



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL
HOSPITAL PNP. LUIS N. SAENZ, LIMA 2016”**

Tesis para optar el título profesional de enfermera especialista en Nefrología.

AUTORA

FERNÁNDEZ BERROSPI ELIZABETH

ASESORA:

Dra. HILDA JAUREGUI ROMERO

JURADO:

MG ANA MARIA ASTOCONDOR FUERTES

MG ISOLINA GLORIA LANDAURO ROJAS

MG URBANO MAURO ATUNCAR TASAYCO

LIMA- PERU

2019

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, por guiar mis pasos con sabiduría y permitirme alcanzar ese nuevo logro profesional que redundará en beneficio de mis pacientes y en el mio propio.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por ser los pilares fundamentales de mi vida, fuentes inagotables de amor y por darme el ejemplo de superación, motivación y servicio.

A los docentes y personal administrativo de la universidad Nacional Federico Villarreal por su calidad de servicio y hacer agradable mi proceso de capacitación y perfeccionamiento.

A los pacientes de emodialisis del complejo Hospitalario policial “Luis N. Saenz”, por ser fuente de motivación para realizar la presente investigación.

INDICE

Resumen.....	6
Abstract	7
I. Introducción	8
1.1. Descripción y formulación del problema.....	9
1.2. Antecedentes	10
1.3. Objetivos	16
1.4. Justificación.....	17
1.5. Hipótesis.....	18
II. Marco Teórico	18
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	18
2.1.1. Calidad de vida.....	18
2.1.2. Teorías generales sobre la calidad de vida	18
2.1.3. Dimensiones de la calidad de vida	20
2.1.4. Instrumento de medición de calidad de vida: Formato SF-36	21
2.1.5. Paciente con enfermedad renal crónica.....	23
2.1.6. Insuficiencia Renal crónica	24
2.1.7. Hemodiálisis.....	25
2.1.8. La fístula arteriovenosa	27
2.1.9. El injerto arteriovenoso	27
2.1.10. Complicaciones de la hemodiálisis	28
2.2. Marco conceptual	29

III.	Métodos.....	31
3.1.	Tipo de investigación.....	31
3.2.	Ámbito temporal y espacial.....	32
3.3.	Variables.....	32
3.4.	Población y muestra.....	34
3.5.	Instrumentos.....	34
3.6.	Procedimientos.....	35
3.7.	Análisis de datos.....	36
3.8.	Consideraciones éticas.....	36
IV.	Resultados.....	39
V.	Discusión de resultados.....	45
VI.	Conclusiones.....	48
VII.	Recomendaciones.....	49
VIII.	Referencias.....	50
IX.	Anexos.....	59

Resumen

El objetivo fue establecer el nivel de calidad de vida de los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz”, Lima 2016; realizándose una investigación de tipo descriptivo, de diseño observacional (no experimental), prospectivo y de corte transversal. La población y muestra estuvo constituida por 30 pacientes sometidos a hemodiálisis en el mes de abril 2016. Mediante técnica de encuesta se aplicó como instrumento un Cuestionario de Salud SF-36 adaptada al español por Alonso & Cols. (2003). Resultados: 46,7% de los pacientes presentaron mala calidad de vida, 53,3% regular calidad de vida y ningún paciente presente buena calidad de vida. Conclusiones: Los pacientes del Hospital PNP Luis N. Sáenz sometidos a hemodiálisis presentaron un nivel regular de calidad de vida; siendo de similar resultado en ambos géneros (Masculino y femenino) y tipo de paciente policial (titular y familiar); y finalmente, presentado mejor calidad de vida en pacientes de 34 a 56 años y en pacientes con tratamientos mayor de un año.

Palabras clave: Calidad de vida, Hemodiálisis.

Abstract

The aim was e establishing the level of quality of life of patients undergoing hemodialysis in the PNP Hospital treatment. "Luis N. Saenz", Lima 2016; performing una descriptive, observational (nonexperimental) design research, prospective and cross-sectional. Population and sample consisted of 30 patients undergoing hemodialysis in the month of April 2016. Using survey technique was applied as instrument a SF-36 health questionnaire adapted to the Spanish by Alonso & Cols. (2003). Results: 46.7% of patients presented with poor quality of life, 53.3% regular quality of life, and no patient present good quality of life. Conclusions: The PNP Luis N. Hospital patients undergoing hemodialysis Saenz presented a regular level of quality of life; being similar outcomes in both genders (masculine and feminine) and type of patient police (owner and family); and finally, better quality of life in patients aged 34 to 56 years and in patients with treatments over a year.

Key words: Quality of life, Hemodialysis.

I. Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles han acogido una vigilancia especial de los profesionales de salud en las últimas décadas, siendo un problema de salud pública que ha aumentado, las predicciones sobre la incidencia, los costos y recursos que se necesitan han sido rebasados en la salud global y una amenaza para el desarrollo humano; entre ellas destaca la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que actualmente es considerada como un grave problema de salud pública, debido a la elevada prevalencia que presenta y el aumento en sus tasas de morbilidad de la población mundial, así como su impacto en la calidad de vida.

El índice de personas con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) ha ido incrementando drásticamente en el Perú, si bien distintos tratamientos permiten extender la vida de estos pacientes, estos sumados a la enfermedad afectan considerablemente la calidad de vida. Aproximadamente en el Perú 300,000 personas padecen de enfermedades renales, de las cuales 9000 requieren de trasplante renal o alguna terapia de reemplazo renal (TRR) para alargar el tiempo de vida. Las TRR más usadas son diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD), cada uno de estos tratamientos repercute en la calidad de vida de los pacientes (Denegri & Aquino, 2015).

La Hemodiálisis genera cambios en los estilos de vida y en las conductas cotidianas de las personas que se someten a ella, tales como la dieta, ingesta de líquidos y uso de medicamentos (Perales & cols, 2012). El tratamiento produce también efectos adversos a nivel psicológicos, tales como depresión, ansiedad y trastornos de conducta (Montagud, 2012). En pacientes con tratamiento sustitutivo renal además se observan efectos a nivel psicosocial, tales como problemas maritales, disfunción sexual y problemas

socioeconómicos. Todos estos cambios y efectos inciden directamente en la calidad de vida de las personas (Valdés & Cols.).

1.1. Descripción y formulación del problema

Tal como se demuestra en diferentes investigaciones realizadas, donde se aprecia que durante el tratamiento de hemodiálisis su calidad de vida de los pacientes se ve afectada en las diferentes dimensiones ya sea en la dimensión física, psicológica y social utilizando el Cuestionario SF-36 y sus dimensiones, que es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados; en la cual refleja que la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis tienen una calidad de vida por debajo del valor promedio (Vilagut & cols., 2005).

La Organización Mundial de la Salud la definió como “la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus experiencias, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (EcuRed, 2012).

La rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal, los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida en general (Perales & cols, 2012).

El Área de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz ubicado en la Av. Brasil cuadra 26 del distrito de Jesús María (Lima). Dicho

hospital es de nivel III que brinda atención ambulatoria y hospitalización en las diferentes especialidades como: medicina general, cirugía general, ginecología, pediatría, medicina física y rehabilitación, neurología, neurocirugía, urología, cardiología, neumología, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía de tórax, emergencia, sala de operaciones recuperación y el servicio de nefrología. El Servicio de hemodiálisis, es un ambiente de aproximadamente de 40m², que actualmente cuenta con 10 máquinas Fresenius, de las cuales solo 7 se encuentran operativas, 4 máquinas son designadas para pacientes negativos, 01 máquina para pacientes con hepatitis B, 01 máquina para pacientes con hepatitis C Y 01 máquina para pacientes con diagnóstico B20.

No existen investigaciones sobre la calidad de vida de los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz”.

Por lo expuesto, nos formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz”, Lima 2016?

1.2. Antecedentes

Aica (2015), realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la calidad de vida del paciente adulto con hemodiálisis del Centro Especializado de Enfermedades Renales–2013. El estudio fue aplicativo tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario SF- 36 modificado, aplicado previo consentimiento informado. Concluyó: La calidad de vida de los pacientes adultos con hemodiálisis del Centro Especializado de Enfermedades Renales, la mayoría expresa que es de poco saludable a no saludable. (Aica, 2015)

Bonilla (2018), realizó un estudio con el objetivo de determinar la Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en hemodiálisis de Pronefros S.A.C, 2017, siendo una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, aplicativo y de corte transversal. Se consideró como población a 49 pacientes, a quienes, se les evaluó mediante la técnica de encuesta, aplicó el Cuestionario de antecedentes personales de 8 preguntas y Cuestionario de salud SF- 36 (John Ware y Alonso y Cols, 1995). Posteriormente se concluyó que la Calidad de vida del paciente fue de Buena a Regular con un 58.3%, referido a que, pese a los esfuerzos por sentirse mejor, la salud física, mental y emocional del paciente se ven afectadas. (Bonilla 2018)

Carrasco (2016) realizó una investigación con el objetivo fue determinar la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015. Estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Población conformada por 30 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario SF-36 modificado. Concluyó: La calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo es poco saludable a no saludable. (Carrasco, 2016)

Gonzales (2018), realizó una investigación con el objetivo principal de determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ de Puente Piedra – Lima – 2018. El presente estudio fue de diseño descriptivo-correlacional y transversal, la técnica de muestreo fue probabilístico, con una muestra de 50 pacientes. Asimismo, se aplicó dos cuestionarios los cuales se

encuentran validados internacionalmente. Resultados: Los pacientes presentan una calidad de vida de nivel bajo en un 16,0%, media en un 46,0% y alta en un 38,0%. Concluye que las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. (Gonzales, 2018).

