlitos, por ser la razón y el motor de mi vida*

*A mis padres, Juan Carlos y Jenny, por ser mis maestros y los autores de lo que  
represento*

*A mi hermana María Alejandra, por ser la luz de mis ojos*

*A mis abuelos, Arnaldo y Adela, por no dejarme caer en el abismo*



*Agradecimiento*

*A mi Dios y a la Virgen por su ayuda celestial*

*A mis papás y hermana por su ayuda incondicional en esta travesía*

*A mis abuelos por nunca dudar de mí, tenerme siempre en alto y por sus grandes  
consejos.*



## RESUMEN

La enfermedad renal crónica (ERC) es una entidad prevalente, que se ha convertido en un problema de salud pública que requiere atención urgente. Esta patología implica que el riñón no funcione adecuadamente originando acúmulos de sustancias nocivas en el organismo; lo que origina diversas complicaciones como enfermedades cardiovasculares, neuropatías y anemia, lo cual incrementa la morbimortalidad de los pacientes. La alta prevalencia, la mortalidad elevada y los costos que genera su tratamiento, obligan a que se considere a la ERC dentro de los problemas prioritarios de salud pública.

La calidad de vida de las personas la podemos conceptualizar como la concepción del individuo respecto de su estado en la vida en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones, que cuando la enfocamos a la salud resulta ser necesaria en óptimas condiciones para que esta última pueda ser plenamente desarrollada en todas las dimensiones.

**Objetivo:** Determinar la calidad de vida y características clínico - epidemiológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis en la clínica Sermedial, a su vez este trabajo pretende específicamente establecer cuál es la concepción del paciente respecto al estado de salud que presenta en general de acuerdo al grado de calidad de vida.

**Métodos:** El estudio es de tipo descriptivo observacional, con el uso de una encuesta como técnica y con el cuestionario denominado KDQOL TM36, mediante el cual se midió la calidad de vida en este grupo de pacientes con el fin de generar recomendaciones para mejorar o cambiar distintas medidas que favorezcan en una notable mejoría en este parámetro.

**Resultados:** De un total de 270 pacientes, cumplieron con los criterios de inclusión 200, los cuales estuvieron constituidos en un 45% por mujeres y en un 55% por varones; la etapa adulta mayor que abarca de los 65 a más años de vida ocupó un 50% del grupo estudiado, seguido de la etapa adulta cuyos límites de edad abarcan de los 30 a los 64 años que alcanzó un valor de 47%; respecto a la causa de la E.R.C de los pacientes se calculó que en un 46% se debía a diabetes mellitus tipo 2, mientras que en un 24.5% la causa se centró en la hipertensión arterial; en cuanto al tiempo de hemodiálisis el 61% presentó menos de 5 años en terapia de hemodiálisis, por otro lado el 39% llevaba más de dicho tiempo en terapia de reemplazo renal; en lo que involucró al tipo de acceso vascular la mayoría de las personas en estudio eran usuarios de fístula arteriovenosa representados en un 63.5%; finalmente el 30.5% de la muestra presentó niveles de hemoglobina menores a 10 gr/dl. En cuanto al análisis se encontró estadísticamente significativo que las variables adulto mayor, es decir edades superiores a 65 años y el presentar niveles inferiores a 10 gr/dl de hemoglobina, tienen dependencia significativa con la calidad de vida ( $p < 0.05$ ). Por otro lado, se obtuvo que la comorbilidad diabetes mellitus tipo 2 y el tiempo de hemodiálisis en años, no presentaron dependencia con el status de calidad de vida de las personas que se encuentran con manejo de terapia de diálisis ( $p > 0.05$ ).

**Conclusiones:** El nivel de la calidad de vida de las personas estudiadas es inferior al valor referencial para la población. El ser adulto mayor y presentar anemia en estos pacientes, se asocian estadísticamente con niveles de calidad de vida no satisfactorios, mientras que el presentar diabetes mellitus y tener más de 5 años en terapia de hemodiálisis no guarda relación con dicho parámetro.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica, hemodiálisis, calidad de vida.

## ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is a prevalent entity that has become a public health problem that requires urgent attention. This pathology involves the progressive loss of kidney function; which causes various complications such as cardiovascular diseases, neuropathies and anemia, which increases the morbidity and mortality of patients. The high prevalence, high mortality and costs generated by its treatment force CKD to be considered among the priority public health problems.

We can define quality of life as the individual's perception of their state in life in relation to their objectives, expectations, standards and concerns, which when we focus on health turns out to be necessary in optimal conditions so that the latter can be fully developed in all dimensions.

**Objective:** Determine the quality of life and clinical-epidemiological characteristics of persons with chronic kidney disease on hemodialysis therapy at the Sermedial clinic. In turn, this work specifically aims to establish what the perception of health in general is regarding the quality of life.

**Methods:** The study is of an observational descriptive type, with the survey technique and with the use of the KDQOL TM36 questionnaire, through which the quality of life in this group of humans was measured in order to generate recommendations to improve or change different measures, that favor a notable improvement in this parameter.

**Results:** Of a total of 270 patients, 200 met the inclusion criteria, of which 45% were women and 55% were men; The older adult stage, which ranges from 65 years of age to older, obtained 50% of the studied group, followed by the adult stage whose age range covers from 30 to 64 years, which reached a value of 47%; Regarding the etiology of the patients' chronic kidney disease, it was estimated that 46% were due to type 2 diabetes mellitus, while in 24.5% the cause was centered on high blood pressure; Regarding hemodialysis time, 61% had been on hemodialysis therapy for less than 5 years, on the other hand, 39% had been on renal replacement therapy for more than that time; Regarding the type of vascular access, the majority of the people in the study were users of arteriovenous fistula, represented by 63.5%; Finally, 30.5% of the sample presented hemoglobin levels less than 10 gr/dl. Regarding the analysis, it was found to be statistically significant that the older adult variables, that is, ages over 65 years and presenting levels of hemoglobin less than 10 gr/dl, have a significant dependence on quality of life ( $p < 0.05$ ). On the other hand, it was found that the comorbidity of type 2 diabetes mellitus and the time of hemodialysis in years did not show dependence on the level of quality of life in patients on hemodialysis therapy ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions:** The quality of life of the patients is lower than the reference value for the population. Being an older adult and having anemia in these patients are related to poor quality of life levels in this study group, while having diabetes mellitus and having been on hemodialysis therapy for more than 5 years are not related to it.

Keywords: Chronic Kidney Disease, hemodialysis, quality of life.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>0</b>
<b>CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b> .....	<b>1</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO TEORICO</b> .....	<b>2</b>
<b>1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>4</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>4</b>
<b>3.1. CONCEPTOS BÁSICOS</b> .....	<b>4</b>
<b>3.1.1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA</b> .....	<b>5</b>
<b>3.1.1.1. EPIDEMIOLOGÍA</b> .....	<b>5</b>
<b>3.1.1.2. CLASIFICACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>3.1.2. DIABETES MELLITUS Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA</b> ..	<b>8</b>
<b>3.1.3. ANEMIA Y SU RELACIÓN CON LA ERC</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1.4. CALIDAD DE VIDA</b> .....	<b>10</b>
<b>3.1.5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA</b> .....	<b>12</b>
<b>3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS</b> .....	<b>12</b>
<b>CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL</b> .....	<b>17</b>
<b>1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN</b>	
17	
<b>1.1. TÉCNICA UTILIZADA</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2. INSTRUMENTO UTILIZADO</b> .....	<b>17</b>
<b>2. CAMPO DE VERIFICACION</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1. ESCENARIO</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2. UNIDADES DE ESTUDIO</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3. TEMPORALIDAD</b> .....	<b>18</b>
<b>3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1. ORGANIZACIÓN</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2. RECURSOS</b> .....	<b>18</b>
<b>CAPITULO III RESULTADOS</b> .....	<b>20</b>

<b>CAPITULO IV DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....</b>	<b>27</b>
<b>CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>33</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO 2. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO     INFORMADO/AUTORIZACIÓN .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO 3. FICHA DE RECOLECCION .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO 4. CUESTIONARIO KDQOL TM36 ADAPTADO AL ESPAÑOL .</b>	<b>42</b>



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas van en un continuo ascenso no solo en países del primer mundo, sino también en las naciones que se hallan actualmente en vías de crecimiento y desarrollo, como es la nuestra, por distintos motivos dependiendo a la enfermedad que deseamos citar, por ejemplo en el caso de la patología renal crónica suele deberse a una diabetes mellitus o una hipertensión arterial no controlada adecuadamente; entonces por lo mencionado en líneas anteriores, no lleva a reflexionar que el cuidado y continuo control de las patologías de trasfondo tiene crucial importancia para evitar la desfavorable evolución de otras.

Por tanto el interés investigativo se debe orientar en las medidas que favorezcan la correcta adherencia al control y tratamiento de las distintas patologías crónicas, en este caso la ERC, con el uso de la terapia de hemodiálisis; una de estas medidas es determinar el grado de la calidad de vida de estos seres humanos que padecen la mencionada patología con el fin de entender no solo el aspecto nosológico de la patología sino también comprender las distintas dimensiones que involucran al ser humano y por tanto conocer en qué aspectos como personal de salud podemos mejorar para con ello incrementar el nivel de la calidad en la vida de las personas que se encuentran recibiendo terapia de diálisis, además de conjuntamente aumentar la satisfacción y conformidad de estos pacientes respecto al trato médico que reciben, con el objetivo de hacer del tratamiento no un martirizante proceso de acudir por lo menos tres veces a la semana y tres horas diarias a lado de la máquina de hemodiálisis, sino que este proceso sea agradable para el paciente, que involucre además, un continuo diálogo y comunicación entre la persona y el personal tratante y hacer favorable la estadía dentro del establecimiento y fuera de él.

Por tanto el siguiente estudio de investigación se objeta a determinar el grado de la calidad en la vida de las personas que reciben terapia de diálisis en una clínica especializada de nuestra localidad, haciendo uso de un cuestionario certificado y adaptado al español KDQOL TM-36 que refleja el estado del nivel de la condición de vida de los enfermos que presentan la patología crónica en estudio; todo ello orientado a realizar conclusiones y recomendaciones a todos los trabajadores de salud tratantes involucrados en la atención de estas personas para lograr un mejor estado de vida de cada una de ellas y con esto incentivar a realizar más estudios de investigación de este tipo en otras instituciones que prestan el servicio de hemodiálisis ya que cada uno de ellos presentará distintos resultados, a consecuencia de los distintos protocolos que se manejan y con ello, otras formas de mejorar.



# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad de vida y cuáles son las descripciones clínicas y epidemiológicas de las personas con ERC que reciben terapia de diálisis en la institución prestadora de salud Sermedial de Arequipa, durante el periodo de tiempo del mes de diciembre del año 2023?

### 1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

#### a) Área del conocimiento.

- a) General : Ciencias de la Salud
- b) Específica : Medicina Humana
- c) Especialidad : Salud Pública
- d) Línea : Calidad de vida

#### b) Análisis de variables:

- Variables: Nivel de calidad de vida en personas que presentan el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en relación a sus características clínico-epidemiológicas en terapia de diálisis en la institución Sermedial, en Arequipa, diciembre 2023.
- Variable Independiente: Enfermedad Renal Crónica Terminal.
- Variable Dependiente: Características clínico-epidemiológicas, Grado de Calidad en la vida de pacientes.

#### o Operacionalización de variables:

VARIABLES EN ESTUDIO	INDICADOR	CATEGORIA	TIPOS DE VARIABLE
Calidad de Vida	Sobre la salud del paciente en general.	12 ítems	Nominal Ordinal
	Consecuencias de la enfermedad del riñón en la vida del paciente.	08 ítems	Nominal Ordinal
Enfermedad Renal Crónica.	Sobre la patología del riñón.	17 ítems	Nominal Ordinal
Características clínico-epidemiológicas		Varones	Nominal
		Mujeres	Nominal
		Edad	Nominal
		< 65 años	
		≥ 65 años	
		Diabéticos	Nominal
No diabéticos	Nominal		
Hemoglobina ≥ 10 gr/dl	Nominal		
Hemoglobina < 10 gr/dl	Nominal		
Tiempo de hemodiálisis	Nominal		
< 5 años			
≥ 5 años			

**c) Interrogantes básicas:**

- ¿Cuál es la concepción de salud en general desde el punto de calidad de vida, en relación a sus descripciones clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis en la Clínica Sermedial?
- ¿Cuál es la concepción de la enfermedad del riñón respecto al grado de calidad de vida, en relación a sus descripciones clínicas y epidemiológicas de las personas con ERC en terapia de diálisis en la institución prestadora de salud Sermedial?
- ¿Cuál es la percepción de los efectos de la enfermedad renal respecto a la calidad de vida, en relación a sus descripciones clínicas y epidemiológicas de las personas con ERC en terapia de diálisis en la institución prestadora de salud Sermedial?
- ¿Cuál es la percepción con los cuidados recibidos, de las personas con ERC en terapia de diálisis en la institución prestadora de salud Sermedial?

**d) Tipo de Investigación:**

- Por la intervención que realiza el investigador : Observacional
- Por el modo de toma de datos : Prospectivo
- Por las mediciones que se hace de la variable : Transversal

**e) Nivel del Trabajo de Investigación:**

Descriptivo

### 1.3.JUSTIFICACIÓN

El siguiente estudio se orienta a describir el nivel y status de la calidad en la vida asociada con la salud de los seres humanos que padecen ERC, que reciben su terapia de diálisis en la Clínica Sermedial de Arequipa.

