



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES RENALES CRÓNICOS EN HEMODIÁLISIS.

HOSPITAL BASE III ESSALUD-PUNO, 2023

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. FLOR MARIBEL QUISPE HANCCO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO - CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES RENALES CRÓNICOS EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL BASE

AUTOR

FLOR MARIBEL QUISPE HANCCO

RECuento DE PALABRAS

24869 Words

RECuento DE CARACTERES

131307 Characters

RECuento DE PÁGINAS

138 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.0MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 2, 2024 8:56 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 2, 2024 8:58 AM GMT-5

● **17% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Dr. René Mamani Yucra
GINECOLOGO - OBSTETRA
C.M. 43200 REN. 31029



Dr. RENE MAMANI YUCRA
DIRECTOR
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FMH - UNA

Resumen



DEDICATORIA

A Dios, mi padre celestial,

Que guía cada paso que doy.

A mis amados padres Melecio y Dora,

Quienes son mi ejemplo de superación, perseverancia y resiliencia, por el inmenso amor y apoyo inquebrantable que me dan en todo momento.

A mis hermanos, Damariz, Edson, Cynthia y Josef

Mis confidentes, compañeros de vida y mis ejemplos a seguir, quienes me animan a continuar y no desistir de alcanzar mis metas y sueños.

Flor Maribel Quispe Hanco



AGRADECIMIENTOS

A Dios y al Señor de Huanca por darme la fortaleza necesaria en cada adversidad.

A mi querida familia, que siempre está apoyándome para alcanzar todas las metas que tengo para la vida.

A la Universidad Nacional del Altiplano, mi alma mater en donde me formé profesionalmente.

A los miembros del jurado; por las correcciones convenientes para el término de esta investigación.

A mi asesor de tesis el Dr. René Mamani Yucra por su predisposición incondicional para la culminación de este proceso de investigación, por las recomendaciones oportunas que encaminaron la investigación para su culminación.

A mi otra alma mater, el Hospital base III EsSalud- Puno, lugar donde hice mi internado y en donde aparte de crecer académicamente, crecí como profesional y persona.

A la Dra. Yvonne Velasquez y el Dr. Vidmar Mengoa especialistas en el área de nefrología, por todas las recomendaciones durante todo el proceso de investigación.

Al Centro de hemodiálisis Sermedial S.A.C. por las facilidades brindadas para la realización de esta investigación.

A los pacientes que aceptaron participar en la investigación.

Flor Maribel Quispe Hanco



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
INDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ANEXOS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	15
ABSTRACT	16
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2. FORMULACIÓN DE LA INTERROGANTE DE INVESTIGACIÓN	20
1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	20
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
1.5.1. Objetivo general	22
1.5.2. Objetivos específicos	22
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. ANTECEDENTES	23
2.1.1. A nivel internacional	23



2.1.2.	A nivel nacional	28
2.1.3.	A nivel local	33
2.2.	MARCO TEÓRICO	35
2.2.1.	Enfermedad renal crónica.....	35
2.2.2.	Calidad de vida relacionada con la salud	54
2.2.3.	Enfermedad renal y calidad de vida	57

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	58
3.2.	DELIMITACION ESPACIAL	58
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO	59
3.3.1.	Universo	59
3.3.2.	Población.....	59
3.3.3.	Muestra.....	59
3.4.	CRITERIOS DE SELECCION	60
3.5.	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.5.1.	Técnica de recolección de datos.....	60
3.5.2.	Instrumentos	60
3.6.	PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	62
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS	62
3.8.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	63

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	RESULTADOS.....	65
4.1.1.	Calidad de vida relacionada a la salud	65



4.1.2. Descripción de la calidad de vida relacionada a la salud	72
4.1.3. Características sociodemográficas, clínicas y de hemodialisis	91
4.2. DISCUSIÓN	94
V. CONCLUSIONES.....	98
VI. RECOMENDACIONES.....	100
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS	114

ÁREA: Ciencias Biomédicas

LINEA DE INVESTIGACION: Ciencias médicas clínicas

FECHA DE SUSTENTACION: 02 de abril del 2024



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno	65
Tabla 2 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según subescala “salud física”	66
Tabla 3 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “salud mental”.....	67
Tabla 4 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “carga de la enfermedad renal	68
Tabla 5 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “síntomas y/o problemas de la enfermedad renal”	69
Tabla 6 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “efectos de la enfermedad renal	70
Tabla 7 En general, ¿diría que su salud es?	72
Tabla 8 ¿Su estado de salud actual lo limita para realizar actividades moderadas como mover una mesa?.....	72
Tabla 9 ¿Su estado de salud actual lo limita para realiza grandes actividades como subir varios pisos por la escalera?.....	73



Tabla 10	¿A causa de su salud física ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado hacer?.....	73
Tabla 11	¿A causa de su salud física ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades?	74
Tabla 12	¿A causa de algún problema emocional ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado?	74
Tabla 13	¿A causa de algún problema emocional ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?.....	75
Tabla 14	Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal?	75
Tabla 15	Durante las últimas 4 semanas, ¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?	76
Tabla 16	Durante las últimas 4 semanas, ¿Ha tenido mucha energía?	76
Tabla 17	Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido desanimado y triste?.....	77
Tabla 18	Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales?	77
Tabla 19	En qué medida considera cierta o falsa la afirmación: “mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida”?	78
Tabla 20	¿En qué medida considera cierta o falsa la afirmación: “mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo”?	79
Tabla 21	¿En qué medida considera cierta o falsa la afirmación: “me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón”?	79
Tabla 22	¿En qué medida considera cierta o falsa la afirmación: “me siento una carga para la familia”?	80
Tabla 23	Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto le molestó la presencia de dolores musculares?	80



Tabla 24	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de dolor en el pecho?.....	81
Tabla 25	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de calambres?.....	81
Tabla 26	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de picazón en la piel?.....	82
Tabla 27	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de sequedad de piel?	83
Tabla 28	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de falta de aire?	83
Tabla 29	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de desmayos o mareos?	84
Tabla 30	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de falta de apetito?	84
Tabla 31	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de agotado/a, sin fuerzas?	85
Tabla 32	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?	85
Tabla 33	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia náuseas o molestias del estómago?	86
Tabla 34	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de problemas con el acceso vascular?	86
Tabla 35	¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en la limitación de líquidos?.	87
Tabla 36	¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en las limitaciones en la dieta?	87



Tabla 37	¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en su capacidad para trabajar en la casa?.....	88
Tabla 38	¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en su capacidad para viajar?	88
Tabla 39	¿Cuánto le molesta depender de médicos y de otro personal sanitario?.....	89
Tabla 40	¿Cuánto le molesta la tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?.....	89
Tabla 41	¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en su vida sexual?.....	90
Tabla 42	¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en su aspecto físico?	90
Tabla 43	Distribución de las características sociodemográficas de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno	91
Tabla 44	Características clínicas de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno.....	92
Tabla 45	Características de la hemodiálisis de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno, 2023	93



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno	66
Figura 2 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “Salud Física”	67
Figura 3 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “salud mental”	68
Figura 4 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “carga de la enfermedad renal”	69
Figura 5 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “síntomas y/o problemas de la enfermedad renal”	70
Figura 6 Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “efectos de la enfermedad renal”	71



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Clasificación KDIGO 2012.....	114
ANEXO 2 Ficha de datos.....	115
ANEXO 3 Cuestionario KDQOL-SF36.....	117
ANEXO 4 Score de puntuación del cuestionario KDQOL-SF36	122
ANEXO 5 Consentimiento Informado.....	123
ANEXO 6 Compromiso de confidencialidad.....	124
ANEXO 7 Operacionalización de variables.....	125
ANEXO 8 Solicitud de permiso al hospital ESSALUD-PUNO para ejecución del proyecto.....	127
ANEXO 9 Aprobación por el hospital ESSALUD PUNO para ejecución del proyecto	128
ANEXO 10 Aprobación por el comité de ética del hospital ESSALUD Puno para ejecución del proyecto.....	129
ANEXO 11 Solicitud de permiso para ejecución del proyecto a la Clínica Sermedial	130
ANEXO 12 Validación del instrumento por juicio de expertos.....	131
ANEXO 13 Declaración jurada de autenticidad de tesis.....	137
ANEXO 14 Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional....	138



ACRÓNIMOS

CVRS:	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
ERC:	Enfermedad Renal Crónica
ERCT:	Enfermedad Renal Crónica Terminal
HD:	Hemodiálisis
KDQOL-SF36:	Kidney Disease Quality of Life Short Form 36
EsSalud:	Seguro Social de Salud
AVP:	Años Perdidos Por Muerte Prematura
AVD:	Años Vividos Con Discapacidad
MINSA:	Ministerio de Salud
KDIGO:	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
TFG:	Tasa de Filtrado Glomerular (
TFGe:	Tasa de Filtrado Glomerular estimada
ENT:	Enfermedades No Transmisibles
DM:	Diabetes Mellitus
HTA:	Hipertensión Arterial
PTH:	Hormona Paratiroidea
MDRD:	Modification of Diet in Renal Disease Study
CKD-EPI:	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
FAV:	Fistula arteriovenosa
AU:	Autoinjerto
CVT:	Catéter Venoso Temporal
CVP:	Catéter Venoso permanente
UPO:	Uropatía Obstructiva



RESUMEN

Objetivo: Estudiar la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud Puno, 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo-transversal en una muestra de 52 pacientes. Se utilizó el cuestionario KDQOL-SF36 y se elaboró una ficha de datos para el registro de datos. Con la información recopilada se creó una base de datos en Microsoft Excel para su posterior procesamiento y análisis en el software estadístico SPSS para su posterior presentación en frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** Se observó predominio del sexo masculino (67,3%), mayores de 60 años (69.2%), casados (63,5%) y jubilados (40,4%) con residencia en el sector urbano (88,5%). En el 46,2% de los pacientes la nefropatía diabética fue la causa de la ERCT, la DM y la HTA fueron las comorbilidades presentes en el 86,5% de los pacientes, el 57,7% iniciaron su terapia de hace más de 3 años y el tipo de acceso vascular más prevalente fue la fistula arteriovenosa (59,6%). La calidad de vida relacionada a la salud fue “mala” en el 63,5% de los pacientes, las subescalas más afectadas fueron salud física, carga de la enfermedad renal y salud mental y las menos afectadas fueron síntomas y/o problemas de la enfermedad y efectos de la enfermedad renal. **Conclusión:** La calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud Puno es “mala” con una mayor afectación en la salud física y mental con una carga de enfermedad elevada.