Jerves & López (2016) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida en pacientes sometidos a HD o HDF en las unidades de diálisis de la ciudad Cuenca 2016. Estudio descriptivo, prospectivo en pacientes en terapia de HD o HDF. Muestra no probabilística por conveniencia de pacientes mayores de 18 años, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicó el cuestionario de salud SF-36 y la escala de funcionamiento de Karnofsky (KPS). Concluyeron: El 53,5% de los pacientes presentó buena calidad de vida, predominando en el sexo masculino en relación al sexo femenino. El 54,2% de las personas ≥ 65 años refieren tener mala calidad de vida. No se encontró mayor diferencia (0,6%) entre los pacientes residentes de la zona urbana o rural. El 41,1% del total de los pacientes se encontró en el grupo que recibió terapia de reemplazo renal (HD o HDF) ≤ 3 años y presentó una mala calidad de vida. De acuerdo a los determinantes de salud el rol físico fue el más afectado en ambos sexos. El rol emocional fue el más discrepante entre ambos sexos. (Jerves & López 2016)

Liñan (2015) realizó una investigación con el objetivo de determinar los factores biosociodemográficos y la calidad de vida en pacientes de la unidad de hemodiálisis de una Clínica de Trujillo -La Libertad. Investigación cuantitativa, tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal. Muestra conformada por 40 pacientes. Mediante técnica de encuesta aplicó un instrumento para medir la calidad de vida del paciente en hemodiálisis según dimensiones físicas, emocionales, sociales, de relaciones

personales y de vacaciones. De los factores biosociodemográficos tomados en el presente estudio de investigación, se identificó que la etapa de vida que predomina es la de los adultos maduros con un 65%, el sexo masculino con 55%, el grado de instrucción secundaria con 35%, el tiempo de enfermedad de 1 a 4 años con 75%, y el paciente desocupado con un 45%. Concluyó: Los factores biosociodemográficos rol social y grado de instrucción si están relacionados con la calidad de vida. Los factores biosociodemográficos: edad, sexo y tiempo de enfermedad, no están relacionadas con la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. El 40% de pacientes en hemodiálisis presentan una buena calidad de vida, seguido del 37.5% con regular y 22.5% deficiente calidad de vida. (Liñan, 2015)

Quispe (2017) realizó una investigación con el objetivo determinar la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua, asegurados al seguro social de salud (ESSALUD) Puno-2016. Estudio de tipo descriptivo y corte de transversal. Población y muestra constituida por 40 pacientes. Mediante la técnica de encuesta aplicó como instrumento el cuestionario de salud (SF-36 v 2.0). Encontró que el 60% de los pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua presentan regular calidad de vida, seguida de un 35% con una mala calidad de vida y un 5% tuvo buena calidad de vida. Con respecto a las dimensiones de la calidad de vida: en la dimensión función física el 70% tuvo regular calidad de vida, seguida del 17,5% mala calidad de vida y un 12,5% buena calidad de vida. En la dimensión función social un 57,5% regular calidad de vida y el 35% mala calidad de vida y un 7,5% buena calidad vida. En la dimensión rol físico un 90% evidenció mala calidad de vida y el 7,5% regular calidad de vida y un 2,5% buena calidad de vida. En la dimensión rol emocional el 92,5% mala calidad de vida y el 5% una buena calidad de

vida y un 2,5% regular calidad de vida. En la dimensión salud mental el 85% regular calidad de vida, el 12,5% mala calidad de vida y un 2,5% buena calidad de vida. En la dimensión vitalidad un 70% regular calidad de vida, el 17,5% mala calidad de vida y un 12,5% buena calidad de vida. En la dimensión dolor corporal el 70% regular calidad de vida, el 22,5% mala calidad de vida y un 7,5% buena calidad de vida. En la dimensión Percepción de la salud el 72,5% mala calidad de vida, seguida de un 22,5% regular calidad de vida, finalmente un 5% evidencia buena calidad de vida. Concluyó: La mayoría de los pacientes presentan entre regular y mala la calidad de vida, siendo la dimensión de rol emocional la que se evidencia con mayor proporción una mala calidad de vida, lo que repercutir negativamente en su calidad de vida. (Quispe, 2017)

Sánchez & Velasco (2018) realizaron una investigación con el objetivo determinar la relación entre nivel de autoestima y calidad de vida en personas con Insuficiencia Renal Crónica, Unidad de Hemodiálisis, Hospital Honorio Delgado. Arequipa 2017. Estudio de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional. Consideraron a una población de 103 pacientes. Mediante técnica de encuesta aplicaron como instrumentos el Inventario de Autoestima de Coopersmith versión adultos y el cuestionario de calidad de vida SF-36. Encontraron que el 70.9% tiene buena calidad de vida, 29.1% presentó una regular calidad de vida y ninguna mala calidad de vida. Concluyendo que sí existe relación significativa entre las variables nivel de autoestima y calidad de vida en personas con Insuficiencia Renal Crónica de la Unidad de Hemodiálisis. (Sánchez & Velasco 2018).

Sánchez (2014) realizó una investigación con el objetivo de describir la calidad de vida disgregada en las distintas dimensiones del cuestionario SF-36 en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado

ESSALUD - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014. Estudio descriptivo, observacional y transversal. Muestra de 72 pacientes mayores de 20 años. Mediante la técnica de encuesta se aplicó el Cuestionario SF-36. Resultados obtenidos fueron: Los promedios de las dimensiones de función física (48,63), rol físico (45,31), salud general (49,51), componente de salud física (47,40), función social (46,56), salud mental (48,83) y componente de salud mental (49,61) no alcanzan al promedio escala (punto medio) de 50 puntos; mientras que las dimensiones de dolor físico (52,25), vitalidad (51,03) y rol emocional (54,04) apenas sobrepasan el promedio de la escala de 50 puntos. Concluyó: La calidad de vida de los pacientes con IRC en Hemodiálisis no es saludable, existiendo diferencias significativas en la calidad de vida en los pacientes masculinos y femeninos; la calidad de vida es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses; de igual manera en los pacientes entre los 40 - 60 años comparada con los mayores de 60; la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus es menos saludable comparada con los que tienen HTA, y, en general el Componente Físico es el más afectado en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. (Sánchez, 2014)

Ventura (2017) realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de autoestima y calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Essalud Augusto Hernández Mendoza Ica, octubre 2016. Investigación descriptiva, transversal, cuantitativa y no experimental. Muestra constituida por 60 pacientes determinado por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó como técnica la encuesta y su respectivo instrumento el cuestionario. Concluyó: La calidad de vida en pacientes con hemodiálisis es mala. En porcentajes, es mala en 63%(38), regular en 32%(19) y buena en solo 5%(3) de los pacientes. (Ventura. 2017)

Villanueva & Casas (2015) realizaron una investigación con el objetivo de determinar si existe relación entre depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú, 2014. Estudio de diseño no experimental de corte transversal y de alcance descriptivo correlacional. Se utilizó el Cuestionario SF36 sobre el estado de salud (Short-Form, SF-36) y el Inventario de Depresión de Beck II. Muestra constituida por 39 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Los resultados fueron: las dimensiones de la variable calidad de vida se puede observar lo siguiente: respecto a la dimensión función física, el 25.6% de los evaluados presentan una funcionalidad regular; respecto a la dimensión función social, el 35.9% de los pacientes presenta una funcionalidad buena; respecto a la dimensión rol emocional, el 43.6% de los participantes presenta una funcionalidad excelente; respecto a la dimensión dolor corporal, el 30.8% de los pacientes presentan una funcionalidad regular. Concluyeron: Existe una relación significativa inversa entre las variables depresión y la calidad de vida, es decir que a mayor depresión se mostrará un menor nivel de calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. (Villanueva & Casas 2015)

1.3. Objetivos

- **Objetivo general**

Establecer el nivel de calidad de vida de los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz, Lima 2016.

- **Objetivos Específicos.**

- Determinar el nivel de calidad de vida según grupo etáreo en pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.

- Puntualizar el nivel de calidad de vida según género en pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.
- Identificar el nivel de calidad de vida según tipo de paciente policial en pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.
- Precisar el nivel de calidad de vida según tiempo de tratamiento en pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.
- Medir el nivel de calidad de vida según sus dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental en pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.