El trabajo presenta un **impacto social**, ya que como se describe en el marco teórico la patología involucrada en el estudio es cada vez más prevalente en nuestro medio, además ante el uso continuo y constante de la máquina de hemodiálisis se pueden generar problemas tanto en la esfera social, ya que implica un mayor cuidado por parte de los familiares para con el paciente, a su vez el paciente podría presentar alteraciones en su desarrollo interpersonal; en la esfera psicológica, ya que en algún momento podría afectar su autoestima y en la esfera física, puesto que el procedimiento de hemodiálisis podría traer una serie de complicaciones que podrían dañar la salud del paciente. Es por todo ello que es necesario identificar aspectos que podrían estar propiciando un inadecuado nivel y status en la calidad de vida y así de esta manera poder intervenir en todos estos y de esta manera lograr el bienestar y un mejor vivir en el paciente con Enfermedad Renal Crónica.

El estudio que se presenta es **viable**, ya que su diseño observacional y transversal lo permite, así también se tendrá el apoyo de los trabajadores de la Clínica Sermedial y con los pacientes y sus familias; con la justificación de encontrar elementos negativos que perjudican en el grado de la calidad de vida de estas personas.

Es un proyecto **adaptado a la realidad**, ya que vivimos en una transición epidemiológica en donde las enfermedades agudas están siendo desplazadas por las crónicas y dentro de ellas la ERC, así que con más realce es crucial determinar aquellos factores que pudiesen alterar esto tan importante que es el grado de calidad de vida en estos pacientes y no solo justificado en controlar la enfermedad sino también en estimular la investigación acerca del trasplante renal y una cultura de donación.

Finalmente, el trabajo presentando a continuación, se justifica en **desarrollar y promover la investigación** en el área médica y especialmente en aspectos del grado de calidad en la vida que llevan las personas, ello radica en que no vemos enfermedades sino seres humanos y es por ello que debemos lograr que las personas tengan un buen vivir y con todo esto poder cumplir con el prospecto del egresado de nuestra casa de estudios Marianista.

## 2. OBJETIVOS

### GENERAL

- Determinar la calidad de vida y las descripciones clínicas y epidemiológicas de las personas con ERC en terapia de hemodiálisis en la clínica Sermedial de Arequipa, diciembre 2023

### ESPECÍFICOS:

- Establecer cuál es la concepción del aspecto salud en general respecto a la calidad de vida, en relación a sus características clínico-epidemiológicas de los pacientes con ERC en terapia de diálisis en la institución prestadora de salud Sermedial.
- Identificar cuál es la concepción de la enfermedad del riñón respecto a la calidad de vida, en relación a sus características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con ERC en terapia de diálisis en la institución prestadora de salud Sermedial.
- Identificar la percepción de los efectos de la enfermedad del riñón respecto a la calidad de vida, en relación a sus descripciones clínicas y epidemiológicas de los pacientes con ERC en terapia de diálisis en la institución prestadora de salud Sermedial.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. Conceptos básicos

Los números que representan las variables tasa de incidencia y nivel de prevalencia de las enfermedades crónicas se han incrementado a gran escala, tanto

en países desarrollados, como en vías de desarrollo; esto se debe a comorbilidades en la mayor parte de los casos con un inadecuado y/o postergado manejo. Por ejemplo, en el caso de la ERC, motivo del presente estudio, suele deberse a la diabetes mellitus tipo 2 o una hipertensión arterial mal controlada; entonces si nos ponemos a reflexionar el cuidado y continuo control de las patologías de trasfondo es crucial para evitar la desfavorable evolución de otras. Por eso conceptualizaremos algunos términos necesarios para entender objetivamente lo que buscamos en este proyecto.

### 3.1.1. Enfermedad Renal Crónica

Goristidi y colaboradores describen en su revisión a la ERC como el conjunto de alteraciones en el estado orgánico o en el funcionamiento renal en un periodo de al menos tres meses y con consecuencias para la salud. Este concepto no se modifica con respecto a la común, salvo por una definición añadida «con consecuencias para la salud», que muestra la definición de que puede haber distintos perjuicios renales orgánicos o en el funcionamiento que no terminen en consecuencias pronósticas (ejemplificando, una patología común como un quiste renal simple)<sup>1</sup>. Entre otros puntos de vista la enfermedad renal crónica (ERC) está concebida hoy por hoy como un punto débil de salud pública en el mundo. La tasa de incidencia acumulada y el nivel prevalencia de esta patología ha aumentado en los últimos tres decenios, así como los gastos que implican su tratamiento.

La ERC entonces se conceptualiza como la presencia de una disminución del funcionamiento renal, expresado por una tasa de filtración a nivel glomerular menor igual a sesenta ml/minutos/1,73 m<sup>2</sup> de superficie corporal o como la persistencia de un perjuicio y/o daño renal por un tiempo de más de tres meses, expresada en forma microscópica por la presencia de alteraciones y/o perjuicios histopatológicos en la biopsia de riñón o de manera indirecta por marcadores de alteración o inadecuado funcionamiento renal como albumina en orina o proteinuria, modificaciones en el urosedimento o alteraciones en exámenes imagenológicos<sup>1</sup>.

Desde otra perspectiva, la evidencia muestra que algunas de las consecuencias adversas en los pacientes con ERC pueden ser retrasados o prevenidos a través de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado. Lamentablemente, esta patología es muy poco diagnosticada y mal tratada muchas veces, lo que se refleja en la pérdida de salvedades para llevar a cabo medidas preventivas en estas personas, debido, entre otras cosas, a la falta de conocimiento por gran parte de la congregación médica de los aspectos para establecer una definición y clasificar a la enfermedad en estudio<sup>2</sup>.

#### 3.1.1.1. Epidemiología

La ERC tiene una elevada prevalencia, se describe en el boletín epidemiológico del Centro Nacional de Epidemiología del MINSA<sup>3</sup>, que llega a ser globalmente entre el once y el trece por ciento de las personas en el mundo, la cual en su mayor parte se halla en el estadio tres, así mismo este documento detalla que a nivel mundial, la ERC fue el motivo de alrededor de treinta y cinco millones de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) en el año 2016. Las variables epidemiológicas como son la tasa de incidencia acumulada, el nivel de prevalencia, el grado de mortalidad y los AVAD de la ERC a nivel mundial han incrementado sus cifras desde los años noventa, generado por el gran crecer y el envejecimiento de las personas y por la gran cantidad de pacientes con

enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial primaria y la diabetes mellitus tipo dos, que, con la patología glomerular, son considerables causas de la ERC. En el Perú, la ERC al igual que en otras naciones del mundo, es un serio punto débil de salud pública; y se estimó que para el año 2021, alrededor de treinta millones de personas mayores de edad ha tenido una ERC desde estadio I a IV, es aquí donde está la gran parte de pacientes no vistos por nuestro sistema de salud por la carencia de un planeamiento de salud renal que contenga políticas de estado en cuanto a prevención a nivel primario y secundario. De igual forma se estima que 23418 pacientes deberían estar con terapias de sustitución renal (TSR), pero para el año 2021, se visualizaron en el sistema sanitario 19135 pacientes que estaban recibiendo TSR, con una diferencia importante de 4283 pacientes que no tengan acceso a las TSR, por situaciones aún no definidas<sup>2</sup>.

El autor Dehesa López afirma que la ERC en etapas iniciales como precursora de la patología renal crónica terminal está cobrando gran importancia en los últimos decenios. La detallada descripción epidemiológica de esta enfermedad en estudio, no contenía y/o incluía en años anteriores a personas bajo tratamiento de sustitución renal. No obstante, desde el año 2005 los actuales criterios de ERC fueron aplicados a la data de la institución internacional de nombre National Health and Nutrition Examination Survey, la cual reportó ocho millones de personas con una tasa de filtración glomerular menor igual a sesenta ml/minuto/1,73 m<sup>2</sup> por superficie corporal en EEUU y doce millones con presencia de microalbuminuria, un marcador de alteración del funcionamiento renal<sup>3</sup>. Desde otro punto de vista, se informó un creciente aumento que bordeaba el 40% en la prevalencia epidemiológica de esta patología con relación al periodo de tiempo entre los años 88 a 94, dado por un aumento en los numero que representan la prevalencia de los estadios 3-5 en la clasificación de la patología renal crónica, afectando actualmente al 13-15% de la población global, lo que también ha sido mencionado en otros continentes como son Europa, Asia y Australia. La incidencia establecida en ese mismo periodo fue presentada con un valor de 347.1 por millón de habitantes<sup>3</sup>. En México se llevó a cabo un trabajo investigativo con modelo transversal en un universo que tuvo como muestra a tres mil personas aproximadamente, de ambos sexos, con edad mayor a 18 años, seleccionados al azar y pertenecientes al Seguro Social Mexicano ubicado en Morelia, Michoacán. Se halló que la depuración del producto del metabolismo denominado creatinina a través de la fórmula de cuantificación de Cockcroft-Gault y se ordenaron en una de las cinco categorías de ERC descritas por la KDOQI. La prevalencia de niveles de una TFG menor a 15 ml/minuto fue de 1.14 por millón de habitantes, mientras que la prevalencia de una eliminación de creatinina menor a 60 ml/minuto fue de 80.7 por millón de personas, lo que evidencia un elevado nivel de prevalencia de la ERC en dicho país al igual que a nivel internacional<sup>3</sup>. Dehesa López comparte de su investigación que la ERC constituye una problemática y debilidad de la salud pública en el país de México, gracias lo prevalente que es la enfermedad y a los impresionantes gastos que de ella se establecen. Al igual que a nivel internacional, la prevalencia de los estados iniciales de la patología es alrededor de 100 veces más que los estadios terminales de la misma. Esto es esencial ya que las principales complicaciones de la enfermedad en estudio, como son la disminución progresiva del funcionamiento renal y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, pueden ser prevenidas o intentar retrasarlas mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado,

óptimo y oportuno. En este sentido, contar con un concepto claro, sencillo, útil y aceptado de la patología, además de un sistema de clasificación basado en la gravedad de la misma y asociado a un plan de acción médico en sus estadios, es de crucial importancia para llevar a cabo una mejoría en el pronóstico de estas personas. Por último, resulta importante también, el conocimiento del concepto, la clasificación y gravedad del problema de la ERC por parte de la comunidad médica y la población en general<sup>4</sup>.

### 3.1.1.2. Clasificación

Gorostidi y colaboradores en su revisión y análisis del informe de la asociación española de la especialidad de Nefrología mencionan que, una vez hecho el diagnóstico, la enfermedad renal crónica se clasificará mediante las categorías de filtración glomerular y el biomarcador de daño renal, la albúmina en orina y según la etiología. El causal de la patología en mención se determinará según la existencia o defecto de una patología sistémica con probabilidad daño renal o mediante las alteraciones histopatológicas observadas o de carácter presuntivo. Los grados de filtración glomerular enumerados de G1 a G5 y de albuminuria informados como A1, A2 y A3 se evidencian en la tabla 1. Con respecto a la clasificación anterior de la ERC, se conserva como establecido el nivel de filtración glomerular de 60 ml/ minuto/1,73 m<sup>2</sup> x superficie corporal, y el grado o estadio 3 se divide en G3a y G3b, según la filtración glomerular esté entre 59 y 45 o entre 44 y 30 ml/ min/1,73 m<sup>2</sup> por superficie corporal. Así también, se deberá clasificar el marcador albuminuria en cualquier grado de filtración glomerular. Además, nos recomiendan reemplazar el término microalbuminuria establecido con anterioridad, por el de albuminuria moderadamente elevada. Se clasificará la albuminuria con los siguientes nombres: A1, A2 o A3, según la división que resulta de albúmina sobre la creatinina en una muestra de orina sea menor a 30, 30 a 300 o sobre 300 mg/g, respectivamente o según los datos correspondientes de excreción urinaria de albúmina<sup>1</sup>.

Tabla 1. Categorización de la ERC por TFG y albuminuria.

Pronóstico de la ERC según FG y abuminuria: KDIGO 2012				Categorías por albuminuria persistente		
				Descripción e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal o aumento leve	Aumento moderado	Aumento grave
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
Categorías por FG, descripción y rango (mL/min/1,73m <sup>2</sup> )	G1	Normal o alto	> 90			
	G2	Levemente disminuido	60-89			
	G3a	Descenso leve-moderado	45-59			
	G3b	Descenso moderado-grave	30-44			
	G4	Descenso grave	15-29			
	G5	Fallo o fracaso renal	< 15			

### 3.1.2. Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónica

A nivel mundial, la diabetes mellitus tipo dos es una de las principales y más notorias causas de la ERC y es la causa más común de la enfermedad renal en etapa terminal. Como ejemplo, en los Estados Unidos en 2017, la diabetes se informó como una etiología primaria en casi la mitad de todos los pacientes diagnosticados con dicha entidad. Sin embargo, es imposible saber la verdadera incidencia y prevalencia de la ERC y la insuficiencia renal por diabetes, porque las biopsias renales, que son el gold estándar para el diagnóstico de la enfermedad renal diabética, se realizan con poca frecuencia en pacientes con diabetes y ERC<sup>5</sup>. La patología renal por la diabetes es una enfermedad de difícil manejo y heterogénea con numerosos caminos etiológicos superpuestas. La alta concentración de azúcares en la sangre da como resultado la producción de productos finalizados el proceso de glicosilación avanzada y especies reactivas de oxígeno. Estos productos metabólicos tóxicos activan las señales en el intercelular para la codificación génica pro inflamatoria y pro fibrótica con la producción de una serie de mediadores para la lesión celular. Si bien la hiperglucemia indudablemente juega un papel central, la hiperinsulinemia y la resistencia a la insulina también pueden incitar mecanismos patogénicos, lo que posiblemente explique la variación en la histopatología entre la diabetes tipo 1 y tipo 2. En última instancia, las alteraciones en la hemodinámica glomerular, la inflamación y la fibrosis son los principales mediadores del daño tisular renal, aunque es probable que la contribución relativa de estos mecanismos varíe entre los individuos y en el curso de la evolución natural de la nefropatía diabética<sup>6-8</sup>.