Palabras Clave: Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), Hemodiálisis (HD), Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-SF36).



ABSTRACT

Objective: To study the health-related quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis at the Hospital Base III EsSalud Puno, 2023. **Methodology:** Descriptive-cross-sectional study in a sample of 52 patients. The KDQOL-SF36 questionnaire was used and a data sheet was prepared for data recording. With the information collected, a database was created in Microsoft Excel for subsequent processing and analysis in the SPSS statistical software for subsequent presentation in absolute and relative frequencies. **Results:** There was a predominance of the male sex (67.3%), over 60 years of age (69.2%), married (63.5%) and retired (40.4%) residing in the urban sector (88.5%). In 46.2% of the patients, diabetic nephropathy was the cause of ESRD, DM and HTN were the comorbidities present in 86.5% of the patients, 57.7% started their therapy more than 3 years and the most prevalent type of vascular access was the arteriovenous fistula (59.6%). The health-related quality of life was “poor” in 63.5% of the patients, the most affected subscales were physical health, burden of kidney disease and mental health and the least affected were symptoms and/or problems of the disease and effects of kidney disease. **Conclusion:** The health-related quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis at Hospital Base III EsSalud Puno is “bad” with a greater impact on physical and mental health with a high disease burden.

Keywords: Health-Related Quality of Life (HRQoL), End-stage Chronic Renal Disease (ESRD), Hemodialysis (HD), Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-SF36).



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la nueva epidemia silenciosa del siglo XXI con una mortalidad del 74%. Las patologías más representativas de este grupo de enfermedades son la Enfermedad Renal Crónica (ERC), la Diabetes Mellitus (DM) y la Hipertensión Arterial (HTA) las cuales aparte de estar estrechamente relacionadas entre sí, constituyen una de las principales causas de morbilidad, años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura y años de vida ajustados con discapacidad en la población adulta mundial (1,2).

La ERC es una patología irreversible de inicio insidioso y curso progresivo que en etapas iniciales no presenta sintomatología y silenciosamente progresa a una etapa terminal que se caracteriza por la presencia de una función renal gravemente deteriorada que no logra satisfacer las demandas mínimas del organismo, por tal motivo, el paciente se ve obligado a ingresar a una modalidad de Terapia de Reemplazo Renal (TRR) para su subsistencia(3). Esta condición clínica afecta a más de 850 millones de personas a nivel mundial, presentando una prevalencia global que oscila entre el 10 y el 13% y en algunos países alcanza hasta un 18%; además se le ha señalado ser la responsable de 2,4 millones de fallecimientos anuales(3–6).

En el 2019, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) señaló a las enfermedades renales como una de las principales causas de morbimortalidad en América Latina pues ocupó el 8° lugar en mortalidad y el 10° como causa de años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura y años de vida ajustados con discapacidad



(6). A su vez, el Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal para finales del 2021 reportó un total de 432 610 el pacientes en terapia de reemplazo renal , el 66,7% en hemodialisis con 85.224 de casos nuevos y la nefropatía diabética fue la causa de ERCT en el 36% de los pacientes debutante (7).

Nuestro país no es ajeno a esta problemática, pues para el 2015 la prevalencia de ERC fue del 16% ,llegando hasta un 18% el 2017 (5,8). Según el informe del 10° boletín del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades 2021 del MINSA existe 3084212 peruanos con algún grado de ERC y de estos 23418 (0.8%) presentan ERCT y el 81.7% de estos (19135) se encuentran en alguna modalidad de terapia de reemplazo renal y los 4283 restantes no reciben ningún tipo de terapia por razones aún no bien definidas. Así mismo, se reportó que el 86% (16422) de los pacientes se encuentran en hemodiálisis, además de presentar un alto índice de comorbilidades asociadas (9) como diabetes e hipertensión arterial(10), razón por la cual se le atribuye ser la responsable de 31 924 años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura y de 16 117 años de vida ajustados con discapacidad, además de consumir entre el 3,35% hasta el 6% del presupuesto de salud nacional anual (9).

La hemodiálisis es la modalidad de terapia de reemplazo renal más prevalente tanto en el Perú como a nivel mundial (7,9). Es un tratamiento que impone múltiples restricciones en la vida del enfermo y que, de cierta manera, prolonga su existencia pero en la mayoría de los casos también se asocia a un elevada morbi-mortalidad lo cual en conjunto empeora el estado funcional general del paciente (11) produciendo así una decadencia de su calidad de vida (CV), afectando así su esfera biopsicosocial, su rendimiento físico, actividad sexual, empleo y su situación financiera(12).



La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un término más específico del concepto general calidad de vida, pues a diferencia de esta, se centra en evaluar la percepción del paciente sobre su nivel de bienestar y satisfacción con su vida en relación a su salud física, salud mental, independencia, relaciones sociales, creencias, peculiaridades de su entorno y cómo está se ve afectada tanto por su enfermedad como por las políticas de salud(13).

Diferentes estudios han confirmado el impacto negativo tanto de la ERCT y de la hemodiálisis en la calidad de vida relacionada con la salud, el estado funcional, las relaciones personales y sociales de los pacientes(14), debido a que constituyen factores estresantes a largo plazo que afectan negativamente la salud y la vida diaria del paciente (12).

En nuestro medio, el termino calidad de vida relacionada con la salud es poco conocido y es erróneamente reemplazado por el termino general calidad de vida debido a que es empleado indistintamente para toda la población en general; sin embargo se debe recalcar que la evaluación de la calidad de vida de una persona con enfermedad crónica difiere de la evaluación de una persona sin patologías, además de que para su correcta evaluación se requiere instrumentos específicos que además de medir la salud en general evalúen cómo la enfermedad, el tratamiento y las políticas de salud afectan la calidad de vida de los pacientes.

Por lo tanto, el propósito de esta investigación es realizar un adecuado estudio de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de la ciudad de Puno y describir sus peculiaridades para así identificar los problemas que aquejan a esta población.



1.2. FORMULACIÓN DE LA INTERROGANTE DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno, 2023?

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Al ser un estudio descriptivo, no presenta hipótesis.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Incuestionablemente, la ERCT es un serio problema de salud pública global por debido a su carácter epidémico, gran costo y elevada morbimortalidad (15,16) lo cual se ve reflejado en la cantidad de años perdidos por muerte prematura y años vividos con discapacidad producidos y por la cantidad de presupuesto de salud consumido anualmente por esta patología (9,17,18). Paralelamente el incremento del número de pacientes con ERCT conlleva al incremento del número de pacientes que reciben hemodiálisis, pues más de 2 millones de personas a nivel mundial reciben actualmente alguna modalidad de terapia de reemplazo renal para mantenerse con vida.(19)

Es importante resaltar que tanto la ERC como su tratamiento comprometen la calidad de vida relacionada con la salud del paciente (12) , siendo la hemodiálisis una de la terapias que impone múltiples restricciones en sus entornos social, familiar, personal, laboral y económico , repercutiendo negativamente en su calidad de vida relacionada con la salud (20); por tal motivo, su evaluación resulta ser muy relevante(11).

En la actualidad, para la evaluación de un paciente, la mayoría de los profesionales de la salud solo se guían por los datos clínicos-laboratoriales y dejan de lado el sentir del paciente, su salud emocional, cómo este percibe su estado de salud, y en el caso de presentar una patología crónica, como esta interfiere en su día a día (12). Frente a esto, la



calidad de vida relacionada con la salud ha sido aceptada como un marcador válido para la evaluación de la percepción propia del paciente sobre su estado de salud actual, además de que también se le es considerada como un marcador del resultado del tratamiento y de la mortalidad de pacientes con enfermedades crónicas; por lo tanto, su evaluación cobra una gran relevancia en la práctica médica (21,22).

En nuestro medio, el termino calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es poco conocido y para su correcta medición, se requieren instrumentos que además de medir la salud en general, evalúen cómo la enfermedad, el tratamiento y las políticas de salud la afectan , siendo estos escasos.(23)

Actualmente en nuestro medio existe una cantidad limitada de información sobre este tema de investigación (8) y a nivel nacional la mayoría de estudios fueron realizados en la capital o en otras regiones de la costa (5), siendo los estudios realizados en la sierra y selva escasos y más aún en nuestro departamento de Puno, el cual tiene como característica encontrarse a 3,827 msnm; por lo tanto resulta de interés llevar a cabo esta investigación que se realizara en una población de altura y que se diferencia de sus antecesores en que se utilizara un instrumento específico para pacientes con ERCT.