1.4. Justificación

La IRC es por sus características una situación de gran impacto en la calidad de vida; enfermedad que ataca a un número importante de personas, especialmente en el adulto mayor, quienes en la medida de la calidad de vida relacionada con la salud se ven afectados en el desenvolvimiento normal de su vida; como también su entorno familiar; situación que como profesional de enfermería incentiva a investigar de qué manera se ve afectada la calidad de vida en el adulto con insuficiencia renal crónica. Además de conocer al ser humano desde un enfoque holístico e integral, que ayude al diseño de estrategias para mejorar su calidad de vida.

El Servicio de Hemodiálisis del HCPNP, no cuenta con información actualizada al respecto, siendo punto importante, para profundizar y actualizar los conocimientos del personal, manejando información bibliográfica, que permitirá identificar las metodologías que deben ser utilizadas en los diferentes ámbitos; además, analizar el nivel de afectación que contribuye en el desempeño y mejoramiento de la vida de estos pacientes; siendo un

punto de partida para futuras investigaciones y programas empleados en el cuidado y mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en este nosocomio.

1.5. Hipótesis

Los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz” de Lima, 2016, presentan un nivel regular de calidad de vida.

II. Marco Teórico

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Calidad de vida

La OMS (1993; citado por García & cols., 2000) conceptualizó la calidad de vida como la percepción que una persona posee sobre su lugar en la existencia, teniendo en cuenta la cultura y del conjunto de valores del medido donde vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Asimismo, sostiene que, para conceptualizar la calidad de vida, considerando la influencia que ejercen sobre su vida, debe incluirse la salud física de la persona, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales e interpersonales. (OMS 1996)

La calidad de vida también está definida como la capacidad que tiene la persona para realizar todas las actividades importantes relacionadas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva. (Aedo & Cols., 2006)

2.1.2. Teorías generales sobre la calidad de vida

El estudio de la calidad de vida “ideal” se adentra más cada día en diferentes áreas y multidisciplinarias formas de ver y medir lo que en esencia es subjetivo para cada persona y de acuerdo al área del conocimiento que haga el abordaje. El término “calidad de vida”

se surge de la idea del estado de bienestar, a consecuencia de los desajustes socioeconómicos precedentes de la gran depresión de los años 30 del siglo pasado, evoluciona y se difunde sólidamente en la postguerra (1945 -1960), en parte como producto de las teorías del desarrollismo social (Keynesianas) que pretendía que el Estado debía ofrecer algún tipo de protección a las personas incapaces de tener una vida mínimamente aceptable. (Salas & Garzón, 2013).

La Teoría Social – Cognitiva propuesta por Bandura, sostiene que se puede sustentar la noción de calidad de vida basada en la satisfacción de necesidades humanas; donde la satisfacción es medida en relación con las aspiraciones y expectativas de la persona. (Rodríguez & García, 2005).

La teoría ecológica o de Bronfenbrenner, sostiene que la calidad de vida es una propiedad de los individuos, que vivencian situaciones y condiciones de sus ambientes de vida y dependerá de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos del entorno. Belisario (1998; citado por Rodríguez & García, 2005).

La calidad de vida comprende aspectos materiales del ambiente y la percepción de la persona de ese ambiente. En tal sentido, la teoría de acción razonada de Azjen y Fishbein, permite medir el comportamiento teniendo en consideración las creencias de los grupos que se estudian. Belisario (1998; citado por Rodríguez & García, 2005).

La Teoría de la complejidad hace énfasis en la importancia de superar lo meramente cuantitativo para introducir también los aspectos cualitativos, a fin de cambiar la visión del bienestar por una perspectiva compleja de “calidad de vida”, que comporte la calidad ambiental (habitacional, residencial), el bienestar (trabajo, salud, educación) y la identidad cultural (tiempo libre, ocio, participación, relaciones y redes sociales). Alguacil (2008; citado por Arias, 2013).

Debido a la variedad de definiciones sobre la noción de "calidad de vida", en particular el de calidad de vida vinculada con la salud, varios autores la han descrito a la medida en que la vida de una persona logra ser cambiada por los daños físicos y emocionales, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales que se le presentan a un sujeto como efecto tanto de la enfermedad como de las lesiones causadas por ella o por los métodos ejecutados. (Velásquez & Cols., 2009).

La calidad de vida desde el punto de vista operativo, se refiere a los efectos que una enfermedad y su tratamiento ocasionan en la vida de los pacientes. Este concepto, no solo analiza desde un enfoque clínico postratamiento para evaluar los resultados de las intervenciones, sino también, para realizar análisis de las de las repercusiones físicas y de los cambios relacionados con el comportamiento y estado de ánimo que presenta una persona post diagnóstico. (Deboer, 1995; citado por Salas & Grisales, 2010)

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como un constructo, basado en la percepción de la persona, del impacto que tiene la enfermedad o tratamiento en su capacidad para vivir una vida satisfactoria, es considerado como la diferencia entre la expectativa y la experiencia de salud que vive el paciente, expresado en el valor que le da a su bienestar físico, emocional, funcional, social y espiritual, luego del diagnóstico y el tratamiento. (Zúñiga & Cols., 2009)

2.1.3. Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud, considerando tres dimensiones que integralmente comprenden la calidad de vida:

- Dimensión física: corresponde a la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la

enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. La buena salud es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

- Dimensión psicológica: corresponde a la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- Dimensión social considera la percepción del individuo en cuanto a las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. Cummin (1994; citado por More & cols., 2015)

2.1.4. Instrumento de medición de calidad de vida: Formato SF-36

La mayoría de los instrumentos para la medición de la calidad de vida relacionada a la salud se basa en cuestionarios; donde se recaban la información subjetiva proveniente del paciente, relativa a la valoración de diferentes áreas de la vida y la expresan de forma cuantitativa a través de perfiles y puntajes agregados. Los dominios más importantes que se considera son la función física, salud mental, función social y los de la percepción global de la salud y calidad de vida. Los dominios están representados por ítems, correspondiendo cada uno a una forma particular de registrar una percepción del individuo. (Asadi y Cols., 2004).

El formato SF-36 es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos;

limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Ware (2000; citado por Vilagut & Cols., 2005)

Alonso y Cols. (2003), sostienen que los ítems y las escalas del SF-36 están puntuadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Por ejemplo, las escalas de función son puntuadas de forma que una puntuación alta indica una mejor función; y la escala Dolor es puntuada de forma que una puntuación alta indica estar libre de dolor.

Después de la introducción de los datos, los ítems y las escalas se puntúan en tres pasos:

- Recodificación de los 10 ítems planteados en sentido contrario.
- Cálculo de la puntuación de las escalas (Suma de puntajes emitidos)

Transformación de las puntuaciones obtenidas a una escala porcentual (0 a 100%)

El SF-36 contiene 36 ítems formando 8 dimensiones (Alonso & Cols., 2003):

- **Función Física (FP):** Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
- **Rol Físico (RP):** Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
- **Dolor Corporal (BP):** Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

- **Salud General (GH):** Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
- **Vitalidad (VT):** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y agotamiento.
- **Función Social (SF):** Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- **Rol Emocional (RE):** Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
- **Salud Mental (MH):** Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Asimismo, considera un ítem adicional a fin de comparar el estado de salud declarado con el estado de salud determinado mediante la aplicación de la encuesta:

- * **Evolución Declarada de la Salud (HT):** Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.

2.1.5. Paciente con enfermedad renal crónica

El paciente con enfermedad renal crónica (ERC) o Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es aquella persona que ha sufrido una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG) $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$. Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre lo cual se traduce en un conjunto de signos y síntomas denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida y para mantener el equilibrio homeostático en los pacientes se requieren medidas como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el trasplante renal. (MedlinePlus, 2007).

2.1.6. Insuficiencia Renal crónica

Para Pasqualini, T. & otro (2003), La enfermedad renal crónica (ERC) o Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG) $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$. Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre

La ERC se define como una disminución de la función renal (capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre), expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimados $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses. Para diagnosticar el daño renal se aplican marcadores en vez de por una biopsia renal; estableciéndose un FG disminuido o por marcadores de daño renal, como una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada. (Soriano, 2004)

Los síntomas de un deterioro de la función renal son inespecíficos y pueden incluir una sensación de malestar general y una reducción del apetito. A menudo, la enfermedad renal crónica se diagnostica como resultado del estudio en personas en las que se sabe que están en riesgo de problemas renales, tales como aquellos con presión arterial alta o diabetes y aquellos con parientes con enfermedad renal crónica. La insuficiencia renal crónica también puede ser identificada cuando conduce a una de sus reconocidas complicaciones, como las enfermedades cardiovasculares, anemia o pericarditis. Las causas más comunes de ERC son la nefropatía diabética, hipertensión arterial, y glomerulonefritis. Juntas, causan aproximadamente el 75% de todos los casos en adultos. (Pasqualini & Ferraris, 2003).