La carga de la nefropatía diabética es elevada, lo que se traduce en un descenso del status y grado de calidad de vida y una elevación de los índices de discapacidad y muerte prematura. A nivel mundial, la incidencia estandarizada por edad de enfermedad renal diabética disminuyó aproximadamente un 10 % entre 1990 y 2017; sin embargo, los años de vida no útiles por discapacidad y la tasa de mortalidad aumentaron durante este período (en aproximadamente un 20 % y un 10 %, respectivamente). Los costos de atención médica también aumentan significativamente en personas con enfermedad renal diabética<sup>8</sup>.

Aunque la prevalencia de la diabetes en los Estados Unidos ha aumentado en los últimos 20 años del 6 al 10 por ciento, la proporción de personas con diabetes que también tienen ERC se ha mantenido relativamente estable (aproximadamente del 25 al 30 por ciento). Sin embargo, la distribución de las manifestaciones clínicas de la enfermedad renal diabética ha cambiado<sup>8</sup>.

La prevalencia de aumento persistente de albuminuria moderada a grave (es decir, una concentración de albúmina sobre creatinina en la orina  $\geq 30$  mg/g) en pacientes diabéticos disminuyó de aproximadamente el 20 % durante el período de 1988 a 1994 a aproximadamente el 15 % durante el período de 2009. a 2014.

Por el contrario, la prevalencia de la tasa de filtración glomerular estimada (TFG) disminuida, conceptualizada como una tasa de filtración glomerular menor a sesenta ml/minuto/1,73 m<sup>2</sup>, aumentó de un 10 a un 15 por ciento<sup>9</sup>.

A pesar de la alta prevalencia de enfermedad renal entre las personas con diabetes, la conciencia sobre la ERC es extremadamente pobre incluso en los Estados Unidos. Solo el 10 por ciento de las personas con ERC en etapa 3 (TFG de 30 a 59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) conocen su diagnóstico; aunque esta proporción es mayor entre las personas con ERC en estadio 4 (TFG de quince a veintinueve

ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), menos del 60 % de los pacientes en general conocen su enfermedad<sup>9</sup>.

La nefropatía por diabetes mellitus tipo dos es una causa común de ERC, pero la incidencia de ERC entre los pacientes diabéticos con ERC es relativamente poco común porque la mayor parte de las personas con nefropatía diabética fallecen antes de requerir terapia de reemplazo renal. En los Estados Unidos, más de 58 mil personas tienen ERC atribuida a la diabetes, lo que representa casi el 50 % de todos los pacientes con ERC. En todo el mundo, la incidencia anual de ERC atribuida a la diabetes está aumentando, quizás debido a una mayor supervivencia global. La incidencia está aumentando más rápido en las regiones de África y el Pacífico Occidental y entre los grupos de bajos ingresos. Estos datos subrayan el creciente costo de la diabetes en la salud y su impacto desproporcionado en las poblaciones desatendidas<sup>10-12</sup>.

### 3.1.3. Anemia y su relación con la ERC

La anemia es común entre las personas con diagnóstico de ERC. Además de causar síntomas incapacitantes, la anemia severa puede afectar la función cardiovascular en pacientes con ERC que no reciben diálisis y pacientes con diálisis. Entre las personas con ERC que no son tratados con la diálisis, la anemia grave puede estar asociada con una progresión más rápida de la ERC, incluida la enfermedad renal en etapa terminal<sup>12</sup>.

La anemia puede ser un factor a considerar de sumo riesgo para el avance de la ERC, incluida la enfermedad renal en etapa terminal. Como ejemplo, un estudio de cuatro años de más de 1500 pacientes con nefropatía diabética encontró que, en comparación con las personas con los valores más altos de hemoglobina (Hb) inicial (>13,8 g/dL), las personas con niveles más bajos de Hb tenían un aumento de casi el doble en el riesgo ajustado de progresar a terapia de sustitutiva renal. En otro estudio de 415 pacientes con ERC, la combinación de anemia e hipertrofia ventricular izquierda (HVI) también se asoció con una disminución renal más rápida en comparación con pacientes sin anemia ni HVI y en comparación con pacientes con HVI pero sin anemia. Varios otros estudios han apoyado de manera similar la relación entre la anemia y una progresión más rápida de la ERC en varias poblaciones<sup>13-14</sup>.

El mecanismo para un descenso más rápido de la función del riñón por la anemia más grave no se conoce con certeza, pero podría implicar una isquemia renal de bajo grado o los efectos de la inflamación subyacente que causa tanto la anemia como la progresión de la ERC. A partir de modelos animales de lesión renal isquémica y nefrotóxica, se han propuesto varios mecanismos por los cuales la eritropoyetina podría tener efectos reno protectores. Estos incluyen reducción de la apoptosis, aumento de la regeneración tubular, disminución de la actividad de la caspasa y disminución de la fibrosis intersticial<sup>14</sup>.

La anemia por enfermedad crónica y/o la deficiencia de hierro tienen una repercusión negativa en el nivel de la calidad en la vida de las personas, el rendimiento cardiovascular, la tolerancia al ejercicio y la aptitud mental, de manera similar a los efectos de la anemia por deficiencia de hierro<sup>15</sup>.

#### 3.1.4. Calidad de vida

Aunque es difícil de definir, la calidad de vida tiene un concepto propio para la mayoría de las personas. Está constituida de conceptos amplios que afectan la satisfacción del ser humano con la vida global, incluida la buena salud, el hogar adecuado, el trabajo, la seguridad de uno mismo y familiar, las relaciones interpersonales, la educación y las actividades de recreo. Para temas relacionados con el cuidado de la salud, la calidad de vida se ha basado específicamente a aquellas preocupaciones de la vida que se ven más afectadas por la salud o la enfermedad, de ahí el término calidad de vida relacionada con la salud<sup>15-16</sup>.

El concepto de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) surgió de la definición más amplia de calidad de vida en general y, por concepto, se centra más en las dimensiones de la calidad de vida que pueden influir directamente en el estado de salud. Estas dimensiones pueden contener los síntomas de la patología y las consecuencias de la terapéutica, la satisfacción con el manejo, el funcionar y el bienestar físico, el funcionamiento sociofamiliar y la satisfacción plena con la vida, y la salud a nivel de psicológico, incluido el bienestar emocional y el funcionamiento cognitivo. La CVRS no incluye aspectos de la vida que a menudo se relacionan con el concepto más amplio de calidad de vida, como los ingresos de dinero, los bienes financieros, la ingesta adecuada de alimentos y las condiciones del ambiente, como la pureza del aire, el clima, las libertades política y personal y la seguridad pública que se relaciona con la parte de crímenes. Algunas investigaciones han comenzado a analizar algunos de estos dominios más amplios de la calidad de vida y su relación con la CVRS<sup>17-18</sup>.

Los modos específicos para valorar el proceso de una patología grave o su tratamiento y/o manejo incluyen la cantidad y el nivel de la calidad de vida, así como el costo en la parte económica para el paciente, es decir, es aspecto económico tangencial de la atención. Aunque según la historia la duración de la sobrevivida se ha tomado en cuenta como la más importante entre todas juntas, el impacto de la patología en el nivel de la calidad en la vida ha recibido un reconocimiento cada vez más fuerte. Desde los años 80s, la mejora de la CVRS ha sido uno de los puntos a favor potenciales detallados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos como base para la aprobación total de nuevas drogas contra el cáncer. En el año 2009, la FDA lanzó a luz un manual específico para el desarrollo y la comprobación de medidas de calidad de vida, también se denominan como medidas de resultado informadas por el paciente, que podrían ser adecuadas para fines normativos. Desarrollados profundamente por los autores de la FDA en el año 2016, los componentes de calidad en la vida recomendados para fines de marcado de medicamentos incluyen síntomas relacionados con la enfermedad, el funcionar físico y situaciones adversas detallados por el paciente<sup>18</sup>.

Durante la historia, la CVRS ha sido una preocupación importante del desarrollo de la oncología desde el año 49, cuando los científicos Karnofsky y Burchenal realizaron un parámetro clínico para cuantificar el desempeño funcional de las personas con cáncer. En las últimas tres décadas ha surgido un interés creciente en la evaluación sistemática de la CVRS en pacientes con cáncer utilizando medidas estandarizadas y autoadministradas y se ha convertido en un foco a considerar de puntos beneficiosos para los manejos más nuevos, así como una base para documentar el nivel de calidad de la atención del cáncer<sup>19-20</sup>.

Otras fuentes como la de Ardila y colaboradores, sostienen que la calidad de vida es un nivel de satisfacción global, derivado de la realización óptima de las potencialidades del ser humano. Tiene distintos aspectos subjetivos y objetivos. Es un sentir subjetivo de bienestar en todas las dimensiones que conforman a la persona tales como a nivel físico, psicológico y social. Tiene dentro de sí a aspectos subjetivos los cuales son por ejemplo la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida en la persona, la productividad y potencialidad personal y la salud como parámetro objetivo. Como aspectos objetivos además se considera el bienestar material, las relaciones basadas en armonía con el ambiente a nivel físico y social y con la sociedad, y la salud que se percibe.

En este concepto hay varios aspectos que analizar, en primera instancia que calidad de vida es un estado que se caracteriza por una satisfacción general, que surge de llevar a cabo las potencialidades que la persona posee. Realización personal y calidad de vida son dos elementos que se han asociado, y están muy relacionados<sup>20</sup>.

Como menciona Verdugo y colaboradores en su publicación discapacidad e inclusión manual para la docencia, la definición de calidad de vida se ha vuelto en un elemento de interés para las puesta de prácticas y los estudios investigativos en las áreas de la enseñanza y enseñanza especial, además de aspectos relacionados a la salud biológica y mental, los servicios sociales para limitaciones intelectuales y del desarrollo adecuado, así también el estudio en la familia, las agrupaciones, comunidades, distritos y las políticas públicas<sup>20</sup>. La modificación importante de este paradigma se da en la comprensión de la discapacidad y su paralelismo en el cambio de modelo hacia la Psiquis Positiva que ha habido en los conocimientos de la conducta y el comportamiento. La definición de calidad de vida forma parte de este cambio de modelo, junto con el desarrollo de un paradigma de la discapacidad y el dar apoyo individualizado, es decir a cada persona teniendo en cuenta cada una de sus características. La importancia que tiene la definición de calidad de vida es que involucra los cambios de los paradigmas mencionados, sirviendo como una referencia para reconceptualizar las prácticas de los profesionales, en este caso de salud y la gestión del rol de las asociaciones que brindan servicios y apoyos a las personas con limitaciones intelectuales y del desarrollo. Mencionar calidad de vida es hablar de resultados en la persona y su continua valoración, la cual determinamos relacionada con distintos elementos de calidad de vida y sus aspectos, que han sido ampliamente leídos y analizados por los autores y colaboradores<sup>21-22</sup>.

Evaluando los conceptos de calidad de vida, se logra entender que la importancia del estudio de esta última en distintas poblaciones que están expuestas a tener problemas de salud crónicos permite valorar de un mejor modo la situación actual con la que vive un paciente y de este modo analizar factores externos al tratamiento médico tangible, como es la variedad de aspectos que puede tener un ser humano en sus distintas dimensiones, entiéndase desde la condición en cuanto a economía, sociabilidad, culturalidad y entre otras que indirectamente influyen en el proceso de respuesta a la terapéutica implantada en el enfermo. Por ello, hay que estudiar este parámetro para intervenir en los defectos encontrados para que la persona logre una mejoría evidenciable, física y/o psicológicamente en la mejora individual y colectiva<sup>22</sup>.