Por lo tanto, estudiar y describir la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de la ciudad de Puno permitirán comprender el impacto que produce tanto la enfermedad como el tratamiento en la vida del paciente y los hallazgos del estudio permitirán identificar y priorizar los problemas presentes en esta población, además de monitorizar el impacto que produce la enfermedad y elaborar estrategias para mejorar la calidad de la atención sanitaria y en consecuencia la calidad de vida relacionada con la salud del paciente.



1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivo general

Estudiar la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno, 2023

1.5.2. Objetivos específicos

- Determinar la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según el cuestionario de salud KDQOL-SF36
- Describir la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno, 2023 en función al cuestionario KDQOL-SF36
- Identificar características sociodemográficas, clínicas y de las hemodiálisis presentes en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno, 2023



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A nivel internacional

Kim S, et al. (2021). Health related quality of life of patients with End Stage Kidney Disease (ESKD) on hemodialysis in Addis Ababa, Ethiopia”(24).
Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con enfermedad renal terminal en hemodiálisis y los factores asociados. Metodología: estudio transversal con una población de 125 pacientes. Los datos clínicos se extrajeron de las historias clínicas, la CVRS se evaluó con el cuestionario KDQOL-36 y se clasificó como baja, si la puntuación media general era ≤ 50 , o alta, si la puntuación media general era > 50 . Resultados: el 48% de los pacientes presentaron una CVRS mala y la dimensión más afectada fue carga de la enfermedad renal, en la cual los pacientes con una edad mayor a 50 años obtuvieron una calificación más baja. Conclusión: La mitad de los pacientes presentaron una CVRS baja, lo que se asocia con su estado de desempleo y la frecuencia de HD por semana(24).

Sethi S, et al. (2021). Evaluation of Health-Related Quality of Life in Adult Patients on Hemodialysis” India(19). Objetivo: Evaluar la calidad de vida en pacientes adultos en hemodiálisis de mantenimiento mediante la aplicación de la escala WHOQOL-BREF. Metodología: estudio transversal observacional con una muestra de 100 pacientes y se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF. Resultados: el 56% de los pacientes presento de 31 a 60 años, el 74% fueron



varones, el 47% presento diabetes y el 27% presento HTA. Los pacientes con una edad mayor a 60 años obtuvieron mejor puntuación de CV solo en los dominios social y ambiental y en contraste, aquellos con edad menor de 30 años obtuvieron mejor puntuación en los dominios físico y psicológico. Las pacientes que calificaron una CV bajan fueron solteros y divorciados, de sexo femenino, en HD mayor a 36 meses. Conclusión: los factores asociados a los diversos dominios de la CV en pacientes en HD son la edad, el sexo, las proteínas séricas totales y los ingresos mensuales; por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud reconozcan dichos factores (19).

Al Salmi I, et al. (2021). "Kidney Disease-Specific Quality of Life among Patients on Hemodialysis". Oman (25). Objetivo: Determinar la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis, evaluar la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis y determinar los factores asociados con la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis en Omán. Metodología: Estudio transversal en una muestra de 205 pacientes. Se utilizó la encuesta KDQOL-SF36. Resultados: El 37% de los pacientes tenían entre 40 y 49 años, el 54% de eran hombres y el 43% de los pacientes solo tenían educación primaria o no tenían educación formal, el 72% de los pacientes estaban casados, el 80% de los trabajaban actualmente, 85% vive en una zona urbana, el 44,9% de los pacientes padecía DM y el 79,5% llevaba más de seis meses en HD. La CV fue "mala" debido a que la mayoría de los pacientes obtuvo una puntuación general <50 y la dimensión más afectada fue salud física. Conclusión: Las dimensión salud física y salud emocional de la CV en los pacientes en HD es casi la mitad de la de un ser humano promedio (25).

Lutfi A, et al. (2021). "Quality of life for kidney transplant recipients and



hemodialysis patients in Palestine: a cross-sectional study. Palestina(26).
Objetivo: comparar la CVRS en receptores de trasplante de riñón (RTR) y pacientes en hemodiálisis. Metodología: estudio transversal donde se compararon 100 RTR y 272 pacientes en HD y se utilizó la encuesta SF-36. Resultados: los pacientes RTR tenían una CVRS más alta que los pacientes en HD siendo el dominio físico y mental los más afectados con una puntuación <50. Las características de los pacientes con HD fueron que el 55.5% tenían entre 30 a 60 años, el 58.1% eran varones, el 41.1% tenían estudios primarios y el 55.5% vivía en una aldea. Conclusión: los RTR tenían una mejor CV que los pacientes en HD en todos los dominios del SF-36(26).

Ramos-Alcocer J, et al. (2021) “Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica con terapia de sustitución” México(27). Objetivo: Determinar la calidad de vida y su asociación con factores sociodemográficos y clínicos en pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de sustitución renal. Metodología: Estudio transversal en una muestra de 88 pacientes (61 en HD y 27 en DP) donde se evaluó su CV con el cuestionario KDQOL-SF36. Resultados: La CV fue “mala” en el 34 de los pacientes, de los cuales el 77.3% recibían HD y el 22.7% DP. Conclusión: la ERC provocó deterioro en la CV del 50% de los pacientes en TRR, siendo mayor en quienes reciben hemodiálisis(27).

Pretto CR, et al. (2020) “Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors” Brazil(13). Objetivo: Verificar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis con características sociodemográficas, clínicas, de depresión y de adherencia a la medicación. Metodología: Estudio analítico-transversal con una muestra de 183 pacientes. Se utilizó el cuestionario KDQOL-SF36 para evaluar



la CV, el cuestionario Baeck Depression Inventory para evaluar la depresión y el cuestionario de Morisky Medication Adherence Scale. Resultados: La CV fue “regular” en la mayoría de los pacientes, el 55,2% tenían una edad mayor a 60 años, el 35,0% presentaban HTA, con calidad de vida regular. Las puntuaciones bajas se asociaron principalmente con infecciones a repetición, edema, complicaciones de la enfermedad, dolor durante la hemodiálisis y debilidad posterior. Conclusión: la reducción de la calidad de vida en esta población se asocia con síntomas depresivos, complicaciones como infecciones de repetición, dolor y anemia, debilidad después de la sesión de diálisis y baja adherencia a la medicación (13).

Visweswaran K, et al. (2020). “Quality of Life of End Stage Renal Disease Patients Undergoing Dialysis in Southern Part of Kerala, India: Financial Stability and Inter-dialysis Weight Gain as Key Determinants”. India(28). Objetivo: Medir la calidad de vida entre pacientes con enfermedad renal en etapa terminal en hemodiálisis de mantenimiento y comprender diversos correlatos de la calidad de vida. Metodología: estudio transversal descriptivo en una muestra de 95 pacientes, utilizaron el cuestionario WHOQOL-BREF. Resultados: el 73,7% fueron varones, con una edad media de $56,2 \pm 13$ años. La CVRS fue “deficiente” en la mayoría de los pacientes con una puntuación <50 y la dimensión más afectada fue salud física. Los factores asociados a una puntuación más baja fueron: edad de 24 a 45 años, ser mujer, no presentar pareja, nivel educativo ≤ 7 años, desempleados, bajos ingresos y ganancia de peso interdialisis $> 1601g$. Conclusión: La CVRS es “deficiente” en la mayoría de los pacientes y el incremento de peso entre diálisis controlado ($\leq 1600 g$) se asoció a puntajes significativamente más altos(28).

Hinojosa K, et al (2020). “Calidad de vida en pacientes con enfermedad



renal crónica en un hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua”(29). México. Objetivo: Describir la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en un hospital público de Ciudad Juárez, Chihuahua. Metodología: estudio descriptivo transversal en una muestra de 68 pacientes. Se utilizó se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF. Resultados: La edad media fue de 50 años, el 51.5% presentaron HTA, el 60.3% califica a su CV “ni bien ni mal”, el 44.1% reportó estar insatisfecho con su salud actual. El dominio de mayor afectación fue el físico y el más preservado fue el psicológico. Conclusión: La CV se ve afectada tanto por la enfermedad como por su tratamiento lo que deteriora principalmente el dominio físico, que incluye dolor, pérdida de energía y de habilidad para realizar actividades de la vida diaria(29).

María Jesús N, et al. (2019) “Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis”(30). Brazil. Objetivo: Medir la calidad de vida de personas con ERC y comparar las puntuaciones de calidad de vida de pacientes con ERC con las puntuaciones de personas libres de esta enfermedad para encontrar factores asociados con una mejor calidad de vida. Metodología: Estudio comparativo de casos y controles realizado en un hospital público y en una clínica privada de hemodiálisis. Se comparó a 100 pacientes con ERC en HD con 100 adultos sin enfermedades crónicas mediante el cuestionario WHOQOL-BREF para evaluar su CV. Resultados: se observó predominio de varones, solteros, con una edad promedio de 53.59 años, con escolaridad incompleta y el 84% presentaba alguna comorbilidad. Los factores que afectaron significativamente la CV fueron el tabaco, nivel educativo bajo, mayores comorbilidades, no presentar pareja y recibir HD en una clínica pública, mientras que una mayor edad, nivel educativo alto y sesiones de HD prolongadas afectaron positivamente la CV. Conclusión: La



calidad de vida de los pacientes con ERC fue significativamente menor en comparación con los controles en los dominios físico y psicológico (30).