En la práctica clínica, la mayoría de las nefropatías progresan lentamente hacia la pérdida definitiva de la función renal. Históricamente, las enfermedades del riñón han sido clasificadas según la parte de la anatomía renal que está implicada:

- 1) **Vascular**, incluye enfermedades de los grandes vasos sanguíneos, como estenosis de la arteria renal bilateral, y enfermedades de los vasos sanguíneos pequeños, como nefropatía isquémica, síndrome urémico hemolítico y vasculitis.
- 2) **Glomerular**, abarcando a un grupo diverso y subclasificado en:
- 3) **Enfermedad glomerular primaria**, como glomeruloesclerosis focal y segmentaria y nefropatía por IgA
- 4) **Enfermedad glomerular secundaria**, como nefropatía diabética y nefritis lupus Túbulo intersticial, incluyendo enfermedad poli quística renal, nefritis lupus **tubulointersticial crónica** inducida por drogas o toxinas, y nefropatía de reflujo.
- 5) **Obstructiva**, por ejemplo con piedras del riñón bilaterales y enfermedades de la próstata. (Barrios & Hidalgo).

2.1.7. Hemodiálisis.

La hemodiálisis es una terapia de sustitución renal, que tiene como finalidad suplir parcialmente la función de los riñones. Consiste en extraer la sangre del organismo a través de un acceso vascular y llevarla a un dializador o filtro de doble compartimiento, en el cual la sangre pasa por el interior de los capilares en un sentido, y el líquido de diálisis circula en sentido contrario bañando dichos capilares, así, ambos líquidos quedan separados por una membrana semipermeable. Este método consigue la circulación de agua y solutos entre la sangre y el baño para, entre otros fines, disminuir los niveles en sangre de sustancias tóxicas cuando están en exceso y que elimina el riñón sano, por ejemplo el potasio y la urea. En pacientes oligúricos o anúricos también se programa la eliminación de una

cantidad de agua de la sangre, ya que se va acumulando en los periodos interdiálisis por incompetencia del riñón (fallo renal). (Barcenilla & Rello, 2000).

En hemodiálisis hay tres modos primarios de acceso a la sangre:

- El catéter intravenoso
- La fístula de Cimino-Brescia arteriovenosa (AV)
- El injerto sintético. (Barcenilla & Rello, 2000).

Catéter temporal para realizar la hemodiálisis.

El acceso de catéter, llamado a veces un CVC (Central Venous Catheter) (Catéter venoso central), consiste en un catéter plástico con dos luces u ocasionalmente dos catéteres separados, que es insertado en una vena grande (generalmente la vena cava, vía la vena yugular interna o la vena femoral), para permitir que se retiren por una luz grandes flujos de sangre para entrar al circuito de la diálisis y una vez purificada vuelva por la otra luz. Sin embargo el flujo de la sangre es casi siempre menor que el de una fístula o un injerto funcionando bien. Usualmente se encuentran en dos variedades generales, entubado y no entubado. El acceso de catéter no entubado es para corto plazo (hasta cerca de 10 días, pero a menudo solamente para una sesión de diálisis). El catéter emerge de la piel en el sitio de la entrada en la vena. (Clark & Rosansky, 2010)

El acceso de catéter entubado implica un catéter más largo, que entubado debajo de la piel desde el punto de inserción en la vena hacia un sitio de salida a una cierta distancia. Generalmente se colocan en la vena yugular interna en el cuello y el sitio de salida está usualmente en la pared del pecho. El túnel actúa como barrera a los microbios invasores.

Estos catéteres entubados se diseñan para acceso de término corto o medio (solamente de semanas a meses), pues la infección sigue siendo un problema frecuente. (Lewis, 2010).

2.1.8. La fístula arteriovenosa

Las fístulas de Cimino arteriovenosas son reconocidas como el método de acceso más adecuado. Para crear una fístula arteriovenosa, un cirujano vascular junta una arteria y una vena a través de anastomosis. Puesto que esto puentea los vasos capilares, la sangre fluye en una tasa muy alta a través de la fístula. Esto se puede sentir colocando un dedo sobre una fístula madura, se percibirá como un "zumbido" o un "ronroneo". Esto es llamado el "thrill" ("frémito"). Las fístulas se crean generalmente en el brazo no dominante y se pueden situar en la mano (la fístula 'Snuffbox' o 'tabacalera'), el antebrazo (usualmente una fístula radio cefálica, en la cual la arteria radial es anastomosada a la vena cefálica) o el codo (usualmente una fístula braquicéfala, donde la arteria braquial/humeral es anastomosada a la vena cefálica). Una fístula necesitará un número de semanas para "madurar", en promedio quizás de 4 a 6 semanas. Una vez madura podrá usarse para realizar la hemodiálisis, durante el tratamiento. (Rodríguez & Cols., 2005).

2.1.9. El injerto arteriovenoso

Los injertos arteriovenosos son bastante parecidos a las fístulas, excepto que usan una vena artificial para juntar la arteria y la vena. Estas venas artificiales se hacen de material sintético, a menudo PTFE (Goretex). Los injertos son usados cuando la vascularidad nativa del paciente no permite una fístula, maduran más rápidamente que las fístulas y pueden estar listos para usarse días después de la formación. Sin embargo, tienen alto riesgo de desarrollar estrechamiento donde el injerto se ha cosido a la vena. Como resultado del estrechamiento, ocurren a menudo la coagulación o la trombosis. Como material extraño, tienen mayor riesgo de infección. Por otro lado, las opciones de sitios para poner un injerto

son más grandes debido al hecho de que el injerto se puede hacerse muy largo. (Basile & Cols., 2004).

2.1.10. Complicaciones de la hemodiálisis

Según Arca (2007, citado por León, 2009), entre las complicaciones más frecuentes se tienen:

- **Hipotensión arterial:** La tensión baja al perder líquido y sal. Cuando se siente la sensación de mareo, sudor o náuseas hay que comunicarlo a la enfermera. Ella dejará pasar suero y esa desagradable sensación desaparecerá enseguida.
- **Calambres musculares:** Se dan por la eliminación rápida de líquidos. Pueden dar durante el tratamiento o en casa, generalmente durante la noche. Durante el tratamiento se comunicará a la enfermera y ésta nos pasará suero para que se pase lo más rápidamente posible. Si nos dan en casa se pueden aliviar dando masaje sobre la zona, o ingiriendo un poco de agua con azúcar o caldo salado. Si el calambre es en los pies es conveniente tirar de la punta del pie hacia nosotros o apoyar la planta con fuerza contra una superficie.
- **Náuseas y vómitos:** Suelen preceder o acompañar los episodios de hipotensión.
- **Fiebre y escalofríos:** A veces pueden deberse a infecciones víricas, a contaminación bacteriana, a un fallo en el sistema de control de la temperatura del líquido de diálisis o a reacciones anafilácticas (alérgicas) de hipersensibilidad.
- **Dolor de cabeza:** A veces a final de la hemodiálisis se produce un dolor o atontamiento debido a la eliminación de desechos. Esta sensación desaparece al cabo de unas horas.

- **Reacciones de hipersensibilidad:** Suelen estar relacionadas con la estructura química de la membrana del filtro o con su método de esterilización.
- **Problemas isquémicos agudos (embolismos, trombosis):** Suelen suceder en pacientes con cardiopatía isquémica o arteriosclerosis (coincidiendo con la incorporación a diálisis de pacientes cada vez más añosos).

2.2. Marco conceptual

Bioseguridad: Conjunto de medidas preventivas para proteger la salud y la seguridad humana y del medio ambiente frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos o mecánicos.

Enfermedad renal crónica (ERC): Anormalidades estructurales del riñón que afecta su función normal y por consiguiente la salud de un individuo dando como consecuencia una variada presentación clínica, en parte relacionada a su causa y su tasa de progresión. (MINSA, 2014)

Fístula arteriovenosa terapéutica: Circuito arteriovenoso creado mediante la comunicación entre una arteria y una vena con la finalidad de ser utilizado en HD. (Sociedad Española de Nefrología, 2004)

Fístula arteriovenosa autóloga o nativa: Circuito arteriovenoso creado mediante la anastomosis de una arteria y una vena. (Sociedad Española de Nefrología, 2004)

Fístula arteriovenosa con interposición de injerto o prótesis: Creación de un circuito arteriovenoso interno mediante la interposición de un material autólogo (vena safena del paciente) o heterólogo (habitualmente derivados plásticos de politetrafluoroetileno). (Sociedad Española de Nefrología, 2004)

Hemodiálisis: Terapia de sustitución de la función renal a través de membranas semipermeables, mediante mecanismos de difusión y convección. (MINSA, 2007).

Máquina de Hemodiálisis: Equipo electromédico que se utiliza para dar el servicio de hemodiálisis. (MINSAs, 2007).

Pozas de lavado de hemodializador: Estructura utilizada para el lavado y esterilización del hemodializador en el proceso de reuso. (MINSAs, 2007).