### 3.1.5. Evaluación de la Calidad de Vida

Velarde y colaboradores estipulan en su publicación Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida que la evaluación de esta última es de crucial importancia, pero de difícil cuantificación objetiva. El grado de calidad de vida es un elemento que se afecta por la patología como por las consecuencias adversas que involucra la terapéutica. Los parámetros pueden estar basados en cuestionarios directos a las personas que padecen alguna enfermedad, con respecto al inicio de la patología, su diagnóstico y a las modificaciones de la sintomatología a través del tiempo. Gracias a que el grado de calidad de vida se norma en parámetros blandos con una carga de subjetivismo, se necesita de métodos y medios de evaluación que posean validez, que sean reproducibles y no generen desconfianza. Hoy por hoy contamos con herramientas objetivas que mediante cuestionarios y encuestas alcanzan escalas e índices que dejan medir los aspectos que involucran el nivel de salud. Las herramientas para parametrar la calidad de vida deben establecerse como instrumentos adicionales del médico en la evaluación integral y total del paciente, y en la realización de ensayos clínicos e investigativos. Los materiales dispuestos para medir el grado de calidad de vida se clasifican en elementos genéricos y específicos. Los primeros citados resultan útiles para comparar distintas poblaciones y enfermedades, pero poseen el riesgo de ser poco sensibles a las modificaciones clínicas, por lo que su objetivo es descriptivo. Por otro lado, los instrumentos específicos se basan en las características especiales de una determinada patología, sobre todo para poder evaluar modificaciones físicas y efectos de lo que involucra el tratamiento a lo largo del tiempo<sup>22-23</sup>.

La evaluación del grado de calidad de la atención por los médicos ha utilizado en gran medida medidas que valoran el proceso de cómo es que se desarrolla la atención. Estos parámetros de desempeño pueden incluir evaluaciones, como por ejemplo la proporción de proveedores que realizan un examen de los pies en pacientes con diabetes mellitus, o recomiendan o recetan un manejo indicado para una situación específica. Cada vez más, los usuarios y los proveedores están interesados en utilizar adicionalmente medidas que aseguran una correcta evaluación de la CVRS. Los parámetros de rendimiento de resultados detallados por la persona incluyen evaluaciones como el nivel de síntomas relacionados con depresión informados por la persona, el grado de función biológica, el grado de dolor y el nivel de calidad del sueño. Con lo expuesto se puede comprender que mientras un instrumento se prepare a lo largo del tiempo con distintas aplicaciones para un objetivo como una enfermedad como tal, se obtendrá mejores resultados ya que se orienta a descubrir en la persona en estudio, detalles que son característicos de la patología que pueda tener, ello orientado a una intervención más efectiva sobre las situaciones que pueden generar un deterioro de la calidad de vida. Por ejemplo, en el caso de nuestro estudio enfocado en la ERC se podría indagar en si existiese problemas con el acceso vascular, característica que otras enfermedades crónicas no tendrían.

### 3.2. Antecedentes Investigativos

Se exponen a continuación estudios realizados a nivel local, en donde resalta uno realizado por Sánchez Chicata y colaboradores en su trabajo de investigación que fue diseñado para evaluar la asociación que existe entre la estima a uno mismo y el nivel de la calidad en la vida de personas con patología

renal, en una unidad de diálisis del Hospital HDE, aplicado a alrededor de 100 personas, para la colección de datos se usó una ficha, el cuestionario de Coopersmith y el cuestionario sobre calidad de vida titulado SF-36. En este estudio se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado. Dio como resultado que la mayoría de las personas se encuentran en un rango entre 56 y 70 años, siendo varones nacidos en Arequipa, con un ingreso menor de 850 nuevos soles, con una duración de la patología de uno a cinco años y la población padece una enfermedad compleja. Al evaluar la autoestima en las subescalas: sí mismo, hogar y social; se encontraban en un nivel medio con el cuarenta y tres, cuarenta y cinco y cincuenta y cinco por ciento respectivamente, mientras que en la subescala laboral con el treinta y seis por ciento y en la autoestima general se encontró en un cuarenta y cuatro por ciento. Al evaluar la calidad de vida el setenta por ciento tiene buena calidad de vida. Se concluye que existe una relación significativa entre el nivel de estima a sí mismo y la variable calidad de vida en pacientes hipertensos con enfermedad renal crónica. El objetivo de este estudio fue proporcionar datos sobre los resultados que permitirán a los médicos mejorar la profilaxis de la ERC y formar un grupo de apoyo para el trabajo del paciente<sup>32</sup>.

Por otro lado, Arque Flores en su estudio sobre estilos de afrontamiento y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica, en ESSALUD, Arequipa, resalta que la enfermedad en mención, suele ser muy prevalente epidemiológicamente debido a las principales causas asociadas con el envejecimiento, la presión arterial elevada y la diabetes mellitus tipo 2. La ERC es la disminución progresiva del buen funcionar renal, lo que resulta en la disminución de funciones de depuración, excreción, metabolismo y función endocrina del órgano. Por tanto, los pacientes viven con una función renal significativamente reducida y con una alta probabilidad de deterioro de otros órganos internos, a veces causa enfermedades cardiovasculares, neuropatía, amputación, anemia, etc. Estos factores hacen que la ERC sea considerada importante para los decisores y los planificadores de salud. Los pacientes sufren un considerable deterioro físico por dicha enfermedad, y las condiciones de vida actuales son limitadas. Sentirse deteriorado, incapaz e indefenso afecta negativamente la comprensión de la calidad de vida. El nivel de calidad en la vida está relacionado con la adaptación del paciente al tratamiento y a las nuevas formas de vida. Independientemente del resultado del proyecto, luchar por sí solo es un signo del nivel de adaptación, por lo que la idea de adaptación es la clave para comprender el valor de la vida directamente relacionado con el proceso de paciencia<sup>33</sup>.

Flores Deza, en su trabajo sobre la aceptación del manejo y tratamiento con el grado de la calidad de vida en pacientes con ERC en Hemodiálisis del Hospital HDE, plantea explicar la relación entre la capacidad del paciente en cumplir su tratamiento y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal en el departamento de hemodiálisis de dicho hospital. Este trabajo investigativo fue realiza con un modelo cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. Para la toma de datos, se utilizó la encuesta con un cuestionario; los materiales fueron una ficha de toma de data, el cuestionario de valoración de aceptación al tratamiento de diálisis, explicado en los aspectos de la OMS y preguntas de calidad de vida para la enfermedad renal haciendo uso del cuestionario. El

estudio tuvo una muestra de 60 miembros con ERC que estuvieron inscritos en el registro de la unidad de diálisis según los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados mostraron que los años de vida en promedio de los pacientes bordeaban los 60 años o más, eran en su mayoría arequipeños, el tiempo de enfermedad renal era de entre tres meses a un año y el tipo de acceso vascular para la terapia de reemplazo renal en mayor frecuencia fue el de catéter venoso central con un porcentaje que alcanzaba el cuarenta y tres por ciento. De los expuesto se concluyó que la aceptación al tratamiento global relacionada con la calidad de vida no es buena con el setenta y cinco por ciento, la aceptación al tratamiento en asociación con la calidad de vida es regular y buena con el doce por ciento y en la aceptación al tratamiento satisfactorio es mala con el cincuenta y uno por ciento, buena calidad de vida con el veintiséis por ciento. A pesar de que el grado de calidad de vida es malo, los pacientes mantienen una satisfacción moderada con los tratamientos medicinales, principalmente por el cuidado y atención a sus verdaderas necesidades físicas y mentales. Con el uso de la prueba de chi-cuadrado en las variables de tratamiento y calidad de vida,  $X^2C = 0.399$  indica que no se halló una correlación significativa entre los dos<sup>34</sup>.

A nivel nacional, estudios similares a este realizados por distintos autores, se describen en las siguientes líneas, uno de ellos por ejemplo hecho por Sebastián Raymundo sobre la asociación entre ser asertivo y calidad de vida en pacientes con ERC en tratamiento de diálisis en una clínica Limeña, cuyo objetivo se centró en entender la relación entre el ser asertivo y la calidad en la vida en un grupo de pacientes con ERC en terapia de diálisis. Se utilizó un registro de datos, de la cual se pudo conseguir información sobre la población y ocupación. Participaron en este trabajo 45 pacientes de entre 20 y 71 años. El método de evaluación de la asertividad fue el de García Magaz, y para parametrizar las variables calidad de vida se hizo uso del SF-36 modificado por el equipo de investigación. Los resultados mostraron que existe una correlación entre el ser asertivo y el grado de calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas que reciben hemodiálisis regularmente en el estudio, así también se encontró una relación baja entre asertividad y las dimensiones que comprenden salud, lo psicoemocional, función social y salud mental<sup>35</sup>.

Vallejos Núñez, en su trabajo de investigación basado en la descripción del grado de calidad en la vida en personas en terapia de diálisis en una clínica Limeña, en el cual participaron pacientes con ERC siendo los mencionados un total de 120 diagnosticados de tal patología. Se utilizó la encuesta y el cuestionario a aplicar fue el de Valoración de calidad de vida en personas en diálisis. Se obtuvieron resultados en donde se vio que el nivel de calidad de vida fue de ochenta y cinco por ciento con un nivel regular; el quince por ciento, un nivel que se estableció como adecuado; ninguno con un nivel malo. Así mismo, el nivel que engloba es el aspecto físico, el cincuenta y uno por ciento alcanzó un nivel regular; el treinta y cinco por ciento, un nivel inadecuado; el doce por ciento un nivel bueno. Dentro del aspecto emocional, la mitad resultó tener un nivel bueno; el cuarenta y ocho por ciento, un nivel regular y menos del uno por ciento un nivel malo. A nivel de la dimensión social, aproximadamente el sesenta por ciento obtuvo un nivel bueno; bordeando el treinta y nueve por ciento, un nivel regular; ninguno, malo. La dimensión de relaciones interpersonales, aproximadamente el cincuenta y siete por ciento obtuvo un

nivel bueno; el treinta y cinco por ciento, un nivel regular; y el seis por ciento un nivel malo. Dentro del aspecto de aficiones y vacaciones, el cincuenta y siete por ciento obtuvo un nivel regular; el veinte seis por ciento, un nivel malo; el quince por ciento un nivel bueno. Se concluye entonces que la mejora de la calidad en la vida de las personas con ERC fue de carácter regular<sup>36</sup>.

Pinedo Cabanillas, en su estudio relacionado con la felicidad y su asociación con la calidad en la vida de personas con diagnóstico de ERC en la ciudad de Lima, trata de explicar la relación entre el ser feliz y el nivel de la calidad de vida de las personas diagnosticadas de dicha enfermedad. El número de pacientes que estuvieron dentro de este trabajo de investigación son aquellas personas diagnosticadas con ERC que se encuentran en terapia de diálisis en un hospital limeño, siendo la muestra 50 personas de ambos sexos, incluyendo todos los niveles económicos y de edades que bordean los 20 a 69 años de vida, todos ellos habitan en la ciudad de Lima. El análisis del estudio no fue de tipo experimental y tiene un modelo correlacional. Se utilizaron tres instrumentos que se detallan a continuación: una ficha sociodemográfica, la Escala de Felicidad de Lima y el Cuestionario de Salud SF 36. Previo a la toma de datos, se llevó a cabo un estudio pequeño donde se puso en uso el cuestionario de salud SF 36 para determinar si la población lo comprendía adecuadamente y verificar además la calidad y credibilidad de este en los peruanos. Los resultados demuestran que existe una correlación significativa entre la felicidad y el nivel de calidad de vida relacionado con la salud de las personas con ERC en la capital del Perú. Los pacientes del estudio mostraron un nivel moderado de felicidad y una calidad de vida adecuada y las variables a menudo estaban estrechamente relacionadas. Se concluyó que cuanto mayor es la felicidad, mayor es el nivel de valor de la vida y viceversa<sup>44</sup>.

Magaly Rodríguez, a nivel internacional, en Chile realizó un trabajo investigativo sobre calidad de vida en el paciente con ERC en terapia de diálisis, este trabajo fue con un modelo transversal, cuyo deseo fue entender las características personales y calidad de vida de pacientes con ERC en terapia de hemodiálisis. La muestra estuvo compuesta por noventa pacientes de dos unidades prestadoras de servicio de diálisis de la ciudad de Concepción. El nivel de calidad de vida se parametró haciendo uso del cuestionario de salud SF-36. Casi la media de las personas en esta investigación tenía edades entre de 45 y 64 años de vida, el sexo fue prácticamente igual en relación a varones y damas,  $\frac{3}{4}$  partes de estos pacientes mencionaron tener pareja, más de la mitad de los pacientes tenía bajo nivel de escolaridad. El dato más alto de calidad de vida fue 81 aproximadamente y el más bajo 3,2. Por lo que se pudo llegar a la conclusión que aproximadamente el cincuenta por ciento de las personas en trabajo de investigación tenían una calidad de vida superior del nivel promedio<sup>45</sup>.

Adell Lleixà, y colaboradores en su trabajo sobre valoración del nivel de calidad de vida relacionada con la salud en la ERCT mediante un cuestionario de resultados, tuvo como propósito valorar nivel de la Calidad en la Vida asociada con la Salud de las personas con ERCT y hallar las diferencias más importantes según el sexo, entiéndase relacionado a ser varón o mujer y respecto al tratamiento recibido y el manejo de cada paciente. Este trabajo fue de tipo

observacional y analítico; realizado a personas con terapia de Hemodiálisis de o Hemodiafiltración. Se aplicó estudios estadísticos usando un modelo descriptivo e inferencial y se consideraron resultados significativos un valor de confianza de 0.05. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en: niveles de albúmina en plasma y dosis de terapia adecuada ( $Kt/V$ ) según fueron damas o varones. En los aspectos del nivel de calidad de vida que comprendían molestias, dilemas, carga de trabajo, dimensión sexual, rol físico, valoración del dolor y el sentirse vivo según sexo. Y de acuerdo a la técnica en: seguimiento de sueño, comportamiento del personal de diálisis y estado físico. En el análisis que se aplicó finalmente, los únicos aspectos clínicos y sociodemográficos que mostraron ser predictores en algunas de los elementos de las escalas KDQOL-SF fueron el sexo, el grado de instrucción y el tipo de procedimiento de diálisis. Se concluyó de este proyecto que las variables sociodemográficas, de laboratorio, el sexo y el tipo de procedimiento de diálisis tienen asociación considerable sobre el nivel de la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica avanzada<sup>37</sup>.