Martínez F, et al. (2019) “Terapia sustitutiva y su impacto en la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica terminal”. México (31). Objetivo: Evaluar el puntaje de CV de acuerdo con el tipo de TRR en pacientes con ERCT. Metodología: Estudio transversal analítico en una muestra de 406 participantes (203 en HD y 203 en DP). Se midió la CV con el índice EQ-5D y para obtener índice de autoevaluación de salud se utilizó la escala de evaluación análoga. Resultados: la media del índice EQ-5D fue de 0,46 para los pacientes en DP y de 0.29 para los pacientes en HD. El índice de autoevaluación de salud fue similar en ambos grupos. Los pacientes con HD presentaron dolor, ansiedad o depresión como indicadores de una CV afectada. Conclusión: La HD se asocia a menor calidad de vida(31).

2.1.2. A nivel nacional

León N. (2022) “Calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal del Hospital Lorena Cusco 2022” Cusco-Perú. Objetivo: Establecer la relación entre la calidad de vida y el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital Antonio Lorena Cusco, 2022 (32). Metodología: Estudio correlacional, no experimental transversal en una muestra de 33 pacientes. Utilizo el cuestionario SF-36 para evaluar la CV y el cuestionario de Morales G (2017) para evaluar la adherencia al tratamiento. Resultados: El 42,42% tiene entre 50 y 59 años; 52,52% son del sexo femenino; 66,67% provienen de Cusco; 54,55% tiene entre 1 y 2 años de tratamiento con hemodiálisis. La CV en el 45,45% de los



pacientes es regular, buena en el 39,36% y mala en el 15,15% y en cuanto a la adherencia al tratamiento el 42,42% presenta una adherencia adecuada; el 39,39% media y el 18,18% insuficiente. Conclusión: La relación entre la calidad de vida y el nivel de adherencia al tratamiento de HD en pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital Antonio Lorena Cusco 2022 es significativa (32).

Sencia J (2022) “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica del servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal, Hospital EsSalud Cusco, 2022. Cusco-Perú. Objetivo: Determinar el nivel de calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal atendidos en los programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria continua del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud-Cusco, 2022 (33). Metodología: Estudio transversal-descriptivo en una muestra de 68 pacientes (34 en HD y 34 en DP) mediante el cuestionario KDQOL-36. Resultados: El 82.35% del total de pacientes presentan una mala CV y el 17.65% tiene una regular. El 91.18% de los pacientes en HD obtuvieron una mala CV y la dimensión con mayor compromiso fueron salud mental, salud física y carga de la enfermedad renal. Conclusión: La CV de los pacientes con ERCT atendidos en los servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud-Cusco en el año 2022 es “mala” en un 82.35% y “regular” en un 17.65% (33).

Dávalos C (2022) “Valoración de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Clínica de Enfermedades Renales Grau 2021”. Lima-Perú. Objetivo: Determinar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Clínica de Enfermedades Renales Grau(34) . Metodología: Estudio descriptivo-transversal en una muestra de 120 pacientes y se utilizó el



cuestionario KDQOL-36. Resultados: La CV fue regular en el 65.8% de los participantes, buena en el 27.5%, las dimensiones del cuestionario con mayor compromiso fueron salud mental (55.8 %) y carga de la enfermedad (41.7%) y los principales síntomas encontrados fueron calambres, dolores musculares, agotamiento, entumecimiento de manos o pies y sequedad en piel. Conclusión: La CV en los pacientes con ERCT en tratamiento con HD en la Clínica de Enfermedades Renales Grau fue en su mayoría regular o buena(34).

Fernández M y Toledo D (2021) “Calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de un centro de diálisis. Puente Piedra-Lima, 2021”. Lima-Perú. Objetivo: Determinar la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de un centro de diálisis Puente Piedra-Lima, 2021(35). Metodología: Estudio descriptivo en una muestra de 53 pacientes y utilizaron el cuestionario SF-36. Resultados: el 43.4% de los pacientes tuvieron una CV deficiente, el 37.7% regular, y el 18.9% tuvieron una CV buena. Conclusión: La mayoría de pacientes con ERC en hemodiálisis de un centro de diálisis. Puente Piedra-Lima, 2021; tienen una calidad de vida deficiente(35).

Córdova S (2021) “Calidad de Vida y Tipo de Acceso Vascular de Pacientes en Hemodiálisis en una Clínica Privada Médica de Guayaquil, 2021” Piura -Perú. Objetivo: Evaluar la relación entre la calidad de vida y el tipo de acceso vascular de pacientes en hemodiálisis en una clínica privada médica de Guayaquil, 2021(36).Metodología: Estudio transversal-correlacional en una muestra de 150 pacientes mediante un instrumento elaborado por la misma autora del estudio, el cual estuvo constituido de 45 preguntas validadas por cinco expertos, con V de Aiken de 0,985 y confiabilidad por medio de alfa de Cronbach de 0,959. Resultados: Se observó el uso de cuatro tipos de accesos vasculares



(fístula arteriovenosa injerto, catéter permanente, catéter temporal y la fístula arteriovenosa autóloga) siendo la fístula arteriovenosa autóloga la más utilizada por los pacientes. El 54% de los pacientes presentan una CV alta. Conclusión: Se identificó una relación significativa entre la CV y el tipo de acceso vascular que poseen los pacientes en hemodiálisis (36).

Téllez D (2020) “Características clínico - epidemiológicas y calidad de vida en relación con la salud en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de ESSALUD de Tacna en el año 2019”. Tacna -Perú. Objetivo: Determinar las relaciones existentes entre las características clínico–epidemiológicas y la calidad de vida en relación a la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna en el año 2019(37). Metodología: Estudio transversal en una muestra de 101 pacientes utilizando el cuestionario KDQOL-36. Resultados: el 79.1% tiene más de 60 años; el 51.5% son de sexo femenino, el 59.4% se encuentra casado; el 56.4%, cuenta con estudios superiores; el 32.7% reside en el cercado de Tacna, el 52.5% tiene DM, y un 36% HTA; el 35.6% inició HD desde hace más de un año. El 35.4% de los pacientes consideraron tener mala CV, siendo el componente más afectado la salud mental y las subescalas más afectadas fueron los síntomas y los efectos de la ERCT y se evidenció una asociación significativa entre todas las características clínicos epidemiológicas estudiadas con el nivel de CV. Conclusión: El nivel de CV es mayoritariamente de regular a malo, las características clínicas y epidemiológicas estudiadas se correlacionan con la CV con una fuerza mínima y moderada(37).

Cuevas O (2020) “Características influyentes en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados con enfermedad renal crónica terminal del Hospital



Carlos Monge Medrano 2019-2020” Piura-Perú. Objetivo: Identificar las características influyentes en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados por Enfermedad crónica terminal en el Hospital Carlos Monge Medrano 2019-2020 (38). Metodología: Investigación transversal-correlacional en una muestra de 65 pacientes mediante el Cuestionario de Calidad de Vida de Ramírez Duron. Resultados: El nivel de CV fue malo en el 81.5 % de los pacientes y regular en el 15.4%. La edad media fue 41-60 años en el 30.8% de los pacientes, el sexo masculino fue de 43.1% para los casos con mala CV, el IMC promedio fue 32.3%, los hábitos nocivos como consumo alcohol y el tabaco están en el 26 y 30.8%. Conclusión: Predomina la calidad de vida mala y se relaciona principalmente con: la edad, índice de masa corporal, tiempo de enfermedad(38).

Gadea-Peralta M, Campos-Buleje C (2020) “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis Hospital Regional de Ica, agosto - diciembre 2019” Ica-Perú. Objetivo: Determinar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica con tratamiento en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica (39). Metodología: Estudio descriptivo-transversal en una muestra de 87 pacientes, se utilizó el cuestionario de salud SF-36. Resultados: En el área de estado funcional, el 63,7% la califica de regular a mala, en la dimensión rol físico, el 86.3% de los pacientes la califica de regular a mala y en la dimensión rol emocional el 54,5% la califica como regular y un 36,4% la califica como excelente, en el área bienestar 40,9% la califica como buena. Conclusión: La percepción de la CV en los pacientes con tratamiento en HD se ve afectada en las distintas dimensiones estudiadas(39).

Tucto J, et al. (2019). “Calidad De Vida Relacionada A La Salud (CVRS) y sus factores asociados en los pacientes en hemodiálisis crónica de la Red



Asistencial Huánuco EsSALUD 2013” Huánuco –Perú. Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), describir sus dimensiones y explorar su probable asociación con la hemoglobina, albumina sérica y adherencia al tratamiento, en pacientes en hemodiálisis crónica de la Red Asistencial de Huánuco-EsSalud(40). Metodología: Estudio descriptivo de serie de casos en una muestra de 39 pacientes mediante el cuestionario KDQOL-SF36. Resultados: predominio de varones, desempleados, con edad promedio de 51.44 años y un nivel educativo superior, la mayoría utilizaban fistula arteriovenosa como acceso vascular, tenían un promedio de 42 meses en HD y eran no adherentes al medicamento. En el análisis CV, el puntaje total fue de 54.14 ± 12.14 , donde las dimensiones rol físico y calidad de relaciones sociales obtuvieron los puntajes más bajos; a diferencia de síntomas/problemas y salud mental. Conclusión: los pacientes en HD tienen mejor CV en las dimensiones síntomas/problemas y salud mental contrastando con una peor CV en las dimensiones rol físico y calidad de relaciones sociales, además de evidenciarse que un nivel más alto de hemoglobina aumenta la puntuación del rol emocional y que la falta de adherencia se relaciona con puntajes más altos en salud general, componente físico y función social(40).