Puesto de Hemodiálisis: Complejo de sillón/camilla/cama y máquina de hemodiálisis para la atención del paciente. (MINSAs, 2007).

Sala de hemodiálisis: Espacio destinado para la ubicación de máquinas de diálisis, en el cual se realizarán el o los procedimientos de hemodiálisis. (MINSAs, 2007).

Sesión de hemodiálisis: Tiempo determinado dentro del horario de atención, en el que se brinda tratamiento de hemodiálisis a un grupo de pacientes en una UPS de hemodiálisis.

Turno de hemodiálisis: Periodo que corresponde al tiempo que demora la sesión de hemodiálisis de uno o varios pacientes en un módulo de atención. (MINSAs, 2007).

Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis hospitalaria: Unidad Básica Hospitalaria de la oferta, constituida por el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos, organizados para brindar atención de hemodiálisis. (MINSAs, 2007).

Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis Ambulatoria (Centro de Hemodiálisis): Unidad Básica Productora de Servicios de Hemodiálisis diseñada para la atención de pacientes crónicos, en un programa ambulatorio de diálisis. (MINSAs, 2007).

III. Métodos

3.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo descriptivo, dado a que se describe el fenómeno en estudio tal como se presenta en la realidad. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

La investigación es de diseño observacional (no experimental), prospectivo y de corte transversal. Es observacional porque sólo se observó los fenómenos de estudio, sin manipular ninguna variable; es prospectivo porque los datos a recolectarse aún no habían ocurrido al diseñarse el proyecto de investigación; y es de corte transversal para la variable se midió por única vez. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

3.2. **Ámbito temporal y espacial**

La investigación se realizó durante el mes de abril del 2016 en el Área de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz ubicado en la Av. Brasil cuadra 26 del distrito de Jesús María (Lima)

3.3. **Variables**

Calidad de Vida

Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. (OMS citado por Botero & Pico, 2007)

Percepción del paciente de hemodiálisis sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Variab les	Dimensio nes	Indicadores	Tipo de variable y escala de medición
Calida d de vida	Dimensione s de la calidad de vida	Función física	Cualitativa, politémica
		Rol físico	Cualitativa, dicotómica

		Dolor corporal	Cualitativa, politómica
		Salud general	Cualitativa, politómica
		Vitalidad	Cualitativa, politómica
		Función social	Cualitativa, politómica
		Rol emocional	Cualitativa, dicotómica
		Salud mental	Cualitativa, politómica
	Grupo etéreo	Edad cumplido en años distribuidos equitativamente en dos grupos	Cuantitativa, discreta
	Género	Género del paciente: Masculino o femenino	Antisepsia personal
	Tipo de paciente policia	Clasificación según relación con institución policia: Titular o familiar	Cualitativa, dicotómica

	Tiempo de tratamiento en hemodiálisis	Grupo de pacientes hasta 1 año y más de 1 año de tratamiento en hemodiálisis	Cuantitativo, discreta
--	---------------------------------------	--	------------------------

3.4. Población y muestra

- Población

Estuvo conformada por 30 pacientes sometidos a hemodiálisis en el mes de abril 2016.

- Muestra

No se considera muestra porque se trabajó con toda la población de estudio.

Para el estudio estará sometido mediante los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes programados para recibir tratamiento de hemodiálisis en el mes de abril 2016.
- Pacientes de sexo masculino y femenino
- Pacientes que aceptan participar en el proyecto de investigación
- Pacientes LOTEPE

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no aceptan participar en la investigación.
- Pacientes con alteración del sensorio.
- Pacientes que ingresan a Hemodiálisis por emergencia.

3.5. Instrumentos

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento de recolección aplicado fue el cuestionario SF36 para la evaluación de la calidad de vida.

El instrumento aplicado es el Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2), adaptada de la versión española de SF-36v2 Health Survey, 2000 por Alonso & cols. (2003).

Dicho cuestionario contiene 36 preguntas:

- 35 corresponden a ocho dimensiones de la calidad de vida:
 - 1) Función Física: 10 ítems: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j.
 - 2) Rol Físico: 4 ítems: 4a, 4b, 4c, 4d.
 - 3) Dolor Corporal: 2 ítems: 7, 8.
 - 4) Salud General: 5 ítems 1, 11a, 11b, 11c, 11d.
 - 5) Vitalidad: 4 ítems: 9a, 9e, 9g, 9i.
 - 6) Función social: 2 ítems: 6, 10.
 - 7) Rol Emocional: 3 ítems 5a, 5b, 5c.
 - 8) Salud Mental: 5 ítems: 9b, 9c, 9d, 9f, 9h.
- Una pregunta corresponde para el análisis comparativo de la evaluación declarada de salud y la evaluación investigada:
 - 9) Evaluación declarada de la salud: 1 ítem: 2.

3.6. Procedimientos

Previa coordinación y permiso del Jefe del Departamento de Nefrología del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, se procedió a aplicar los cuestionarios a toda la población de pacientes atendidos en el Servicio de Hemodiálisis en el mes de abril 2016.

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 25 versión español para la tabulación de datos y obtención de las tablas de resultados conjuntamente con los estadísticos necesarios para el análisis correspondiente.

Para el procesamiento de datos, se tuvo en cuenta las indicaciones descritas en el Manual respectivo del Instrumento que se adjunta en el anexo 4. (Alonso & cols., 2003).

3.7. Análisis de datos

Para determinar el nivel global y por dimensiones de calidad de vida se obtuvo el puntaje y se comparó con la tabla siguiente:

Tabla 1.

Valoración del nivel de Calidad de Vida

Nivel de aplicación	Valoración
Mala	0,00 – 33,3
Regular	33,4 – 66,6
Buena	66,7 – 100,0

Fuente: Elaboración propia

Análisis descriptivo:

- Se efectuó el análisis de frecuencias y porcentajes de cada tabla de resultados
- Se efectuó el análisis de relación del nivel de calidad de vida según grupo étnico, género, tipo de paciente policial y tiempo de tratamiento de hemodiálisis haciendo uso del estadístico Chi cuadrado de Pearson; existiendo una relación significativa cuando el valor de “p” es menor de 0,05

Análisis inferencial:

No se consideró porque al trabajar con toda la población de estudio no se requirió inferencia alguna.

3.8. Consideraciones éticas

El Informe Belmont es un informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado "Principios éticos y pautas para la protección de

los seres humanos en la investigación", y es un importante documento histórico en el campo de la ética médica.

El reporte fue publicado el 18 de abril de 1978, y toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont, donde el documento fue elaborado. Luego de los horrores del Experimento Tuskegee y basado en el trabajo de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento (1974-1978), el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos revisó y amplió las regulaciones para proteger a los sujetos humanos a fines de la década de los '70 y principios de los '80. En 1978, la Comisión publicó el documento "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación".

Fue llamado Informe Belmont, por el Centro de Conferencias Belmont, donde la Comisión Nacional se reunió para delinear el primer informe. (Observatori de Bioètica i Dret, 1979).

principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación

Respeto a las personas: protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado.

Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación, y

Justicia: usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio).

Hoy el informe Belmont continúa siendo una referencia esencial para que los investigadores y grupos que trabajan con personas humanas en investigación se aseguren que los proyectos cumplen con las regulaciones éticas.

IV. Resultados

Tabla N°2.

Nivel de calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.

Calidad de vida	N°	%
Mala	14	46,7
Regular	16	53,3
Buena	0	0,0
Total	30	100,0

$$\bar{X} = 36,0$$

Tabla N°3.

Nivel de calidad de vida según grupo etáreo en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.

Calidad de vida	Grupo etáreo				Total	
	34 - 56 años		57 - 78 años		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mala	0	0,0	14	73,7	14	46,7
Regular	11	100,0	5	26,3	16	53,3
Buena	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	11	100,0	19	100,0	30	100,0

$$X^2 = 15,197 \quad gl = 1 \quad p=0,000$$

Tabla N°4.

Nivel de calidad de vida según género en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.

Calidad de vida	Género				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mala	11	47,8	3	42,9	14	46,7
Regular	12	52,2	4	57,1	16	53,3
Buena	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	23	100,0	7	100,0	30	100,0

$$X^2 = 0,053 \quad gl = 1 \quad p=0,818$$

Tabla N°5.

Nivel de calidad de vida según tipo de paciente policial en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.

Calidad de vida	Tipo de paciente policial				Total	
	Titular policial		Familiar policial		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mala	10	47,6	4	44,4	14	46,7
Regular	11	52,4	5	55,6	16	53,3
Buena	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	21	100,0	9	100,0	30	100,0

$$X^2 = 0,026 \quad gl = 1 \quad p=0,873$$

Tabla N°6.

Nivel de calidad de vida según tiempo de tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.

Calidad de vida	Tiempo de tratamiento				Total	
	Hasta 1 año		Mayor de 1 año		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mala	13	61,9	1	11,1	14	46,7
Regular	8	38,1	8	88,9	16	53,3
Buena	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	21	100,0	9	100,0	30	100,0

$$X^2 = 6,531 \quad gl = 1 \quad p=0,011$$

Tabla N°7.