Carmen M. Perales en su proyecto de investigación en Madrid, sobre predictores psicosociales del nivel de calidad de vida en personas con ERC en tratamiento de diálisis, tuvo como propósito valorar la calidad en la vida asociada con la salud de las personas con enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva de diálisis, así como valorar la capacidad predictora de algunos elementos psicológicos y sociales como son el apoyo social, la autoeficacia, el optimismo la disposición, el estado depresivo, estado ansioso y formas de afrontamiento, sobre los niveles de calidad de vida relacionada con la salud. La metodología que se usó en este trabajo se dio mediante la valoración del nivel de calidad de vida relacionado con la salud de 39 personas en terapia de hemodiálisis mediante el cuestionario SF-36. La capacidad de predicción para valorar el nivel de las variables evaluadas se estudió mediante técnicas de correlaciones y mediante análisis estadísticos de regresión múltiple. Se tuvo como resultados finales que las personas reflejaron niveles de CVRS bajos respecto a los valores del cuestionario. Los estados depresivos son el principal elemento de predicción de la calidad de vida, estableciéndose negativamente a todos sus elementos. El nivel de preocupación y ansiedad, las formas de afrontamiento del estrés como la indefensión, en algunas ocasiones la desesperanza y el pesimismo, se relacionan con mínimas puntuaciones en cuanto a niveles de calidad de vida. Por otro lado, el optimismo, el tener apoyo social y familiar, la autoeficacia y el estado de resiliencia se asociaron a mejores niveles de calidad de vida. De lo expuesto se concluye que los resultados obtenidos en este trabajo tienen implicaciones clínicas en cuanto a las dimensiones a las que debe orientarse el actuar por psicología, destinado todo ello a la mejora del nivel de calidad de vida en las personas que padecen enfermedades crónicas como es una de ellas, la ERC<sup>46</sup>.



## **CAPITULO II**

# **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

### **1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN**

- 1.1. Técnica utilizada : La encuesta.
- 1.2. Instrumento utilizado: Cuestionario KDQOL TM36 y Hoja para coleccionar datos.

## 2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. **Escenario:** Clínica de Hemodiálisis Sermedial.

2.2. **Unidades de estudio:**

**Población:**

Personas con ERC en terapia de diálisis en la institución prestadora de salud Sermedial durante el mes de diciembre del año 2023.

**Muestra:** De un total de 270 pacientes, que se presentaron en el informe del registro nacional de diálisis, solo 200 cumplen adecuadamente con los citados criterios de inclusión.

2.3. **Temporalidad:** diciembre 2023

### Criterios de elección:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes varones y mujeres	Pacientes con alteraciones del contenido y nivel de conciencia.
Pacientes mayores de edad	Instrumentos de evaluación inadecuados.
Pacientes con diagnóstico con ERC en terapia de diálisis.	Pacientes menores de edad.
Pacientes que realicen su hemodiálisis en la Clínica Sermedial.	

## 3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. Organización

1. Aprobación del trabajo de investigación por la Facultad de la carrera de Medicina Humana (FDMH) y Comité de Ética de la Universidad Católica de Santa María.
2. Solicitud de autorización para el desarrollo del estudio al director médico del establecimiento.
3. Se solicitará autorización a los pacientes para la participación en el presente trabajo mediante un consentimiento informado.
4. Los pacientes completarán el cuestionario con orientación del autor.
5. Se llenará la ficha de recolección de la data.
6. Finalmente se procesan los datos y se presentan los resultados.

### 3.2. Recursos

- **Humanos:**

Autor  
Asesor  
Pacientes

- **Materiales:**

Cuestionario KDQOL TM36 adaptado al español

Ficha de toma de data  
Materiales de escritorio  
Computadora  
Impresora  
Programas informáticos: Word, Excel y Power point.

○ **Aspectos éticos del estudio:**

- El proyecto explicado en anteriores líneas, antes de ejecutarse debe ser evaluado y visto por el Grupo Institucional de Ética de la UCSM para su efectivización.
- No se experimentará con humanos ni animales y se guardará confidencialidad de la información de los pacientes

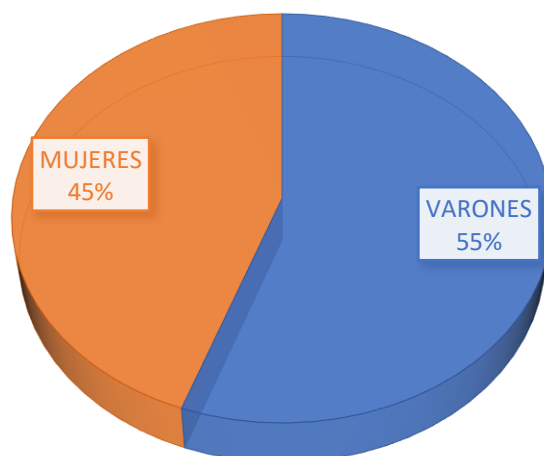




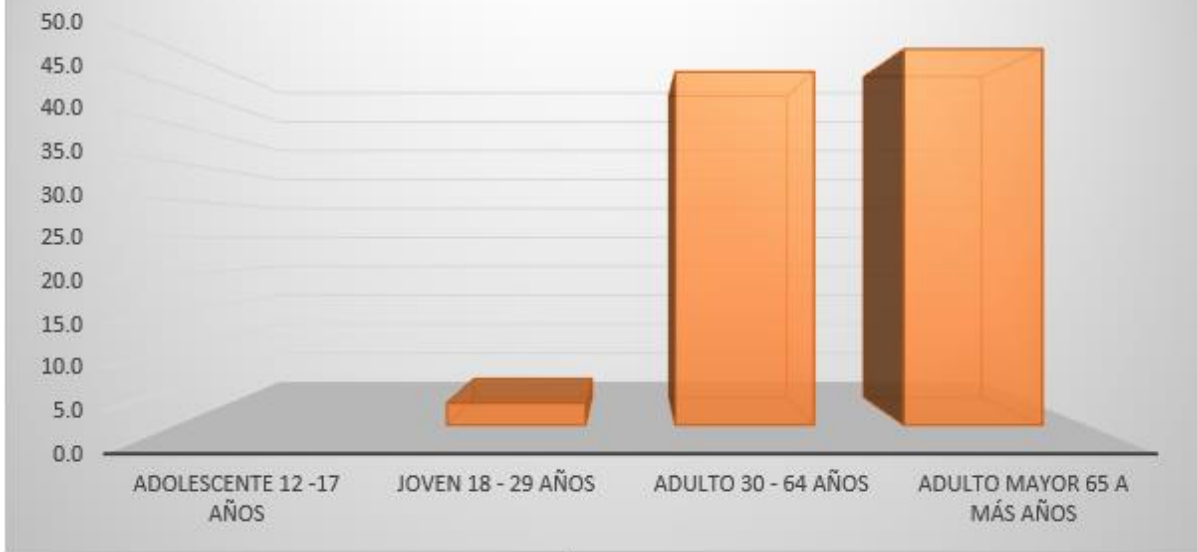
## **CAPITULO III RESULTADOS**

De la investigación presentada se obtuvieron los siguientes resultados respecto a las variables clínico - epidemiológicas, de un universo de 270 pacientes, 200 cumplieron con los parámetros de inclusión y estuvieron constituidos en un 45% por mujeres y en un 55% por varones (Gráfico 1); la etapa adulta mayor que va de los 65 a más años de edad ocupó un 50% del grupo estudiado, seguido de la etapa adulta cuyos límites de edad abarcan de los 30 a los 64 años que alcanzó un valor de 47% y por último la etapa joven de 18 a 29 años que obtuvo un valor de 3% (Gráfico 2); respecto al origen de la ERC de los pacientes se calculó que en un 46% se debía a diabetes mellitus tipo 2, mientras que en un 24.5% la causa se centró en la hipertensión arterial, el porcentaje restante se debió a etiologías no filiadas, glomerulopatías y patologías renales congénitas (Gráfico 3); en cuanto al tiempo de hemodiálisis el 61% presentó menos de 5 años en terapia de hemodiálisis, por otro lado el 39% llevaba más de dicho tiempo en terapia de reemplazo renal (Gráfico 4); en lo que involucró al tipo de acceso vascular la mayoría de las personas en estudio eran usuarios de fístula arteriovenosa representados en un 63.5%, congruentemente el 21% presentaron catéter venoso central permanente y un 15.5% catéter venoso central temporal (Gráfico 5); finalmente el 30.5% de la muestra presentó niveles de hemoglobina menores a 10 gr/dl, mientras que el 69.5% representó a las personas que tenían un valor superior a tal (Gráfico 6).

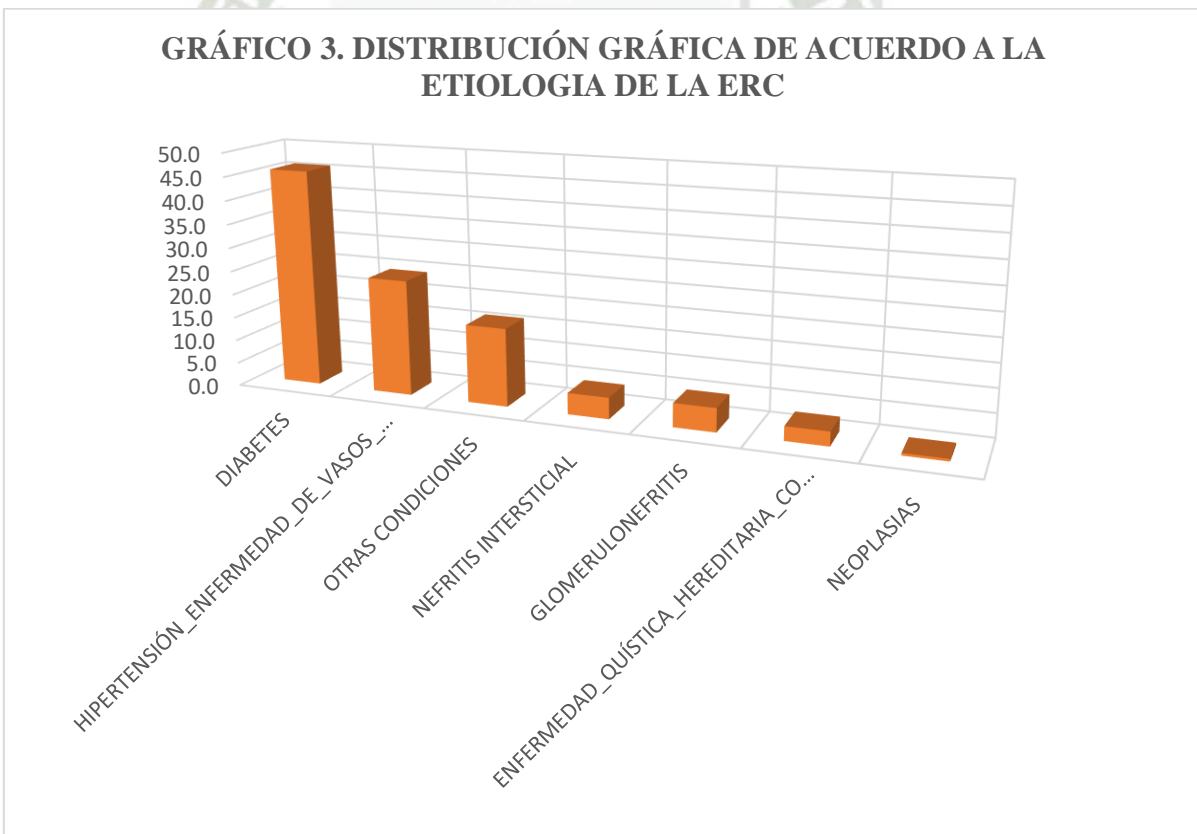
**GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN GRÁFICA DE VARONES Y MUJERES**



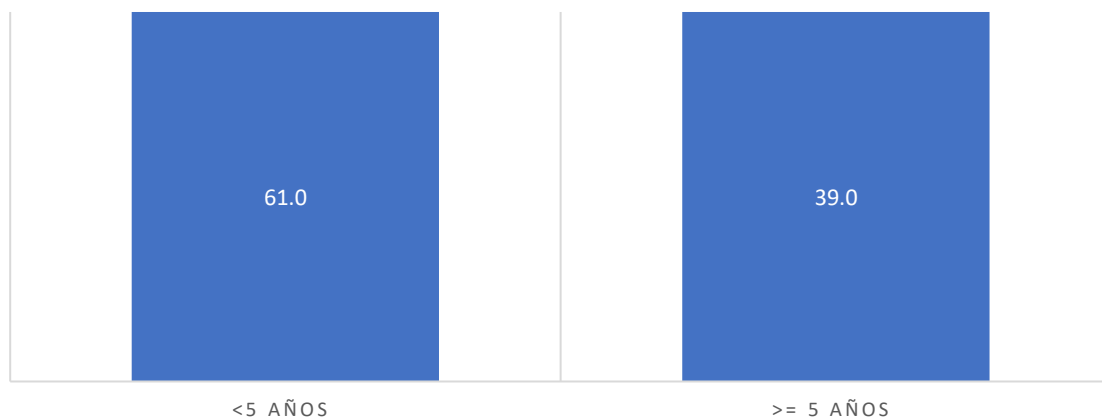
**GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN GRÁFICA POR ETAPAS DE VIDA  
MINSA**