2.1.3. A nivel local

Parillo M (2023). “Factores asociados a la calidad de vida del paciente con Enfermedad Renal Crónica, en el Centro de Hemodiálisis Sermedial S.A.C. Puno-2022”. Puno -Perú. Objetivo: Determinar los factores asociados a la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica, en el centro de hemodiálisis Sermedial S.A.C. Puno-2022(41). Metodología: Estudio descriptivo-correlacional en una muestra de 60 pacientes en donde se utilizó el cuestionario “factores condicionantes a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con



insuficiencia renal crónica” elaborada por Cossio C. (2017) para la variable 1 y el cuestionario de Salazar F. y Bernabé (2012) para la variable 2. Resultados: Existe relación entre los factores asociados y calidad de vida, pues en el 56% de los pacientes se evidenciaron presentar factores asociados presentes y una calidad de vida regular y en el 15% presentar factores asociados presentes y una calidad de vida deficiente. Conclusión: más de la mitad de los pacientes con ERC reflejaron tener factores asociados presentes y presentar una CV regular(41).

Quispe V (2022). “Repercusión de la enfermedad renal crónica con terapia de reemplazo en la calidad de vida de pacientes atendidos en el Hospital III EsSalud Puno 2021”. Puno –Perú. Objetivo: Determinar la repercusión de la enfermedad renal crónica con terapia de reemplazo en la calidad de vida del paciente, atendido en el Hospital III EsSalud Puno 2021(42). Metodología: Estudio de tipo explicativo, diseño transaccional causal en una muestra de 98 pacientes. Se utilizó como instrumentos una Ficha Clínica y el Cuestionario KDQOL-SF36 para evaluar la CV. Resultados: el 65,3% de los pacientes presentan una CV media, 31,6% una baja y el 3,1% un alta. En la dimensión física y mental predomina la CV media (63,3%), en carga de la enfermedad renal una CV baja (55,1%); en síntomas y efectos de la enfermedad renal una CV media (49,0%). Conclusión: La ERC en TRR repercute significativamente en el componente físico, mental, carga de la enfermedad, síntomas y problemas de la enfermedad renal; y en forma general en la calidad de vida, de pacientes atendidos en el Hospital III EsSalud Puno(42)

Robles Y (2018). “Calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal del Centro de Salud Renal ESSALUD Puno 2017” Puno-Peru. Objetivo: Comparar la calidad de vida de los



pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal del centro de salud renal EsSalud Puno 2017(43). Metodología: Estudio descriptivo-comparativo transversal en una muestra de 60 pacientes utilizando el cuestionario SF-36. Resultados: 53.3% de los pacientes en hemodiálisis presentaron una mala calidad de vida, el 40% regular y el 6.7% buena y de los pacientes en diálisis peritoneal l 60% presentaron una regular calidad de vida, el 27.7% una mala y el 13.3% una buena. Conclusión: la CV es mejor en los pacientes con DP que en los pacientes con HD(43)

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Enfermedad renal crónica

En la población adulta es definida como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante al menos tres meses y con implicaciones para la salud.(44). Las últimas guías KDIGO la definen según criterios diagnósticos utilizando marcadores de daño renal que determinan la proteinuria y la tasa de filtrado glomerular(45)

La ERCT es definida como una Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) inferior a 15 ml/min en donde el paciente necesita de TRR para su subsistencia (46)

2.2.1.1. Clasificación

Según las pautas KDIGO se clasifica en 5 etapas/estadios basados en la TFG estimada (TFGe) y la albuminuria (ANEXO 1). La inclusión del grado de albuminuria en la clasificación se justifica como una forma de estimar el riesgo de progresión de la disfunción renal.(45)



Las categorías de TFGe y albuminuria predicen de forma independiente resultados adversos para los pacientes con ERC, y la combinación de ambas aumenta aún más este riesgo. El sistema de clasificación de la ERC ayuda a los médicos a realizar evaluaciones precisas de la gravedad de la ERC y otras complicaciones, lo que ayuda a informar las decisiones asociadas con el tratamiento y seguimiento de los pacientes (47).

2.2.1.2. Epidemiología

Actualmente la incidencia y prevalencia de la ERC se encuentra en aumento tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Este incremento es atribuible a la creciente carga de las ENT como lo son la DM y la HTA, las cuales son patologías que se encuentran estrechamente relacionadas al desarrollo y progresión de la ERC (25).

La ERC presenta una prevalencia global estimada del 10 al 13% (5,26,48), lo que significa que a nivel mundial existe más de 850 millones de personas con esta patología (4). El 79%, se encuentran en etapas tardías de la enfermedad (estadios 3 a 5) (49) y la mayoría de estos pacientes se encuentran en estadio G3 (51).; sin embargo, es probable que la proporción real de personas con ERC temprana (estadio 1 o 2) sea mucho mayor, ya que la enfermedad renal temprana es clínicamente silenciosa (49). También es la responsable de unos 2,4 millones de muertes anuales (50), pues para el año 2020 la OMS la señaló como 10^o causa de muerte (51).

Las variaciones de incidencia y prevalencia dependen del sexo,



edad, origen étnico, clase social y la ubicación geográfica de residencia del paciente (50).

- Edad: se observó una mayor prevalencia y progresión de la enfermedad en personas mayores de 60 años, pues la prevalencia es del 6,0% en las edades de 18 a 44 años y del 38,1% en las edades mayores de 65 años.
- Sexo: La incidencia acumulada es mayor en hombres que en mujeres.
- Origen étnico: Los negros y asiáticos en el Reino Unido, los hispanos en los EE.UU. y los pueblos indígenas en Australia, Nueva Zelanda y Canadá presentan un mayor riesgo de desarrollar ERC y de progresión de la enfermedad.
- Clase social: Las personas en el cuartil socioeconómico más bajo tienen un riesgo 60% mayor de ERC progresiva que aquellas en el cuartil más alto.
- Ubicación geográfica: La carga global de ERCT crece alrededor del 7% anualmente (28) pues más del 80% de los pacientes que reciben TRR residen en países con una gran población de edad avanzada y con acceso a atención médica asequible(25) en donde es una de las principales causas de muerte, pues más de 1 millón de personas mueren anualmente por esta patología en estos países.(28)

2.2.1.3. Factores de Riesgo

Como en cualquier enfermedad, existen factores que aumentan la susceptibilidad de ERC (52). Al ser una patología compleja existen factores que son responsables de su inicio temprano y de su progresión a



una etapa terminal (G5)(49).

- Factores de riesgo no modificables:
 - Edad avanzada
 - Antecedentes familiares
 - Origen étnico
- Factores de riesgo modificables:
 - DM2 (25% al 40%)(53)
 - HTA (30%)(53)
 - Dislipidemia (17%)
 - Otros: Habito tabáquico

2.2.1.4. Etiología

Muchas enfermedades crónicas pueden causar ERC sin embargo en la mayoría de países desarrollados y en desarrollo, la DM y la HTA son las causas principales(2,3,12,17,25,49,49,54–57). Dentro de las causas más relevantes para el desarrollo de ERC y su progresión a ERCT son:(58)

- Diabetes Mellitus: 46,9%
- Hipertensión Arterial: 28,8%
- Glomerulopatias
 - Glomerulonefritis (7,1%)
- Poliquistosis renal :2,8%
- Otras causas el 14,4%(3)
 - Nefritis intersticial, incluida la nefropatía por analgésicos
 - Nefritis autoinmune



- Nefropatía vascular (nefropatía isquémica)
- Nefropatía por reflujo y otras nefropatías congénitas
- Nefropatía por VIH

En nuestro medio existen estudios en poblaciones en diálisis, en donde presentan datos relativos sobre la etiología de la ERCT.

Cieza J, et al. Lima (1996) en un análisis de la calidad de la atención de siete centros de diálisis en Lima señalan a la glomerulonefritis crónica (37.7%) como causa principal de ERC seguida de la DM (12.8%) y de origen desconocido (12%) (59).

Meneses-Liendo V, et al. Lima (2011) en su análisis de mortalidad de pacientes en HD de un centro privado en Lima adscrito a EsSalud, señalan a las glomerulonefritis crónicas primarias (32%) como la principal causa de ERC seguido de la DM (22%) y la uropatía obstructiva (UPO) y nefritis túbulo intersticial (13%) (60).

Herrera-Añazco P, et al. (2015), en su reporte de mortalidad de la población incidente en HD del Hospital Nacional 2 de Mayo de Lima refieren a la DM (44%) como la principal causa de la ERC seguida de la glomerulonefritis crónica primarias (23%) y la UPO (15%) (61).