Nivel de calidad de vida según sus dimensiones en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.

Dimensiones	Promedio	Nivel
Función Física (PF)	48,7	Regular
Rol Físico (RP)	21,7	Mala
Dolor Corporal (BP)	40,0	Regular
Salud General (GH)	39,2	Regular
Vitalidad (VT)	35,3	Regular
Función Social (SF)	41,7	Regular
Rol Emocional (RE)	17,8	Mala
Salud Mental (MH)	43,7	Regular
Calidad de vida	36,0	Regular

Tabla N°8.

Comparación del nivel de calidad de vida declarado y percibido en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.

Calidad de vida	Promedio	Nivel
Evaluación declarada	43,3	Regular
Evaluación percibida	36,0	Regular

De la tabla 2, podemos observar que 46,7% de los pacientes sometidos a hemodiálisis presentaron mala calidad de vida, 53,3% regular calidad de vida y ningún paciente buena calidad de vida.

En promedio, los pacientes sometidos a hemodiálisis presentaron en promedio regular calidad de vida (36,0).

De la tabla 3, podemos observar que del grupo etáreo de 34 – 56 años de edad, ningún paciente sometido a hemodiálisis presentó mala calidad de vida y buena calidad de vida, mientras que 100,0% presentaron regular calidad de vida. Del grupo etáreo de 57 – 78 años de edad, 73,7% de los pacientes sometidos a hemodiálisis presentaron mala calidad de vida, 26,3% regular calidad de vida y ningún paciente buena calidad de vida.

Podemos concluir, que la calidad de vida y el grupo etáreo presentan una relación significativa ($p=0,000$) en los pacientes sometidos a hemodiálisis; siendo mejor el nivel de calidad de vida en el grupo etáreo de 34 – 56 años.

De la tabla 4, podemos observar que del grupo de pacientes de género masculino sometidos a hemodiálisis, 47,8% presentaron mala calidad de vida, 52,2% regular calidad de vida y ninguno buena calidad de vida; mientras que del grupo de género femenino,

42,9% presentaron mala calidad de vida, 57,1% regular calidad de vida y ninguno buena calidad de vida.

Podemos concluir, que la calidad de vida y el género no presentan una relación significativa ($p=0,818$) en los pacientes sometidos a hemodiálisis; siendo similar la calidad de vida en ambos géneros.

De la tabla 5, podemos observar que del grupo titular policial sometidos a hemodiálisis, 47,6% presentaron mala calidad de vida, 52,4% regular calidad de vida y ninguno buena calidad de vida; mientras que del grupo familiar policial, 44,4% presentaron mala calidad de vida, 55,6% regular calidad de vida y ninguno buena calidad de vida.

Podemos concluir, que la calidad de vida y el tipo de paciente policial no presentan una relación significativa ($p=0,873$) en los pacientes sometidos a hemodiálisis; siendo similar la calidad de vida en pacientes policiales titular y familiar.

De la tabla 6, podemos observar que del grupo de pacientes que recibieron tratamiento de hemodiálisis hasta un año, 61,9% presentaron mala calidad de vida, 38,1% regular calidad de vida y ninguno buena calidad de vida; mientras que del grupo que recibieron tratamiento de hemodiálisis mayor de un año, 11,1% presentaron mala calidad de vida, 88,9% regular calidad de vida y ninguno buena calidad de vida.

Podemos concluir, que la calidad de vida y el tiempo de tratamiento presentan una relación significativa ($p=0,011$) en los pacientes sometidos a hemodiálisis; siendo mejor el nivel de calidad de vida en los pacientes que recibieron tratamiento de hemodiálisis mayor de un año.

De la tabla 7, podemos observar que en promedio los pacientes sometidos a hemodiálisis presentaron un nivel regular (36,0%) de calidad de vida.

Similar resultado (nivel regular), se encontró en las dimensiones función física (48,7), dolor corporal (40,0), salud general (39,2), vitalidad (35,3), función social (41,7) y salud mental (43,7); mientras que en las dimensiones rol físico (21,7) y rol emocional (17,8%) presentaron mala calidad de vida. En ninguna dimensión se encontró buena calidad de vida.

De la tabla 8, podemos observar que los pacientes sometidos a hemodiálisis declararon que tenían un nivel regular de calidad de vida (43,3) y que al evaluar la percepción se determinó también de nivel regular (36,0). Cabe destacar que a pesar de que ambas evaluaciones son del mismo nivel, la declaración de calidad de vida es mayor en promedio a la evaluación percibida.

Contrastación de hipótesis

No es necesario realizar la contrastación de hipótesis, dado a que se trabajó con toda la población de estudio.

Al obtener un nivel regular (Media = 36,0) queda demostrado la hipótesis de que “Los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz” de Lima, 2016, presentan un nivel regular de calidad de vida”.

V. Discusión de resultados

Al realizar la investigación “Calidad de Vida en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, Lima 2016”, mediante la aplicación del cuestionario de salud SF-36 (Alonso & Cols., 2003), se llegó a determinar que 46,7% de los pacientes presentaron mala calidad de vida, 53,3% regular calidad de vida y ningún paciente buena calidad de vida. Los resultados encontrados son de mayor nivel a las halladas por Ventura (2017) en el Hospital Essalud Augusto Hernández Mendoza Ica, donde encontró la existencia de mala en 63%, regular en 32% y buena en solo 5% de los pacientes. Los resultados hallados fueron similares a los hallados por Carrasco (2016) en el Hospital Nacional Dos de Mayo y Aica (2015) en el Centro Especializado de Enfermedades Renales (Surco), donde identificaron un nivel de calidad de vida de poco saludable a no saludable. Finalmente, los resultados hallados son de menor nivel a la encontrada por Bonilla (2018) en la empresa Pronefros S.A.C., donde determinó la calidad de vida de Buena a Regular en 58.3% de los pacientes; Gonzales (2018) en la Clínica HZ de Puente Piedra, donde determinó que los pacientes presentan una calidad de vida de nivel bajo en un 16,0%, media en un 46,0% y alta en un 38,0%; Sánchez & Velasco (2018) en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa, donde determinaron que 70.9% tiene buena calidad de vida, 29.1% presentó una regular calidad de vida y ninguna mala calidad de vida; Jerves & López (2016) en las unidades de diálisis de la ciudad Cuenca (Ecuador), donde el 53,5% de los pacientes presentó buena calidad de vida; Liñan (2015) una unidad de hemodiálisis de una Clínica de Trujillo -La Libertad, donde encontró que el 40% de pacientes presentaron una buena calidad de vida, seguido del 37.5% con regular y 22.5% deficiente calidad de vida; y Quispe (2017) en pacientes de EsSalud de Puno, donde encontró que 60% de los pacientes presentaron regular calidad de vida, seguida de un 35% con una mala calidad de vida y un 5% tuvo buena calidad de vida.

En promedio, los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP Luis N. Sáenz” presentaron en promedio regular calidad de vida (36,0), resultado superior a la mala calidad de vida hallada por Ventura (2017) en el Hospital Essalud Augusto Hernández Mendoza Ica y por Sánchez (2014) en el Hospital Jorge Reátegui Delgado ESSALUD – Piura.

En relación al grupo etéreo, se determinó menor nivel de calidad de vida en pacientes con edad entre de 57 – 78 años; similar resultado por hallado por Jerves & López (2016) en la ciudad de Cuenca – Ecuador, donde 54,2% de las personas \geq 65 años refieren tener mala calidad de vida.

En relación al género, se determinó que el nivel de calidad de vida fue similar en ambos sexos; dichos resultados fue similar a la hallada por Liñan (2015) en una Clínica de Trujillo - La Libertad.

En relación al tipo de paciente policial, se determinó que el nivel de calidad de vida fue similar en ambos tipos (titular y familiar). Encontrándose un nivel regular de 42,4% y 55,6% respectivamente.

Los pacientes sometidos a hemodiálisis que recibieron más de un año de tratamiento presentan mejor el nivel de calidad de vida que los pacientes que recibieron tratamiento hasta un año; esto se debe a que los pacientes de más meses de tratamiento se pueden haber adaptado a las reacciones adversas que genera el proceso de hemodiálisis.

En relación a las dimensiones de calidad de vida, se determinó que los pacientes en estudio presentaron un nivel regular de calidad de vida en las dimensiones función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental; y nivel de mala calidad de vida en las dimensiones rol físico y rol emocional. Similares resultados fueron hallados por Quispe (2017) en asegurados al seguro social de salud (ESSALUD) de Puno.

Por otro lado, los resultados hallados difieren a la encontrada por Villanueva & Casas (2015) en un grupo en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú, donde encontraron con respecto a la dimensión función física, el 25.6% de los evaluados presentan una funcionalidad regular; respecto a la dimensión función social, el 35.9% de los pacientes presenta una funcionalidad buena; respecto a la dimensión rol emocional, el 43.6% de los participantes presenta una funcionalidad excelente; respecto a la dimensión dolor corporal, el 30.8% de los pacientes presentan una funcionalidad regular.