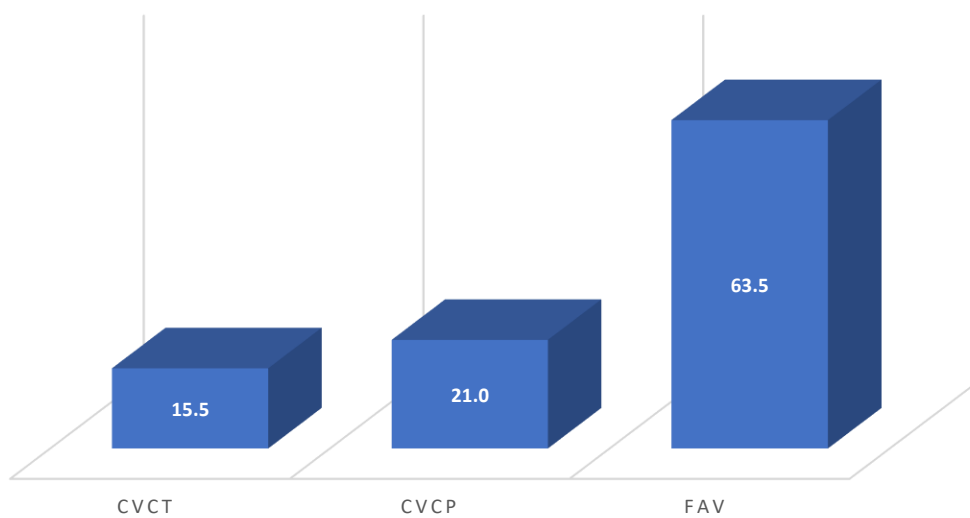
**GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN GRÁFICA DE ACUERDO A LA  
ETIOLOGIA DE LA ERC**



**GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN GRÁFICA DE ACUERDO AL TIEMPO EN HEMODIÁLISIS (AÑOS)**

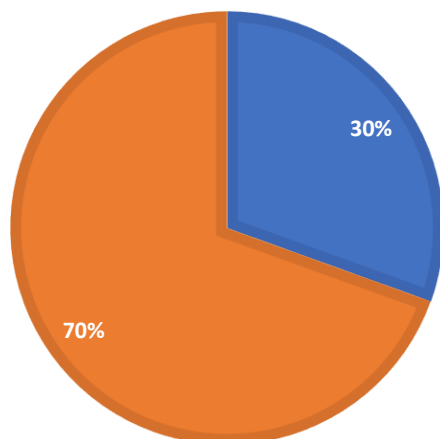


**GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN GRÁFICA DE ACUERDO AL TIPO DE ACCESO VASCULAR**



### GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN GRÁFICA DE ACUERDO AL NIVEL DE HEMOGLOBINA

■ HEMOGLOBINA  $\leq$  10.0 MG/DL    ■ HEMOGLOBINA  $>$  10 MG/DL



De acuerdo al análisis estadístico, para contrastar la hipótesis planteada, se utilizó el test de chi cuadrado, tras aplicarlo se encontró estadísticamente significativo que la variable adulto mayor, es decir edades superiores a 65 años, tiene dependencia con el nivel de calidad de vida  $\chi^2=7.62$  (valor de  $p < 0.05$ ) (Tabla 1); de igual manera el presentar niveles inferiores a 10 gr/dl de hemoglobina, tiene dependencia significativa con el grado de calidad de vida  $\chi^2=4.22$  (valor de  $p < 0.05$ ) (Tabla 2).

Por otro lado, se obtuvo que la comorbilidad diabetes mellitus tipo dos  $\chi^2=0.99$  y el tiempo de hemodiálisis en años  $\chi^2=0.36$ , no presentaron dependencia con el grado de la calidad en la vida de personas en terapia de diálisis ( $p > 0.05$ ) (Tabla 3 y 4).

Tabla 1. Tabla de contingencia general para estudiar la dependencia entre el ser adulto mayor en terapia de diálisis y presentar calidad de vida no satisfactoria.

	Calidad de vida adecuada ( $P \geq 50$ )	Calidad de vida deficiente ( $P < 50$ )	TOTAL
<b>Adulto Mayor (<math>E \geq 65</math> años)</b>	52	48	100
<b>No adulto Mayor (<math>E &lt; 65</math> años)</b>	71	29	100
<b>TOTAL</b>	123	77	200

	Calidad de vida adecuada ( $P \geq 50$ )	Calidad de vida deficiente ( $P < 50$ )
<b>Adulto Mayor (<math>E \geq 65</math> años)</b>	61.500	38.500
<b>No adulto Mayor (<math>E &lt; 65</math> años)</b>	61.500	38.500

Tabla 2. Tabla de contingencia general para estudiar la dependencia entre el presentar anemia en terapia de diálisis y presentar calidad de vida no satisfactoria.

	Calidad de vida adecuada (P>= 50)	Calidad de vida deficiente (P<50)	TOTAL
Anemia Heb <10 gr/dl	31	30	61
No anemia Heb >= 10 gr/dl	92	47	139
<b>TOTAL</b>	123	77	200

	Calidad de vida adecuada (P>= 50)	Calidad de vida deficiente (P<50)
Anemia Heb <10 gr/dl	37.52	23.49
No anemia Heb >= 10 gr/dl	85.49	53.52

Tabla 3. Tabla de contingencia general para estudiar la dependencia entre el presentar diabetes mellitus de tipo dos en terapia de diálisis y presentar niveles de calidad de vida deficiente.

	Calidad de vida adecuada (P>= 50)	Calidad de vida deficiente (P<50)	TOTAL
Diabético	60	32	92
No diabético	63	45	108
<b>TOTAL</b>	123	77	200

	Calidad de vida adecuada (P>= 50)	Calidad de vida deficiente (P<50)
Diabético	56.58	35.42
No diabético	66.42	41.58

Tabla 4. Tabla de contingencia general para estudiar la dependencia entre el presentar mayor o igual a 5 años en terapia de diálisis y presentar calidad de vida deficiente.

	Calidad de vida adecuada (P>= 50)	Calidad de vida deficiente (P<50)	TOTAL
Tiempo en hemodiálisis < 5 años	73	49	122
Tiempo en hemodiálisis >= 5 años	50	28	78
<b>TOTAL</b>	123	77	200

	Calidad de vida adecuada ( $P \geq 50$ )	Calidad de vida deficiente ( $P < 50$ )
Tiempo en diálisis < cinco años	75.03	46.97
Tiempo en diálisis $\geq$ cinco años	47.97	30.03





# **CAPITULO IV DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

La CVRS, resulta ser un indicador fiable y un marcador clínico en distintas enfermedades crónicas, en este caso la ERC y como tratamiento la terapia de hemodiálisis, resulta ser para el paciente una serie de retos, los cuales tiene que afrontarlos y aprender a convivir con las modificaciones en sus estilos y quehaceres de vida que representa la enfermedad y con las distintas limitaciones que se presentan, no solo por el mismo procedimiento terapéutico, sino por lo que ello involucra en cuanto a tiempo, costos, trabajo, vida social y demás esferas que conforman al ser humano, es por ello necesario el medir de manera constante del grado de calidad de vida.

Dentro de la literatura, tenemos variedad de trabajos de investigación que se centran en el tema de este estudio a nivel local, nacional e internacional, es por ello que la discusión se realizará confrontando los datos obtenidos en los antes mencionados con los de este trabajo, dentro del aspecto de las variables epidemiológicas publicaciones de Rodríguez Vidal en Chile<sup>37</sup>, ratifican que el sexo de los pacientes estudiados se distribuyen en similares proporciones hombres 48,9% y mujeres 51,1%, no fue motivo de nuestro estudio la asociación del sexo con el nivel de calidad de vida; sin embargo estudios realizados en la ciudad de Arequipa<sup>38</sup>, sugieren que el sexo femenino está relacionado con niveles de calidad de vida no satisfactorios, se presume que en este grupo, la carga familiar es notable ya que muchas mujeres se encargan de sostener el cuidado del hogar, no obstante la demanda del tiempo que implica la terapia de hemodiálisis no permite que esta función social se vea desempeñada plenamente lo que se traduce en puntuaciones disminuidas en el efecto de la patología renal en su vida<sup>38</sup>.

La edad de los pacientes de nuestro estudio se concentra en la etapa adulto mayor definida como las personas que tienen mayor igual a una edad de 65 años, estudios extranjeros en Chile demuestran que en su mayoría los pacientes con esta patología y manejo se centran en la etapa adulta, de entre 24 y 64 años representados en un 45,6%<sup>38</sup>, en este caso se estudió la relación estadística de este grupo etario con puntuaciones bajas en el cuestionario realizado, el hallazgo fue que existe una dependencia significativa y ello sugiere que este grupo de pacientes presenta una mayor predisposición a tener distintas comorbilidades tanto desde el aspecto físico como psicológico, como lo demuestra un estudio mexicano por Capote y colaboradores, establecen que se hallan puntuaciones bajas respecto a calidad de vida en situaciones que impliquen el aspecto físico ya que muchos de estos pacientes, presentan no solo patología renal, sino que por los años de enfermedad se han comprometido otros sistemas nobles como son el cardiovascular, representando en enfermedades como son la insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía isquémica y coronaria; el sistema respiratorio también se ve en este grupo de edad implicado por patología crónica como problemas intersticiales difusos, que en algunos casos conlleva al uso de oxígeno domiciliario, que genera problemas en el transporte y consecuentemente mayores costos; el sistema gastrointestinal se ve afectado en cuanto al desarrollo de gastropatía urémica y entre otros sistemas que en unión a la patología renal generan mayores complicaciones; así mismo desde el punto de vista psicológico los pacientes adultos mayores presentan mayor predisposición a trastornos cognoscitivos mayores que implican situaciones como depresión, ansiedad y distimia con la consecuente mayor necesidad de apoyo interdisciplinario con otras especialidades médicas y con una importante ayuda a nivel sociofamiliar que en muchas ocasiones es deficiente, en los adultos mayores, todo ello se ve reflejado en niveles no satisfactorios de calidad de vida<sup>39</sup>.

La etiología de la falla renal en este trabajo de investigación, tuvo en su mayoría a la diabetes mellitus, etiología que se ratifica en otros estudios extranjeros como en Chile descrito por Rodríguez Vidal en un estudio similar el origen de la ERC se debía a la nefropatía por diabetes mellitus tipo dos con un porcentaje equivalente a 43,3%, es interesante que en nuestro estudio al realizar una asociación estadística en pacientes que presentan esta etiología con niveles de calidad de vida bajos, no se haya obtenido significancia, en cuanto a ello otros estudios, como el de Guerreo Alcedo en Cuba, demuestran que en estos paciente con la mencionada etiología, la calidad de vida es baja por distintas situaciones que acompañan al paciente diabético como son complicaciones microvasculares como la retinopatía diabética que genera problemas visuales y limita la adecuada movilización del paciente a su terapia de hemodiálisis; además el dolor como manifestación subjetiva es alto asociado a la presencia de la neuropatía diabética que en conjunto con la neuropatía urémica se traduce en resistencia a la terapia de dolor y provoca en el paciente mayor grado de insatisfacción respecto a los niveles de la calidad de vida; implicancia desde el aspecto de la falla arterial periférica que complica al paciente con problemas de baja perfusión de las extremidades predominantemente inferiores que en algunas ocasiones son motivo de amputación proximales, situaciones que complican aún más la patología renal no solo desde el aspecto físico con el actuar per se de la diabetes mellitus a nivel renal y demás sistemas, sino social ya que implica que el cuidador y/o familiar tenga un importante rol en la ayuda para este grupo de pacientes; sin embargo este estudio Cubano por otro lado demuestra también en sus resultados que estos pacientes presentan a largo plazo un grado de autoeficacia mayor, definida como la capacidad de adaptarse a las situaciones y complicaciones que le genera su enfermedad, logrando tener mayores capacidad y habilidades intrapersonales que influyan psicológicamente de manera inadecuada, sino en cambio se logre una resistencia al proceso de enfermedad en cuanto a la afectación de la psiquis, en otras palabras un modelo de resiliencia, es por ello que si se pone a discusión el resultado en nuestro estudio de investigación, se podría presumir que los pacientes que presentaban diabetes mellitus no se asociación a puntajes bajos, ya que presentaban mayor tiempo en años de diálisis y por lo tanto congruentemente con el trabajo expuesto en Cuba un mayor grado de autoeficacia repercutiendo en sus puntuaciones aceptables de calidad de vida, además el estudio mencionado nos hace entender que la intervención del personal de salud de manera multidisciplinaria, es decir un manejo conjunto con psicología y psiquiatría hace que esta característica personal se potencie, es preciso mencionar la aceptación de la mayoría de los pacientes con el trato y el servicio de la institución implicada, datos que justifican los resultados obtenido en nuestro estudio desde esta variable clínica<sup>40</sup>.