2.2.1.5. Fisiopatología

En un riñón normal cada nefrona contribuye a la TFG, por lo tanto un deterioro de la función renal es gradual y puede presentarse inicialmente de forma asintomática.(47). La historia natural y la progresión de la enfermedad renal dependerá de su etiología, pero sea cual sea su



causa implica mecanismos homeostáticos tempranos compensatorios que mantienen la TFG(47)

La ERC progresa a través de tres fases:(62)

- Una lesión inicial: Estimuladora
- Mecanismos de reparación: Que pueden estar mal dirigidos, perjudicando la función de la nefrona y paralelamente se pierden las nefronas
- Mecanismos de compensación: Las nefronas restantes responden, compensando la disminución de la función con cambios adicionales en la actividad que pueden ser perjudiciales para la supervivencia de las nefronas.

Si bien estas tres fases pueden superponerse temporalmente, sus mecanismos son distintos.

Dentro de los mecanismos homeostáticos tempranos compensatorios que mantienen la TFG son la hiperfiltración e hipertrofia de las nefronas funcionantes a pesar de la destrucción progresiva de las nefronas. Como resultado, el paciente con una enfermedad leve puede mostrar valores de creatinina normales y la enfermedad puede pasar desapercibida durante algún tiempo(47) Esta adaptabilidad de la nefrona permite una eliminación normal continua de los solutos plasmáticos. Este mecanismo adaptativo seguirá su curso y eventualmente causará daño a los glomérulos de las nefronas restantes. Los niveles plasmáticos de sustancias como la urea y la creatinina comienzan a mostrar aumentos mensurables sólo después de que la TFG total haya disminuido en un 50%.



Aunque la hiperfiltración y la hipertrofia de las nefronas residuales son beneficiosas para mantener la TFG, se ha descubierto que son una causa importante de disfunción renal progresiva. (62)El aumento de la presión capilar intraglomerular puede dañar los capilares, lo que lleva a glomeruloesclerosis focal y segmentaria (FSGS) y, finalmente, a glomeruloesclerosis global.(47)

Los factores que pueden empeorar la lesión renal y acelerar la progresión a una etapa terminal incluyen:(47)

- Nefrotoxinas (AINES)
- Hipertensión sistémica
- Proteinuria
- Deshidración
- Fumar
- Hiperlipidemia
- Diabetes no controlada
- Hiperfosfatemia

2.2.1.6. Complicaciones de la ERC

- **Hiperkalemia:** La excreción de potasio en niveles casi normales generalmente se mantiene en la ERC mientras se mantengan la secreción de aldosterona y el flujo distal. La hiperpotasemia se desarrolla cuando la TFG cae a menos de 20-25 ml/min/1,73 m²; pues en este punto, los riñones tienen una menor capacidad para excretar potasio.(63)
- **Acidosis metabólica:** Se origina porque los riñones no pueden



producir suficiente amoníaco en los túbulos proximales para excretar ácido endógeno en la orina en forma de amonio. en la etapa G5 acumulación de fosfatos, sulfatos y otros aniones orgánicos produciendo así una acidosis metabólica con brecha aniónica alta, pero que generalmente no es superior a 20 mEq/L. En la ERC.(47) La acidosis metabólica tiene efectos nocivos sobre el equilibrio proteico, lo que lleva a lo siguiente:(64)

- Balance de nitrógeno negativo
 - Mayor degradación de proteínas.
 - El aumento de la oxidación de aminoácidos esenciales.
 - Síntesis de albúmina reducida
 - Falta de adaptación a una dieta baja en proteínas.
 - Desarrollo de la osteodistrofia renal: los huesos amortiguan el exceso de ácido, con la consiguiente pérdida de minerales
 - Interfiere con el metabolismo de la vitamina D.
- Anormalidades en el manejo de agua y sal: La sobrecarga de volumen resulta de la falla en la excreción de sodio y agua libre y ocurre cuando la TFG cae a menos de 10 a 15 ml/min/1,73 m². Esto conduce a edema periférico, edema pulmonar e hipertensión. Las enfermedades renales tubulointersticiales a menudo causan pérdida de líquido en lugar de sobrecarga, por lo tanto, a pesar de las reducciones graves de la TFG, las enfermedades renales tubulointersticiales pueden manifestarse como poliuria y depleción de volumen, con incapacidad para concentrar la orina (47).



- Anemia: Es de tipo normocítica normocrómica y se desarrolla a partir de la disminución de la síntesis renal de eritropoyetina, la hormona responsable de la estimulación de la médula ósea para la producción de glóbulos rojos(65) Otras causas de anemia en la ERC incluyen las siguientes:
 - Pérdida de sangre crónica: por una disfunción plaquetaria inducida por la uremia, lo cual aumenta la tendencia al sangrado
 - Hiperparatiroidismo secundario
 - Inflamación
 - Deficiencia nutricional
 - Enfermedad ósea
- Enfermedad ósea renal : Es una complicación común de la ERC y se producen diferentes tipos de enfermedades óseas: (47)
 - Enfermedad ósea de recambio alto: producido por niveles elevados de hormona paratiroidea (PTH)
 - Enfermedad ósea de rotación baja: llamada también enfermedad ósea adinámica
 - Mineralización defectuosa (osteomalacia)
 - Enfermedad mixta
 - Enfermedad ósea asociada a beta-2-microglobulina
- El hiperparatiroidismo secundario: Se desarrolla debido a los siguientes factores:(66)
 - Hiperfosfatemia
 - Hipocalcemia



- Disminución de la síntesis renal de 1,25-dihidroxicolecalciferol (1,25-dihidroxitamina D o calcitriol)
 - La alteración intrínseca de las glándulas paratiroides da lugar a un aumento de la secreción de PTH y un mayor crecimiento de las paratiroides
 - Resistencia esquelética a la PTH
- Hiperfosfatemia: Se desarrolla debido a la incapacidad de los riñones para excretar el exceso de fosfato. La hiperfosfatemia suprime la hidroxilación renal de la 25-hidroxitamina D inactiva a calcitriol. El aumento de la concentración de fosfato también afecta la concentración de PTH al afectar directamente a las glándulas paratiroides (efecto postranscripcional).
 - Hipocalcemia: Se debe a una disminución de la absorción intestinal de calcio debido a niveles bajos de calcitriol en plasma. La hipocalcemia, la hiperfosfatemia y los niveles bajos de calcitriol sérico estimulan la síntesis y secreción de PTH. Con un estímulo persistente en la ERC avanzada, las glándulas paratiroides se vuelven hipertróficas y luego hiperplásicas.(66)

2.2.1.7. Manifestaciones clínicas

La ERC temprana es asintomática y generalmente los síntomas solo se manifiestan en etapas avanzadas generalmente en las etapa G4 cuando la función renal ya está significativamente comprometida (49) y en peor de los casos ya solo en la etapa G5 terminal cuando la TFG es < 15ml/min. Algunos de los signos y síntomas incluyen(47).



Sobrecarga de volumen refractaria a los diuréticos: por la retención de sal y agua que puede provocar edema periférico, edema pulmonar e hipertensión.

- Hipertensión arterial: que responde mal a la medicación
- Anemia: que se manifiesta como fatiga, deterioro de la función cognitiva y en algunos casos puede provocar insuficiencia cardíaca.
- Trastornos minerales y óseos
- Trastornos metabólicos
 - Hiperpotasemia
 - Hiponatremia
 - Acidosis metabólica: La acidosis metabólica en la ERC en etapa 5 presenta desnutrición proteico-energética, debilidad muscular y pérdida de masa corporal magra.
 - Hipo/Hipercalcemia
 - Hiperfosfatemia.

A medida que las toxinas urémicas se acumulan en el cuerpo, casi cualquier órgano puede ser afectado, dando como resultado el desarrollo de complicaciones como:(49)

- Pericarditis
- Encefalopatía
- Neuropatía periférica
- Síndrome de la pierna inquieta
- Anorexia, náuseas, vómitos, diarrea.
- Piel seca, prurito, equimosis.



- Desnutrición
- Disfunción eréctil, disminución de la libido, amenorrea.
- Disfunción plaquetaria

La toxicidad urémica es una indicación de diálisis urgente.(47). La depresión es omnipresente en pacientes con ERCT y debe detectarse en el momento de la presentación. (67)

2.2.1.8. Diagnóstico.

Se diagnostica cuando existe evidencia de daño renal durante al menos tres meses o en cualquier paciente que presente una TFG inferior a 60 ml/min durante ese mismo período de tiempo (68).

a) Evaluación de la TFG: Habitualmente se utiliza tres ecuaciones para su cálculo:

- Fórmula de Cockcroft-Gault
- MDRD: Modification of Diet in Renal Disease Study
- CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration

Sin embargo, la mejor estimación de la TFG es la ecuación CKD-EPI que se ajusta por edad, raza y sexo. Sin embargo, es importante señalar que la fórmula subestima la TFG real en una TFG superior a 60 ml/min.(69)

Una evaluación adicional de la enfermedad renal puede incluir una ecografía renal, un hemograma completo, un panel metabólico básico, un análisis de orina y/o una biopsia de riñón.(47)



b) Hemograma completo:

Se aprecia una anemia normocítica normocrómica.(70)

c) Panel Metabólico Básico:

- Los niveles de nitrógeno ureico en sangre (BUN) y creatinina sérica están elevados.
- Suele haber hiperpotasemia o niveles bajos de bicarbonato.
- Los niveles de albúmina sérica son bajos debido a la pérdida urinaria de proteínas o a la desnutrición.
- Se obtienen niveles séricos de fosfato, 25-hidroxivitamina D, fosfatasa alcalina, PTH intacta para buscar evidencia de enfermedad ósea renal.
- Se debe obtener un perfil lipídico debido al riesgo de enfermedad cardiovascular.

d) Análisis de orina:

Se puede utilizar una relación proteína/creatinina en orina puntual para cuantificar la albuminuria. Un valor superior a 30 mg de albúmina por gramo de creatinina se considera anormal, mientras que valores superiores a 300 mg/g se consideran función renal gravemente alterada. Adicionalmente también se puede realizar una proteína en orina de 24 horas. Un valor superior a 3,5 g es preocupante de proteinuria en rango nefrótico.(47)

e) Ultrasonografía renal:

Se debe realizar una ecografía renal para buscar hidronefrosis o afectación del retroperitoneo con fibrosis, tumor o adenopatía difusa. En la



insuficiencia renal avanzada se observan riñones pequeños y ecogénicos. Mientras que, en la nefropatía diabética, los riñones son de tamaño normal. También se pueden observar anomalías estructurales como riñones poliquísticos en las ecografías. Una ecografía puede proporcionar datos que estiman el tamaño, las obstrucciones, los cálculos, la ecogenicidad y el adelgazamiento cortical. (71)

f) Radiología: (47)

- La radiografía simple de abdomen puede detectar cálculos radiopacos o nefrocalcinosis, mientras que una cistouretrografía miccional es diagnóstica de reflujo vesicoureteral.
- La tomografía computarizada puede ayudar a describir mejor las masas y quistes renales y también es sensible para identificar cálculos renales.
- La angiografía por resonancia magnética puede diagnosticar con precisión la estenosis de la arteria renal.
- Una gammagrafía renal con radionúclidos con administración de captopril puede diagnosticar la estenosis de la arteria renal y también cuantifica la contribución renal diferencial a la tasa de filtración glomerular total.

g) Biopsia Renal:

La biopsia renal percutánea guiada por ecografía está indicada cuando el diagnóstico no está claro después de un estudio adecuado.

h) Pruebas específicas

- Electroforesis de proteínas en suero y orina para el mieloma múltiple



- Anticuerpos antinucleares (ANA), niveles de anticuerpos contra el ADN bicatenario para el lupus eritematoso sistémico
- Niveles de complemento sérico
- Niveles de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos de patrón citoplasmático y perinuclear (C-ANCA y P-ANCA) para granulomatosis con poliangeítis (granulomatosis de Wegener) y poliangeítis microscópica
- Anticuerpos antimembrana basal glomerular (anti-GBM) para el síndrome de Goodpasture
- Serología del laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (VDRL) y hepatitis B y C, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

2.2.1.9. Tratamiento

Como parte del tratamiento de la ERC, se debe tratar la causa subyacente, prevenir o retardar la progresión de la enfermedad y abordar las complicaciones. En general el tratamiento de la enfermedad renal terminal implica corregir parámetros al nivel de la presentación del paciente.(72) Se deben iniciar intervenciones destinadas a disminuir la tasa de enfermedad renal y pueden incluir (47):

- a) **Tratar la causa subyacente, controlar la presión arterial y la proteinuria:** La presión arterial debe tener como objetivo una presión arterial sistólica inferior a 130 mmHg y una presión arterial diastólica inferior a 80 mmHg en adultos con o sin diabetes mellitus cuya excreción de albúmina en orina no supere los 30 mg durante 24 horas.



Para pacientes diabéticos con proteinuria, se debe iniciar un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un bloqueador de los receptores de angiotensina 2 (ARA2) en los casos en que los valores de albúmina en orina oscilen entre 30 y 300 mg en 24 horas y superiores a 300 mg en 24 horas. Estos fármacos retardan la progresión de la enfermedad, en particular cuando se inician antes de que la TFG disminuya a menos de 60 ml/min o antes de que la concentración de creatinina plasmática supere 1,2 y 1,5 en mujeres y hombres, respectivamente (73).

b) Control glucémico estricto: Se recomienda una hemoglobina glicosilada inferior al 7% para prevenir o retrasar las complicaciones microvasculares en esta población. El tratamiento con inhibidores del transportador de sodio-glucosa 2 (SGLT-2) puede reducir la carga de enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2. (74)

- Reducción del riesgo cardiovascular
- Recomendaciones generales sobre el estilo de vida, como dejar de fumar y restringir la dieta.]
- El tratamiento de la acidosis metabólica crónica con bicarbonato renal suplementario también puede retardar la progresión de la enfermedad renal terminal. (75)
- Los pacientes con ERC tienden a tener dislipidemia, particularmente hipertrigliceridemia. La monitorización de los paneles de lípidos en ayunas y el inicio de agentes reductores del colesterol, como los inhibidores de la HMG-CoA reductasa, deben realizarse en las primeras etapas del curso de la enfermedad. (76)



- La sobrecarga de volumen o el edema pulmonar deben tratarse con diuréticos de asa o ultrafiltración.
 - Para las manifestaciones urémicas, se necesita terapia de reemplazo renal a largo plazo (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante de riñón).
 - La anemia se trata con un agente estimulante de la eritropoyesis como la eritropoyetina.
 - La hiperfosfatemia se trata con quelantes de fosfato (acetato de calcio, carbonato de sevelámero o carbonato de lantano) y restricción de fosfato en la dieta.
 - Se recomiendan de forma rutinaria modificaciones en el estilo de vida y restricciones dietéticas. Por ejemplo, seguir una dieta baja en sal (menos de 2 g/día), una dieta renal (evitando alimentos con alto contenido de fósforo) y restringir las proteínas diarias a 0,8 g por kg de peso corporal por día es esencial para controlar la carga de enfermedad.
 - Control de la hipocalcemia. Un nivel de 25-OH vitamina D inferior a 10 ng/ml justifica el inicio de 50 000 UI de ergocalciferol por semana durante 6 a 8 semanas antes de cambiar a 800 a 1 000 UI de colecalciferol por día.
 - El hiperparatiroidismo debe tratarse con calcitriol, análogos de la vitamina D o calcimiméticos.
- c) **Terapia de reemplazo renal a largo plazo:** A la hora de decidir iniciar una TRR, se debe de tener en cuenta los siguientes factores:



- Aspectos de la CV del paciente antes de iniciar la TRR
- Efectos psicológicos de enfrentar un tratamiento complejo y crónico
- La opinión del nefrólogo tratante sobre la condición del paciente
- El deterioro de la función renal
- Los riesgos involucrados

Se debe iniciar una educación temprana del paciente sobre la progresión natural de la enfermedad, las diferentes modalidades de diálisis y el trasplante renal. Para los pacientes en quienes el trasplante no es inminente, se debe crear una fístula arteriovenosa primaria antes de la fecha prevista de diálisis. (77) Todo paciente con ERCT debe ser remitido oportunamente para un trasplante renal. Las indicaciones para la terapia de reemplazo renal en pacientes con ERC incluyen las siguientes:(47)

- Acidosis metabólica severa
- Hiperpotasemia
- Pericarditis
- Encefalopatía
- Sobrecarga De Volumen Intratable
- Fallo de crecimiento y desnutrición.
- Neuropatía periférica
- Síntomas gastrointestinales intratables
- TFG de 5 a 9 ml/min/1,73 m², independientemente de los síntomas o de la presencia o ausencia de otras comorbilidades

d) Hemodiálisis: La hemodiálisis es la TRR con mayor prevalencia, pues un 89% del total de pacientes se encuentran en esta modalidad



de diálisis (11). Su principal objetivo es mejorar la supervivencia y lograr el bienestar del paciente

Este tipo de diálisis se realiza mediante un acceso vascular (catéter o fístula) el cual se conecta a un circuito extracorpóreo que contiene una membrana semipermeable, llamada también dializador o riñón artificial, a través del cual se depura la sangre para que sea devuelta al organismo por el mismo acceso. Este proceso de 3 a 5 horas se puede realizar en un hospital o centro de diálisis tres veces por semana.(78)

Existen dos tipos de accesos vasculares, la fístula arteriovenosa en donde se conecta quirúrgicamente una arteria y una vena del brazo (de forma autóloga o utilizando una prótesis de politetrafluoroetileno por si el sistema vascular estuviera comprometido); o un catéter insertado permanente a un vaso venoso central (como la yugular interna, la subclavia o, eventualmente, la femoral). Debido a las pocas complicaciones, la elección preferida es una fístula arteriovenosa(79) Después de la extracción de la sangre, esta circula en un filtro semipermeable que contiene líquido especial para diálisis (líquido con concentraciones ideales de sodio, bicarbonato, calcio, cloro y bajas concentraciones en potasio). En este punto y según la ley de Fick, se produce un desplazamiento de sustancias a lo largo del gradiente de concentración. Este es el método clásico o convencional de HD que se suele realizar en un hospital, aunque en algunos casos se puede realizar en casa si el paciente y acompañante han sido entrenados previamente (47)



Sin embargo también presenta contribuciones negativas, pues lo hace susceptible a otras comorbilidades, le impone muchas restricciones(20) y es costosa(80) lo cual genera un deterioro de su CVRS(58).

Complicaciones debidas al acceso vascular/diálisis

- Sangrado
- Infección intravascular local o diseminada
- Oclusión del injerto
- Anomalías electrolíticas después de la diálisis.
- Demencia por diálisis
- Síndrome de desequilibrio de diálisis.