VI. Conclusiones

1. Los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz” de Lima, 2016, presentan un nivel regular de calidad de vida.
2. Los pacientes sometidos a hemodiálisis del grupo etáreo de 34 – 56 años presentan mejor el nivel de calidad de vida que del grupo etáreo de 57 – 78 años.
3. Los pacientes sometidos a hemodiálisis de género masculino presentan similar nivel de calidad de vida que los pacientes de género femenino.
4. Los pacientes sometidos a hemodiálisis de tipo titular policial presentan similar nivel de calidad de vida que los pacientes de tipo familiar policial.
5. Los pacientes sometidos a hemodiálisis que recibieron más de un año de tratamiento presentan mejor el nivel de calidad de vida que los pacientes que recibieron tratamiento hasta un año.
6. Los pacientes sometidos a hemodiálisis presentaron un nivel regular de calidad de vida en las dimensiones función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental; y nivel de mala calidad de vida en las dimensiones rol físico y rol emocional.

VII. Recomendaciones

1. A partir de la reflexión de los hallazgos encontrados para mejorar el nivel de calidad de vida en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP Luis N. Sáenz se sugiere que la Jefatura del Servicio de Hemodiálisis proceda a diseñar un Programa Educativo que tienda a fortalecer el rol emocional y el rol físico de los pacientes.
2. Fortalecer el mecanismo de atención y orientación a fin de mejorar la función física, vitalidad, salud general, función social y salud mental en los pacientes sometidos a hemodiálisis del HCPNP. Luis N. SAENZ
3. Reforzar el trabajo multidisciplinario con las demás especialidades como es el departamento de psicología, nutrición, consultorio del dolor y demás especialidades que requiera el paciente contribuyendo a mejorar su calidad de vida.
4. El personal de enfermería debe brindar educación sanitaria al paciente y los familiares sometidos al tratamiento de hemodiálisis sobre la importancia que tiene el tratamiento, el autocuidado y sus controles periódicos en las diferentes especialidades a fin de mejorar y conservar su calidad de vida, sobre todo en la dimensión física y emocional.

VIII. Referencias

- Aedo, S., Porcile, A. & Iribarra, C. (2006). Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Rev Chil ObstetGinecol*, 71 (6), 402-409. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000600007. Leído el 25 de enero 2018.
- Aica, S. (2015). *Calidad de vida del paciente adulto en hemodiálisis del Centro Especializado de Enfermedades Renales*. Título de Especialista en Enfermería en Nefrología. Lima, Perú: Universidad nacional Mayor de San Marcos. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4911/1/Aica_Huaman_Sofia_2015.pdf. Leído 20 de octubre 2018.
- Alonso, J. & cols. (2003). *Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2). Adaptada de la versión española de SF-36v2 Health Survey, 2000*. Barcelona: Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Recuperado de: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf. Leído el 21 de octubre 2018.
- Arias, B.P. (2013). El concepto de calidad de vida en las teorías del desarrollo. Universidad Autónoma de Colombia. *Criterio Jurídico Garantista*, 5 (8), 136-148. Disponible en:
<http://revistas.fuac.edu.co/index.php/criteriojuridicogarantista/article/view/413/397>. Leído 10 de mayo 2019.

- Asadi, M., Tamburini, M. & Gray, D. (2004). Necesidades, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes: hacia un modelo integral. *Health Qual Life Outcomes*, 2, 32. Disponible en: <https://translate.google.com.pe/translate?hl=es-419&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC471563/&prev=search>. Leído el 12 de octubre 2018.
- Basile, C. & Cols. (2004). The natural history of autogenous radio-cephalic wrist arteriovenous fistulas of haemodialysis patients: a prospective observational study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19 (5), 1231-1236.
- Barcenilla, F. & Rello, J. (2000). *Soporte renal* en: Rello J, Alonso S ABC de Medicina Intensiva (2000). Barcelona: Edikamed.
- Barrios, J.M. & Hidalgo, M.S. (2016). *Enfermedades crónicas no transmisibles: Enfermedad renal crónica*. Tesis de Licenciatura en Biosanálisis Clínico. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2157/1/16538.pdf>. Leído el 22 de mayo 2019.
- Bonilla, M. A. (2018). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Hemodiálisis. Pronefros S.A.C – 2017*. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1781>. Leído el 07 de Junio de 2019.
- Botero, B.E. & Pico, M.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11 – 24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>. Leído 22 de mayo 2019.

- Carrasco, F. M. (2016). *Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015*. Tesis de Especialista en Enfermería en Nefrología. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5310/Carrasco_rf.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Leído el 10 de mayo 2019.
- Denegri, L.M. & Aquino, R. (2015). *Percepción de la Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica*. Arequipa Año 2015. Disponible en: <http://colegiodepsicologosarequipa.org/20152-3.%20Calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20con%20insuficiencia%20renal.pdf>. Leído 05 de enero 2018.
- EcuRed (2012). *Calidad de Vida*. En: https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida. Leído el 10 de enero 2018.
- García, A., Sáez, J. & Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Madrid. Arán Ediciones S.A.
- Gonzales, C. M. (2018). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Clínica HZ Puente Piedra – Lima – 2018*. Tesis de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud. Perú: Universidad César Vallejo. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17223/Gonzales_CCM.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Leído el 22 de mayo 2019.
- Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta. Edición, México DC.: Ed. McGraw Hill Interamericana Editores SA.

- Jerves, F.X. & López, G.E. (2016). *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis y hemodiafiltración. En las unidades de diálisis de la ciudad, Cuenca. 2016*. Tesis de título de Médico. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25735/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACIÓN%20FERNANDO.pdf>. Leído el 22 de mayo 2019.
- León, G. (2009). Relación entre la Intervención de Enfermería en pacientes adultos nuevos sometidos a hemodiálisis, frente a las Nuevas Necesidades para su autocuidado en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen”. Febrero – Diciembre de 2008. Tesis para optar el Título Profesional de Enfermería. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma – Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.
- Lewis, J. (2010). Blood Pressure control in chronic kidney disease: Is less really more?. *JASN*, 21 (7,) 1086-1092. Recuperado de:
<https://jasn.asnjournals.org/content/21/7/1086>. Leído el 12 de octubre 2018
- Liñan, L.K. (2015). *Factores biosociodemográficos y calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis en Clínica de Trujillo*. Tesis de Título de Segunda Especialidad en Enfermería. Trujillo, Perú: Universidad de Trujillo. Recuperado de:
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8858/2E%20358.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Leído el 10 de Mayo 2019.
- MedlinePlus (agosto de 2007). Insuficiencia renal crónica. *Enciclopedia médica en español*. En: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000471.htm>. Leído el 22 de octubre 2018.
- MINSA (2007). *Norma Técnica de Salud 060-MINSA-v.01 de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis*. RM845-2007/MINSA. Lima, Perú: Ministerio de Salud.

- MINSA (2014). La enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública. *Boletín Epidemiológico (Lima)*, 23, 3. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>. Leído el 22 de mayo 2019.
- Montagud, J.V. (2012). *Neuropsicología, estado de ánimo, estrés y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica*. Tesis Doctoral. Valencia, España: Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/27377/Evaluacion%20neuropsicologica,%20estado%20de%20animoy%20estres%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20de%20insuficiencia%20renal%20cronica.pdf?sequence=1>. Leído el 05 de enero 2018.
- More, K., Rivas, C. & Chumpitaz, R. (2015). Calidad de vida en relación a experiencia de caries en pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad de San Martín de Porres de Chiclayo. *Kiru*, 12(2), 37-42. Disponible en: https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru_12-2_v_p36-41.pdf. Leído el 22 de mayo 2019.
- Pasqualini, T., & Ferraris, J.. (2003). Insuficiencia renal crónica y crecimiento. *Medicina (Buenos Aires)*, 63(6), 731-736. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000600011&lng=es&nrm=iso. Leído el 10 de enero 2019.
- Observatori de Bioètica i Dret (1979). El Informe Belmont. USA. Recuperado de: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Perales, C. M., García, A. & Reyes, G. A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Nefrología (Madrid), 32(5), 622-630. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>. Leído el 05 de enero 2018.

Quispe, M.M. (2017). *Calidad de vida de pacientes con insuficiencia Renal crónica con terapia de diálisis peritoneal Ambulatoria continua, asegurados en ESSALUD Puno – 2016*. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano. Disponible en:

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4719/Quispe_Peralta_Maritz_a_Maribe.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Leído 20 de noviembre 2018.

Rodríguez, N. & García, M. (2005). La noción de Calidad de Vida desde diversas perspectivas. *Revista de Investigación*, 57, 49-68. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2053485.pdf>. Leído el 22 de enero 2018.