El acceso vascular que presentaron nuestros pacientes en su mayor porcentaje fue la fistula arteriovenosa, no se detalla en este trabajo la asociación con la calidad de vida; sin embargo cabe mencionar que se presenta situación similar en estudios españoles como es el caso de Pelayo Alonso y colaboradores, en cuyo estudio dicho acceso vascular es el que se presentó en un 53% de su muestra de estudio, es de interés resaltar que llegan a la conclusión que el acceso vascular no guarda asociación con el grado de calidad de vida; no obstante generan mayor molestia en cuanto a sus complicaciones los portadores de catéter venoso central que llevan más de un año en terapia de hemodiálisis, como son las trombosis e infecciones, concluyentemente dicho estudio nos sugiere que la aplicación de la FAV, debiese ser en condiciones adecuadas de aplicación temprana por ser un factor que probablemente a largo plazo pueda modificar las puntuaciones en los cuestionarios aplicados<sup>41</sup>.

El tiempo de hemodiálisis en nuestro estudio, se plantea en una corte de mayor igual a 5 años vs menor a este periodo, siendo en su mayoría los pacientes que dializan en un periodo menor al valor de corte, esta variable se analiza estadísticamente obteniéndose como resultado que no hay relación con grados deficientes de calidad de vida, ello se ratifica en un estudio a nivel nacional e Ica realizado por Gadea Peralta, que concluye que personas con menos de 2 años en terapia de diálisis la calidad de vida es deficiente, mientras que en pacientes que llevan más de dicho tiempo en esta terapia, presentan mejores puntuaciones en los cuestionario utilizados, ello se sustenta en el hecho de la autoeficacia característica que presentan estos pacientes, es decir, se adaptan a su nuevo estilo de vida, aprenden a sobrellevar su enfermedad y con ello a las limitaciones que puedan tener, paradójicamente a lo que uno comúnmente pensaría que a más tiempo la esperanza por un trasplante renal se va disipando, así como con el pasar de tiempo la experiencia patológica se va acentuando y se va haciendo más desagradable, empero estas personas han logrado tener niveles satisfactorios de este marcador de salud pública que es la calidad de vida relacionada con la salud<sup>43</sup>.

Cabe destacar de nuestro estudio, que un porcentaje considerable de pacientes de la muestra presenta niveles inferiores a 10 gr/dl de hemoglobina, valor de corte que se utiliza como meta terapéutica, variable que guarda significancia estadística con niveles deficientes de calidad de vida, así lo demuestra también un trabajo investigativo español realizado por Moreno y colaboradores, quienes llegan a la conclusión que un correcto manejo de la anemia crónica en el paciente en terapia de hemodiálisis logra elevar significativamente el grado de calidad de vida, esto parte desde el lado de vista teórico que niveles no adecuados de hemoglobina, traen consigo acentuación y evolución tórpida del fracaso renal, ya que se sustenta que la perfusión renal y de los demás órganos blancos se ve comprometida, por el pobre oxígeno que se pueda lograr intercambiar en los tejidos, consecuentemente se generan déficits en el adecuado funcionamiento cardiaco, siendo la anemia una de las causales de la falla de este sistema, así como el del sistema locomotor, afectando a la población enferma, en cuanto a una adaptación frente a la patología, traducida en limitación de las actividades diarias, concebida como expresiones de astenia y adinamia, que modifican desfavorablemente las puntuaciones en los cuestionarios. Por todo lo descrito los investigadores de este estudio, incitan a tener un manejo óptimo del uso de la eritropoyetina en estos pacientes ya que relatan que en reiteradas ocasiones hay un temor a utilizar dosis plenas en el paciente adulto mayor; sin embargo se ha demostrado que es mayor el beneficio en cuanto a la mejora física y psicológica plasmadas en un status de calidad de vida óptimo que se logra teniendo valores adecuados de hemoglobina a las complicaciones que puedan surgir por la dosis aplicada, además este estudio en discusión, nos trae a recuerdo que la mayoría de pacientes que cursan con anemia son pacientes ancianos, variable que también se ha visto relacionada estadísticamente en nuestro estudio y el que realiza Moreno, con niveles inadecuados de calidad de vida<sup>42</sup>.

Por otro lado, un estudio español realizado por Adell Lleixa, llega a la conclusión que los elementos clínicos y sociodemográficos tienen influencia sobre el grado de la calidad en la vida en el paciente renal, interpretación validada de igual manera en este estudio. Ya que el paciente que presenta esta patología en estudio, resulta tener un conjunto de determinantes de su salud, desde el aspecto de la misma enfermedad y sus variables, todo ello se puede abordar como blancos de gestión para mejorar el grado de calidad de vida además de promocionar el cuidado de la salud en estos pacientes, mediante el conocimiento de los elementos que generen puntuaciones bajas y que su mejora a través

de los gestores de salud, pueda repercutir en niveles óptimos de la variable en estudio<sup>37</sup>. A nivel local es importante recalcar que, un trabajo realizado en el Hospital Honorio Delgado Espinoza – Arequipa por Arias Cáceres, refleja valores epidemiológicos cercanos a los descritos anteriormente en nuestro estudio, deduciéndose que la población con ERC, presenta distintas dimensiones que pueden ser manejadas mediante un trabajo interdisciplinario con áreas de nutrición y psicología para abordar el aspecto dietético especializado y el apoyo continuo sociofamiliar, aspectos que en su conjunto conforman el espectro de calidad de vida<sup>38</sup>.

Desde nuestro punto de vista, haciendo un análisis global de la data obtenida en nuestro trabajo y con los otros en discusión, se logra apreciar que las características clínicas y epidemiológicas son similares en el paciente renal a nivel local, nacional e internacional, es por ello que los consensos que se logren en estos estudios pueden ser reproducibles en los distintos establecimientos prestadores de la terapia de hemodiálisis, a nuestra consideración los valores obtenidos reflejan que en este grupo como se detalla en líneas anteriores el ser adulto mayor presenta asociación con una calidad de vida deficiente, congruentemente con limitaciones y problemas que surgen en esta etapa de vida y que, en suma, a la patología renal crónica, acentúan el deterioro físico por la senectud de los sistemas vitales, de la psiquis y de la parte emocional y familiar del ser humano, que se ve reflejada en puntuaciones inferiores a comparación de su contraparte en edad. Por otro lado, los pacientes en terapia de diálisis con anemia tuvieron valores inferiores a la media en cuanto a calidad de vida, aunque la literatura define en su mayoría a una compensación fisiológica crónica frente a este valor de hemoglobina, no obstante, repercute a pesar de ello negativamente en este aspecto. Por otro lado, variables que se presumían podrían tener asociación con el grado de calidad de vida deficiente del paciente con ERC, no lograron ser estadísticamente significativas, como son el presentar diabetes mellitus tipo 2, enfermedad que se halla siendo la primera etiología de la falla renal de las personas en el estudio y en otros trabajos detallados en los antecedentes investigativos, que se lograría justificar por el grado de resiliencia de estos pacientes por el tiempo en la terapia de sustitución renal y también resultó que tener más de 5 años en terapia de hemodiálisis tampoco tendría asociación con la variable calidad de vida, probablemente por un adecuado control y seguimiento de la patología de base y a su vez un acompañamiento familiar permanente que se reportaron en dichos pacientes; blancos sociales que podrían compensar deficiencias fisiológicas, con ello el soporte sociofamiliar hace que las personas se sientan protegidas y acompañadas, con lo cual sus preocupaciones respecto a su enfermedad renal se disipan y se traducen en mejores puntuaciones.

Finalmente, este estudio ratifica la necesidad de un seguimiento continuo de valorar y medir el grado de calidad de vida en las personas con ERC en terapia de hemodiálisis, por la creciente prevalencia y primordialmente con la consecuente formulación de mejoras en los distintos aspectos que a esta conforman, desde una visión dividida en distintas dimensiones en las que se pueda intervenir a través de un manejo multidisciplinario y coordinado.



**CAPITULO V  
CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

### PRIMERA:

La muestra que se estudió fue en su mayor parte de sexo masculino, en cuanto a la edad la mayor proporción de personas presentaron edades superiores a los 65 años, la etiología de la enfermedad renal predominantemente fue la diabetes mellitus. La mayor parte de pacientes eran portadores de FAV, tenían menos de 5 años en terapia de hemodiálisis y además presentaban valores de hemoglobina adecuados.

### SEGUNDA:

El grado de la calidad en la vida de las personas en terapia de diálisis es inferior al valor que se usa como referencia para la población, en cuanto a la percepción de la salud en general y la percepción de los hechos generados por la enfermedad del riñón.

### TERCERA:

Los pacientes en terapia de hemodiálisis que son adultos mayores y presentan anemia ( $HB < 10\text{gr/dl}$ ), tienen relación estadística con niveles de calidad de vida deficientes ( $p < 0,05$ ). Mientras que el presentar diabetes mellitus y tener más de 5 años en terapia de hemodiálisis, no guardan relación estadística con niveles de calidad en la vida no satisfactorios en este grupo de estudio ( $p > 0,05$ ).

## RECOMENDACIONES

### PRIMERO:

De los resultados hallados se sugiere intervenir mediante un manejo multidisciplinario con psicología en los adultos mayores, además de un trabajo en conjunto con el área de nutrición para mejorar la anemia desde su especialidad, variables que estuvieron relacionadas con niveles no satisfactorios del grado de calidad de vida.

### SEGUNDO:

Valorar la calidad de vida en estos pacientes de manera periódica, ya que la enfermedad y las variables que la conforman se comportan de manera dinámica.

### TERCERO:

Se sugiere realizar investigaciones de tipo longitudinal, para valorar el impacto de la ERC y la terapia de hemodiálisis en los pacientes durante el tiempo y de acuerdo a ello establecer medidas que generen mayor impacto en mejorar el grado de calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorostidi Manuel, Santamaría Rafael, Alcázar Roberto, Fernández-Fresnedo Gema, Galcerán Josep M., Goicoechea Marián et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2014 [citado 2021 Mayo 24] ; 34( 3 ): 302-316. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952014000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952014000300005&lng=es). <https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464>.
2. López ED. Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. El Residente [Internet]. 2008;III:73–8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083b.pdf>
3. Quiroga B, Rodríguez-Palomares JR, de Arriba G. Enfermedad renal crónica. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2015;11:81. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-enfermedad-renal-cronica-articulo-S0304541215001481>.
4. Flores, H. J. C. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO. REV MED CLIN CONDES. 2010;21:4..
5. Ardila R. CALIDAD DE VIDA: UNA DEFINICIÓN INTEGRADORA. Revista Latinoamericana de Psicología [Internet]. 2003;35:161–4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>.
6. Verdugo MA, Schalock RL, Arias B, Gómez L, Jordán de Urrés B. Calidad de vida. MA Verdugo & RL Schalock (Coords), Discapacidad e inclusión manual para la docencia. 2013;443–61.
7. Lugones Botell Miguel. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 Ago [citado 2021 Mayo 24] ; 18( 4 ): 287-289. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400013&lng=es).
8. Velarde-Jurado Elizabeth, Avila-Figueroa Carlos. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2002 Sep [citado 2021 Mayo 24] ; 44( 5 ): 448-463. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000500010&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000500010&lng=es).
9. Salas C, Garzón D. MO. La noción de calidad de vida y su medición. CES Salud Pública. 2013;4:36–46.
10. National Center for Epidemiology, Disease Prevention and Control. EPIDEMIOLOGICAL BULLETIN WEEK 06-12 MARCH 2022 [Internet]. 2022.
11. Zúñiga SM Carlos, Dapuetto P Juan, Müller O Hans, Kirsten L Lilian, Alid A Raquel, Ortiz M Liliana. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Feb [citado 2023 Jul 26] ; 137( 2 ): 200-207. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000200003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200003>.