Rodríguez, J.A. & Cols. (2005). Guías de acceso vascular en hemodiálisis (Guías S.E.N.). *Nefrología*, 25 (Supl 1), 3-97. Disponible en:

<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E241/P7-E241-S129-A3192.pdf>.

Leído el 22 de enero 2018.

Salas, C. & Garzón, M.O. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*, 4, 36-46. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2053485.pdf>. Leído el 22 de mayo 2019.

Salas, C. & Grisales, H. (2010). El reto de la valoración de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Revista Científica Salud Uninorte*, 26 (1). Disponible en:

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/97/5798>.

Leído el 22 de enero 2018.

- Sánchez, J. A. (2014). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado ESSALUD - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014*. Tesis de Título de Médico Cirujano. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/450/1/SANCHEZ_JORGE_CALIDAD_VIDA_INSUFICIENCIA_RENAL.pdf. Leído el 22 de abril 2019.
- Sánchez, E. L. & Velasco, S.T. (2018). *Nivel de autoestima y calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica, Unidad de Hemodiálisis. Hospital Honorio Delgado. Arequipa 2017*. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5157/ENSachel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Leído el 02 de junio 2019.
- Sociedad Española de Nefrología (2004). *Guías de Acceso Vascular en Hemodiálisis*. Disponible en: http://www.seden.org/files/rev49_1.pdf. Leído el 12 de mayo 2019.
- Soriano, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24, (Supl 6). Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699504030666>. Leído el 12 de mayo 2019.
- Valdés, C., Miguel, M., Rábano, M., Artos, Y., Cabello, P., De Castro, N., García, A., Martínez, A. & Ortega, F. (2010). Análisis del acuerdo entre la valoración que hacen los pacientes en hemodiálisis de su Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) y la valoración que de ellos hace el personal de enfermería. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(4), 228-234. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752010000400003. Leído el 05 de enero 2018.

Velásquez, L.G., Carrasquilla, G. & Roca, S. (2009). Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Pública de México* 51(2):246-253.

Disponible en:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v51s2/v51s2a15.pdf. Leído el 10 de enero 2018.

Ventura, D. L. (2017). *Nivel de autoestima y calidad de vida de pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital ESSALUD Augusto Hernández Mendoza de Ica.*

Octubre 2016. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Ica, Perú: Universidad San

Juan Bautista. Disponible en:

[http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1407/T-TPLE-](http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1407/T-TPLE-Doris%20Lizbet%20Ventura%20Nieta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[Doris%20Lizbet%20Ventura%20Nieta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1407/T-TPLE-Doris%20Lizbet%20Ventura%20Nieta.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Leído el 28 de mayo 2019.

Vilagut, G., Ferrer, M. Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer, G., Quintana, J.M., Santed, R.,

Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo, A. & Alonso, J. (2005). El cuestionario de

salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.*,

19(2), 135-150. Disponible en: [http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-](http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911105713418)

[S0213911105713418](http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911105713418). Leído el 04 de enero 2018.

Villanueva, C.A. & Casas, J. (2015). *Depresión y calidad de vida en pacientes con*

tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú, 2014.

Tesis de Licenciatura en Psicología. Lima: Universidad Peruana Unión. Disponible

en:

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/133/Carlos_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Leído el 02 de Junio 2019.

Zúñiga, C., Dapuetto, J., Muller, H., Kirsten, L., Alid, R. & Ortiz. (2009). Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". *Rev Med Chile*, 137, 200-207.
Disponibile en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200003. Leído el 08 de enero 2018.

IX. Anexos

Anexo 1: Instrumento de Calidad de Vida SF-36

**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”
SECCION DE POST GRADO
SEGUNDA ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA**

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Instrucciones:

Sr. (a) participante Ud. Tendrá que responder de acuerdo a las preguntas formuladas, con la más absoluta sinceridad, en un sola respuesta. Anticipadamente se agradece su participación.

Edad:..... en años cumplidos

Género: (1) Masculino (2) Femenino

Tiempo de tratamiento en hemodiálisis..... meses cumplidos

Tipo de paciente policial: Titular () Familiar ()

I. CALIDAD DE VIDA**1. En general, usted diría que su salud es:**

a) Excelente b) Muy c) Buena d) Regular e) Buena

buena

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

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?**A. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores**

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

B. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

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

C. Coger o llevar la bolsa de la compra

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

D. Subir varios pisos por la escalera

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

E. Subir un sólo piso por la escalera

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

F. Agacharse o arrodillarse.

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

G. Caminar un kilómetro o más

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

H. Caminar varios centenares de metros

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

I. Caminar unos 100 metros

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

J. Bañarse o vestirse por sí mismo

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

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

A. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?

- a) Si b) No

B. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

- a) Si b) No

C. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

- a) Si b) No

D. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?

- a) Si b) No

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

A. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?

- a) Si b) No

- a) Siempre b) siempre c) Casi veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

B. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?

- a) Si b) No

- a) Siempre b) siempre c) Casi veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

C. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?

- a) Si b) No

a) Siempre b) siempre Casi c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

a) Nada b) un poco c) Regular d) Bastante e) Mucho

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

a. No, ninguno b. Sí, muy poco c. Sí, un poco d. Sí, moderado e. Sí, mucho

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

a) Nada b) Un poco c) Regular d) Bastante e) Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. ¿Con qué frecuencia...

A. ¿Con qué frecuencia se sintió lleno de vitalidad?

a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas

veces

c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

B. ¿Con qué frecuencia estuvo muy nervioso?

a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas

veces

c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

C. ¿Con qué frecuencia se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas

veces

c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

D. ¿Con qué frecuencia se sintió calmado y tranquilo?

a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas

veces

c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

E. ¿Con qué frecuencia tuvo mucha energía?

a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas
veces

c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

F. ¿Con qué frecuencia se sintió desanimado y deprimido?

a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas
veces

c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

G. ¿Con qué frecuencia se sintió agotado?

a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas
veces

c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

H. ¿Con qué frecuencia se sintió feliz?

a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas
veces

c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

I. ¿Con qué frecuencia se sintió cansado?

a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas
veces

c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Sólo alguna vez e) Nunca

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

A. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

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

B. Estoy tan sano como cualquiera

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

C. Creo que mi salud va a empeorar

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

D. Mi salud es excelente

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

Muchas gracias



Anexo 2: Matriz de Consistencia

Título: “Calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz, Lima 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz”, Lima 2016?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Establecer el nivel de calidad de vida de los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz, Lima 2016.</p> <p>ESPECIFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de calidad de vida según grupo étnico en pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz. Puntualizar el nivel de calidad de vida según género en pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz. 	<p>GENERAL</p> <p>Los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz” de Lima, 2016, presentan un nivel regular de calidad de vida.</p>	<p>VARIABLE DE ESTUDIO</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo étnico - Género - Tipo de paciente policial <p>Tiempo de tratamiento</p>	<p>TIPO DE ESTUDIO</p> <p>Descriptivo</p> <p>DISEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observacional - Prospectivo - Transversal <p>POBLACIÓN</p> <p>30 pacientes sometidos a hemodiálisis en el mes de abril 2016</p> <p>MUESTRA</p> <p>No se considera porque se trabajó con toda la población.</p>

	<p>3. Identificar el nivel de calidad de vida según tipo de paciente policial en pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.</p> <p>4. Precisar el nivel de calidad de vida según tiempo de tratamiento en pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.</p> <p>5. Medir el nivel de calidad de vida según sus dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental en pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital PNP. Luis N. Sáenz.</p>			<p>TÉCNICA</p> <p>Encuesta</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Cuestionario de Salud SF-36 adaptada al español por Alonso & Cols. (2003)</p> <p>Valoración de Calidad de vida</p> <p>Mala: 0,00 – 33,3</p> <p>Regular: 33,4 – 66,6</p> <p>Buena: 66,7 – 100,0</p>
--	--	--	--	--

Anexo 3: Tablas adicionales

Tabla 9. Calidad de vida según dimensiones y niveles de calidad

Dimensiones	Frecuencia	Porcentaje
Función Física (PF)		
Mala	8	26,7
Regular	16	53,3
Buena	6	20,0
Total	30	100,0
Rol Físico (RP)		
Mala	20	66,7
Regular	10	33,3
Buena	0	0,0
Total	30	100,0
Dolor Corporal (BP)		
Mala	7	23,3
Regular	23	76,7
Buena	0	0,0
Total	30	100,0
Salud General (GH)		
Mala	15	50,0
Regular	15	50,0
Buena	0	0,0
Total	30	100,0
Vitalidad (VT)		
Mala	18	60,0
Regular	12	40,0
Buena	0	0,0
Total	30	100,0

Función Social (SF)		
Mala	9	30,0
Regular	19	63,3
Buena	2	6,7
Total	30	100,0
Rol Emocional (RE)		
Mala	24	80,0
Regular	0	0,0
Buena	6	20,0
Total	30	100,0
Salud Mental (MH)		
Mala	0	0,0
Regular	30	100,0
Buena	0	0,0
Total	30	100,0

Anexo 4**Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36.**