12. United States Renal Data System [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2022. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/about-niddk/strategic-plans-reports/usrds>
13. Sistema de datos renales de Estados Unidos. Informe anual de datos del USRDS 2018: Atlas de la enfermedad renal crónica y la enfermedad renal terminal en los Estados Unidos. Institutos Nacionales de Salud, editor, Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales, Bethesda, MD 2017.
14. Wyld MLR, Morton RL, Aouad L, et al. El impacto de la enfermedad renal crónica comórbida y la diabetes en la calidad de vida relacionada con la salud: un estudio de cohorte comunitario de 12 años. *Trasplante de Nephrol Dial* 2021; 36:1048.
15. Nichols GA, Ustyugova A, Déruaz-Luyet A, et al. Costos de atención médica por tipo de gasto en las etapas de TFGe entre pacientes con y sin diabetes, enfermedades cardiovasculares e insuficiencia cardíaca. *J Am Soc Nephrol* 2020; 31:1594.
16. Duru OK, Middleton T, Tewari MK, Norris K. El panorama de la enfermedad renal diabética en los Estados Unidos. *Representante Curr Diab* 2018; 18:14.
17. Chu CD, McCulloch CE, Banerjee T, et al. Concientización sobre la ERC entre adultos estadounidenses sobre el riesgo futuro de insuficiencia renal. *Am J Kidney Dis* 2020; 76:174.
18. Fox CS, Matsushita K, Woodward M, et al. Asociaciones de las medidas de enfermedad renal con la mortalidad y la enfermedad renal terminal en personas con y sin diabetes: un metanálisis. *Lanceta* 2012; 380:1662.
19. Cheng HT, Xu X, Lim PS, Hung KY. Epidemiología mundial de la enfermedad renal terminal relacionada con la diabetes, 2000-2015. *Atención de la diabetes* 2021; 44:89.
20. Koye DN, Shaw JE, Reid CM, et al. Incidence of chronic kidney disease among people with diabetes: a systematic review of observational studies. *Diabet Med* 2017; 34:887.
21. Bergner M. Calidad de vida, estado de salud e investigación clínica. *atención médica* 1989; 27:S148.
22. Cella D, Hays RD. Una ontología de resultados informados por el paciente: Problemas conceptuales y desafíos abordados por el Sistema de información de medición de resultados informados por el paciente® (PROMIS®). *Medidas de resultado de relación con el paciente* 2022; 13:189
23. Guía para la industria: medidas de resultado informadas por el paciente: uso en el desarrollo de productos médicos para respaldar las afirmaciones de etiquetado [PDF en Internet]. Primavera de plata (MD). Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos; 2009. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/Guidances/UCM193282.pdf>. (Consultado el 15 de mayo de 2019).
24. Cella D, Wagner L. Re-personalizing precision medicine: Is there a role for patient-reported outcomes? *J Community Support Oncol* 2015; 13:275.
25. Motzer R, Porta C, Alekseev B, et al. Health-related quality-of-life outcomes in patients with advanced renal cell carcinoma treated with lenvatinib plus pembrolizumab or everolimus versus sunitinib (CLEAR): a randomised, phase 3 study. *Lancet Oncol* 2022; 23:768.
26. Basch E, Snyder C, McNiff K, et al. Patient-reported outcome performance measures in oncology. *J Oncol Pract* 2014; 10:209.

27. Hoshino J, Muenz D, Zee J, et al. Associations of Hemoglobin Levels With Health-Related Quality of Life, Physical Activity, and Clinical Outcomes in Persons With Stage 3-5 Nondialysis CKD. *J Ren Nutr* 2020; 30:404.
28. Yi SW, Moon SJ, Yi JJ. Low-normal hemoglobin levels and anemia are associated with increased risk of end-stage renal disease in general populations: A prospective cohort study. *PLoS One* 2019; 14:e0215920.
29. Go AS, Yang J, Tan TC, et al. Contemporary rates and predictors of fast progression of chronic kidney disease in adults with and without diabetes mellitus. *BMC Nephrol* 2018; 19:146.
30. Chatterjee PK. Pleiotropic renal actions of erythropoietin. *Lancet* 2005; 365:1890.
31. Camaschella C. Anemia por deficiencia de hierro. *N Engl J Med* 2015; 372:1832.
32. Sánchez Chicata EL, Velasco Samanez ST. Nivel de autoestima y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica, unidad de hemodiálisis Hospital Honorio Delgado. Arequipa 2017 [Internet]. [Facultad de Enfermería]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5157/ENsachel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Arque Flores Y, Olazabal Mamani FDMK. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica, unidad de hemodiálisis Caso Hospital Nacional - ESSALUD, Arequipa - 2014 [Internet]. [Facultad de Enfermería]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa .; 2014. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2295/ENarfly.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. Flores Deza MG, Torres Castro DC. Apego al tratamiento y calidad de vida en pacientes con ERC en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Honorio Delgado Espiniza. Arequipa 2018 [Internet]. [Facultad de Enfermería]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8097/ENfldemg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Sebastián Raymundo KL. Relación entre asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una clínica de Lima Metropolitana [Internet]. [Psicología]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/3783>.
36. Vallejos Núñez N. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS DE LA CLÍNICA SAN JUAN MASÍAS, LIMA – 2019 [Internet]. [Facultad de Enfermería]: Universidad Privada Norberto Wiener; 2019. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3224>
37. Adell Lleixà Mireia, Casadó Marin Lina, Andújar Solé Jeroni, Solà Miravete Elena, Martínez Segura Estrella, Salvadó Usach Teresa. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica terminal mediante un cuestionario de resultados percibidos por los pacientes. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Mayo 25] ; 19( 4 ): 331-340. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842016000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000400004&lng=es).
38. Cáceres FA. CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN

- HEMODIALISIS DEL SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ; 2013.
39. Capote Leyva Eliseo, Ortiz González Milagros, Argudín Selier Raydel, Viada González Carmen Elena, Capote Pereira Lázaro, Rupalé Idrissa Leonard. Calidad de vida relacionada con la salud en la morbilidad del paciente en hemodiálisis periódica. Medisur [Internet]. 2019 Feb [citado 2024 Ene 14] ; 17( 1 ): 62-73. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2019000100062&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000100062&lng=es).
  40. Guerrero Alcedo, Jesús Manuel, Liankys Rosmill Parra Soteldo, and José Carlos Mendoza Oropeza. "[Artículo Retractado] Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis." Revista Cubana de Salud Pública 42 (2016): 193-203.
  41. Pelayo Alonso Raquel, Cobo Sánchez José Luis, Reyero López Marta, Sáenz de Buruaga Perea Araceli, Tovar Rincón Alicia, Alonso Nates Rosa et al . Repercusión del acceso vascular sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2011 Dic [citado 2024 Ene 15] ; 14( 4 ): 242-249. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752011000400006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000400006&lng=es).
  42. GARCÍA, R. P., VALDERRÁBANO, F., MORENO, F., & ARACIL, F. (1995). Estudio controlado sobre la mejoría de la calidad de vida de los pacientes de edad avanzada en hemodiálisis tras la corrección de la anemia con eritropoyetina. Nefrología, 15(5), 476-485.
  43. Sánchez Hernández, C. D. R., Rivadeneyra-Espinoza, L., & Aristil Chery, P. M. (2016). Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. Revista archivo médico de Camagüey, 20(3), 262-270.
  44. Pinedo Cabanillas GM, Castro Barreda DC. Felicidad y calidad de vida en personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica en Lima Metropolitana [Internet]. Universidad Femenina del Sagrado Corazón; 2020. Disponible en: [http://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/656/Castro%20Barreda\\_%20Pinedo%20Cabanillas\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/656/Castro%20Barreda_%20Pinedo%20Cabanillas_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  45. RODRÍGUEZ VIDAL MAGALI, CASTRO SALAS MANUEL, MERINO ESCOBAR JOSÉ M.. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENALES EN TERAPIA DE HEMODIÁLISIS. Cienc. enferm. [Internet]. 2005 Dic [citado 2021 Mayo 24] ; 11( 2 ): 47-55. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S07179553200500020007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07179553200500020007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200007>.
  46. Perales-Montilla Carmen M., García-León Ana, Reyes-del Paso Gustavo A.. Psychosocial predictors of the quality of life of chronic renal failure patients undergoing haemodialysis. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2012 [citado 2021 Mayo 25] ; 32( 5 ): 622-630. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952012000700009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000700009&lng=es). <https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>.

## ANEXOS



## ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>TÍTULO DEL ESTUDIO:</b>	VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TERAPIA DE HEMODIÁLISIS EN LA CLINICA SERMEDIAL DE AREQUIPA DICIEMBRE 2023
<b>INVESTIGADOR:</b>	EST. JUAN CARLOS TITO HERNANDEZ
<b>INSTITUCIÓN:</b>	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

### **Propósito del estudio:**

Lo estamos invitando a participar en un estudio que se realizará en su centro de Hemodiálisis SERMEDIAL, con el fin de conocer el nivel de calidad de vida generado en la población igual, mayor de 18 años, diagnosticada de Enfermedad renal crónica y en terapia de Hemodiálisis; esto entendiendo que la enfermedad renal crónica al ser una enfermedad con tendencia creciente y que afecta diversos aspectos en la vida individual relacionado a la salud y lo social. Este es un estudio desarrollado por un alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa-Perú.

### **Procedimientos:**

Si decide participar en este estudio usted realizará lo siguiente:

Previo lectura y aceptación del consentimiento informado, deberá responder a un cuestionario de 36 preguntas que involucra una investigación según considera y percibe su calidad de vida según factores como su salud, su enfermedad renal y efectos de su enfermedad renal en su vida, lo que le tomará de 10 a 15 minutos. Este será llenado en una hoja de papel por su persona.

**Riesgos:** Si bien este estudio al estar contextualizado en una situación de aspecto no experimental se reconoce el momento difícil para las personas el participar, y también que las preguntas del estudio pueden generar incomodidad o incluso alguna dificultad emocional en su situación actual como individuo o ciudadano; se plantean acciones para aminorar este efecto negativo.

**Costos y compensación:** Los costos serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno. No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres, en una plataforma segura. Sólo los investigadores tendrán acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

**Contacto:** Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a Juan Carlos Tito Hernández, investigador del estudio, al teléfono: 969044727; por otro lado, si tiene preguntas sobre los aspectos éticos de la investigación o cree que ha sido tratado injustamente puede comunicarse con la Dra. Águeda Muñoz del Carpio, asesora del comité de ética de Investigación de la Universidad Católica de Santa María al teléfono 054-319000.

## ANEXO 2. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACIÓN

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del trabajo de investigación en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio y estoy dando permiso para que se procese la información que he accedido a dar.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

SI  NO

Nombre del participante que da la autorización.	
DNI	
Firma y/o huella digital del participante que da su autorización	

Nombre del investigador principal	Juan Carlos Tito Hernández
DNI	72942970

FECHA:



**ANEXO 3. FICHA DE RECOLECCION**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

<b>DATOS</b>	
EDAD	
SEXO	
TIEMPO EN HEMODIALISIS	1-3 AÑOS ___ 3-5 AÑOS ___ >5 AÑOS ___
DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS	SI ___ NO ___
NIVEL DE HEMOGLOBINA	>= 10 MG/DL ___ <10 MG/DL



## ANEXO 4. CUESTIONARIO KDQOL TM36 ADAPTADO AL ESPAÑOL

### **Estudio de calidad de vida para pacientes en diálisis**

#### **¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL ESTUDIO?**

Este estudio se está realizando en colaboración con los médicos y sus pacientes. El objetivo es conocer la calidad de vida de los pacientes con enfermedad del riñón.

#### **¿QUÉ TENDRÉ QUE HACER?**

Nos gustaría que, para este estudio, llenara hoy el cuestionario sobre su salud, sobre cómo se ha sentido durante las últimas 4 semanas. Por favor, marque con una "X" la casilla bajo la respuesta elegida para cada pregunta.

#### **¿ES CONFIDENCIAL LA INFORMACIÓN?**

No le preguntamos su nombre. Sus respuestas se mezclarán con las de los demás participantes en el estudio, a la hora de dar los resultados del estudio. Cualquier información que pudiera permitir su identificación será considerada confidencial.

#### **¿ QUÉ BENEFICIOS TENDRÉ POR EL HECHO DE PARTICIPAR?**

La información que usted nos facilite nos indicará lo que piensa sobre la atención y nos ayudará a comprender mejor los efectos del tratamiento sobre la salud de los pacientes. Esta información ayudará a valorar la atención médica.

#### **¿ES OBLIGATORIO QUE PARTICIPE?**

Usted no tiene la obligación de completar el cuestionario. Además, puede dejar de contestar cualquier pregunta. Su decisión sobre si participa o no, no influirá sobre sus posibilidades a la hora de recibir atención médica.

## Su salud

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.

1. En general, ¿diría que su salud es: [Marque con una cruz  la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? [Marque con una cruz  una casilla en cada línea.]

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
2. <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física? [Marque con una cruz  la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Sí	No
4. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)? [Marque con una cruz  la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Sí	No
6. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado</u> de lo usual	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? [Marque con una cruz  la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Nada en absoluto	Un poco	Mediana-mente	Bastante	Extremadamente
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas **durante las últimas 4 semanas**. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo **durante las últimas 4 semanas**...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9. Se ha sentido tranquilo y sosegado?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
10. Ha tenido mucha energía?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
11. Se ha sentido desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

**12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? [Marque con una cruz ☒ la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]**

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### **Su enfermedad del riñón**

¿En qué medida considera **cierta** o **falsa** en su caso cada una de las siguientes afirmaciones? [Marque con una cruz ☒ la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
13. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
14. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
15. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16. Me siento una carga para la familia	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas? [Marque con una cruz ☒ la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]**

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
17. ¿Dolores musculares?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
18. ¿Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
19. ¿Calambres?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
20. ¿Picazón en la piel?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
21. ¿Sequedad de piel?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
22. ¿Falta de aire?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
23. ¿Desmayos o mareo?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
24. ¿Falta de apetito?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
25. ¿Agotado/a, sin fuerzas?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
26. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
27. ¿Náuseas o molestias del estómago?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
28a. (Sólo para pacientes hemodiálisis) ¿Problemas con la fístula?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
28b. (Sólo para pacientes en diálisis peritoneal) ¿Problemas con el catéter?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### **EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA**

**Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria, mientras que a otras no. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas? [Marque con una cruz ☒ la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]**

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
29. ¿Limitación de líquidos?.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
30. ¿Limitaciones en la dieta?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
31. ¿Su capacidad para trabajar en la casa?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
32. ¿Su capacidad para viajar?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
33. ¿Depender de médicos y de otro personal sanitario?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
34. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
35. ¿Su vida sexual?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
36. ¿Su aspecto físico?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>