2.2.2. Calidad de vida relacionada con la salud

2.2.2.1. Calidad de vida

La OMS define a la calidad de vida como la percepción que tiene una persona de su posición en la vida, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y está relacionado con el estado físico, emocional, mental y social de las personas(81).

Calidad de vida relacionada a la salud

Patrick D y Erickson P definen la calidad de vida relacionada a la salud como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus



secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud(82)

Shumaker y Naughton la definen como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. (83)

En base a estas definiciones, esta puede ser definida como la percepción del sujeto en relación a su posición en la vida, entorno cultural y valores en los que está inserto, objetivos, expectativas, estándares e inquietudes. Se relaciona con la salud física, el estado mental, la independencia, las relaciones sociales, las creencias y las peculiaridades del entorno. Así, comprende efectos de la enfermedad y/o tratamiento en las diversas dimensiones de la vida. (84)

2.2.2.2. Dimensiones

Es importante resaltar que la calidad de vida está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales. De este modo, la CVRS o salud percibida integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar(85). Según Soto M. las dimensiones que debe abarcar son (85):

- Estado físico y capacidad funcional.
- Estado psicológico y bienestar.
- Interacciones sociales.
- Estado económico y sus factores.



2.2.2.3. Medición

La calidad de vida relacionada con la salud es una importante herramienta para la evaluación de la eficacia del tratamiento médico y la utilidad de servicios médicos, además de monitorear la salud en una población. Este constructo intenta medir cómo impacta en la calidad de vida del sujeto su estado de salud y/o los tratamientos que recibe; por lo tanto su medición es de utilidad para recabar información subjetiva confiable, estable en el corto plazo y factible de comparación con la de otros sujetos(84).

Los instrumentos que sirven para su medición se pueden dividir en genéricos y específicos.(85)

Instrumentos genéricos: son independientes del diagnóstico, por lo que ofrecen la oportunidad de ser aplicables a cualquier tipo de población o afección (85)

Instrumentos específicos: se centran en aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad o síndrome concreto y por lo tanto no tienen una amplitud de los instrumentos genéricos, pero sí pueden ser más sensibles a aspectos de la calidad de vida determinados por efectos de una enfermedad concreta.(85)

Según Donovan y cols. Las características que definen a un buen instrumento de medida de la CVRS son:(86)

- Ser adecuado al problema de salud que pretende medir.
- Debe ser preciso



- Debe ser sensible.
- Debe estar basado en datos proporcionados por los propios pacientes
- Buena aceptabilidad por los pacientes, profesionales sanitarios y por los investigadores.
- Buena validez, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que se pretenden medir y no otras.

2.1.1. Enfermedad renal y calidad de vida

La ERC en sí tiene efectos negativos sobre la CVRS, ya que esta disminuye progresivamente con la enfermedad avanzada.

La hemodiálisis requiere mucho tiempo , es costosa, impone múltiples restricción (dietéticas y de ingesta de líquidos) produciendo cambios negativos a nivel físico, psicológico, socioeconómico del paciente, deteriorando así progresivamente la calidad de vida de los pacientes (13).

Vivir con ERC requiere adaptación y cambios en la rutina y los hábitos diarios, que a su vez desafían las percepciones que las personas tienen de sí mismos, sus capacidades y el entorno en el que viven. Debido a los diversos impactos negativos de la ERC en las vidas de los pacientes.(30)

Por lo tanto es relevante y deseable evaluar la calidad de vida para identificar las áreas afectadas y proporcionar información para las intervenciones diseñadas para mejorar las condiciones de vida y la salud de las personas con ERC.(30)



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Es un estudio de enfoque cuantitativo.(87)

- Intervención: Observacional.
- Medición: Transversal.
- Recolección: Prospectivo(88)

3.2. DELIMITACION ESPACIAL

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital base III EsSalud- Puno, un centro de referencia del Seguro Social de Salud del Perú ubicado en el distrito de Salcedo a 3827 metros sobre el nivel del mar, en la provincia de Puno de nuestra región

Actualmente el hospital no cuenta con su unidad propia de hemodiálisis, por tal motivo los pacientes con ERCT acuden a 2 entidades terciarias para realizarse las sesiones de HD, las cuales son:

- Centro de hemodiálisis Sermedial S.A.C. Puno: Localizado en la Urbanización Aprovisa Manzana 1B Lote 5 S/N del Distrito de Salcedo. Brinda atención de 3 turnos al día de lunes a sábado.
- Clínica Cordial: Localizada en la Avenida El Sol N°1035 del Distrito de Puno. Brinda atención de 3 turnos al día de lunes a sábado.



3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

3.3.1. Universo

El universo incluye a la totalidad de los pacientes con ERCT en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno.

3.3.2. Población

La población de estudio estuvo constituida por 63 pacientes con ERCT en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno adscritos al Centro de Hemodiálisis Sermedial S.A.C. durante el mes de diciembre del 2023.

3.3.3. Muestra

Al ser una población reducida la muestra fue de tipo censal, considerándose a la totalidad de la población, es decir a los 63 pacientes, teniendo en consideración los criterios de selección solo se tuvo a 52 pacientes como muestra de estudio.

Técnica de muestreo

Muestreo no probabilístico, por conveniencia del investigador.(87)

- Unidad de muestreo: Hospital III EsSalud Puno.
- Unidad de selección: Pacientes con ERCT Hemodiálisis que cumplieron los criterios de selección
- Unidad de información: Ficha de recolección de datos y cuestionarios KDQOL-SF36.
- Unidad de análisis: Pacientes con ERC en hemodiálisis.



3.4. CRITERIOS DE SELECCION

Los criterios de inclusión son los siguiente:

- Pacientes de ambos sexos mayores a 18 años.
- Pacientes con ERCT en HD adscritos al Centro de Hemodiálisis Sermedial S.A.C.
- Pacientes que hayan recibido HD durante al menos 4 semanas antes del estudio.
- Encontrarse lúcidos y orientados en tiempo, espacio y persona al momento de la entrevista.

Los criterios de exclusión, son los siguiente:

- Pacientes que rechazan la participación en el estudio.
- Presentar alguna discapacidad (auditiva, visual o cognitiva) que impida responder el cuestionario.
- Pacientes que no asistieron a su sesión de HD programada.
- No ser hispanohablante.

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica encuesta (87)

3.5.2. Instrumentos

3.5.2.1. Ficha de recolección de datos:

Se elaboró una ficha de datos para la recopilación de las características sociodemográficos, clínicas y de la HD (ANEXO 2), la cual fue validada por juicio de expertos con intervención de 3 especialistas vinculados al tema de investigación.



3.5.2.2. Cuestionario KDQOL-SF36

Para evaluar la CVRS se utilizó el cuestionario de salud KDQOL-SF36 desarrollado por el Grupo de Trabajo de la Universidad de Arizona en EE.UU y autorizada y validada por el Kidney Disease Quality of Life Working Group(89) Este es un cuestionario específico para estudios con pacientes renales en Terapia de Reemplazo Renal. Su versión en español se encuentra disponible en su página web oficial. (90) (ANEXO 3). Está constituido por un total de 36 ítems que conforman sus 5 subescalas que se clasifican en dos componentes:

Componente general: Constituido por 12 preguntas que conforman 2 subescalas.

- Salud Física (preguntas 1-6)
- Salud Mental (preguntas 7-12)

Componente específico de la enfermedad renal: Constituido por 24 preguntas.

- Carga de la Enfermedad (preguntas 13-16)
- Listado Síntomas/Problemas (preguntas 17-28)
- Efectos de la Enfermedad Renal (preguntas 29-36)

Cada interrogante, tiene alternativas, y cada una de estas tiene un puntaje (de 1, hasta 5, dependiendo de la pregunta). Las puntuaciones para la CVRS y, para cada dimensión oscilan de 0 a 100, de manera que puntaje más elevado muestra un adecuado CVRS. Se utilizará como puntuación referencial el valor de 50.

3.6. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

El procedimiento estadístico para el análisis de los datos que se recogieron durante la investigación fue procesado, considerando instrumentos de la estadística descriptiva. Además, los resultados se presentaron en tablas estadísticas debidamente analizados e interpretadas, que sirvieron de base para la discusión respectiva y para elaborar las conclusiones generales de la investigación. De manera específica el tratamiento estadístico de los instrumentos fue manual y electrónico, siguiendo el siguiente proceso:

Seriación: Para dar inicio al procesamiento de datos, ha sido necesario ordenar los instrumentos aplicados en un solo sistema de seriación para facilitar la identificación.

Codificación: Siguiendo con el procesamiento de datos se dio inicio a la codificación para lo cual se utilizarán hojas de Excel para codificación, teniendo en cuenta las respuestas para codificarlas en números. en donde se le dio un puntaje de 1 a 5 dependiendo de la pregunta.

Tabulación: Para el inicio de la tabulación se registró la respuesta de las hojas de Excel codificación en una matriz denominada “KDQOLS36™ Scoring Program (v1.0)” que contiene 5 páginas de Excel “RAW”, “CONVERT”, “SCORE”, “SCALE”, y “STATS” (89), la cual facilito el procesamiento de datos.

Procesamiento: Para la obtención de la estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), se utilizó el paquete estadístico SPSS 21, en donde se tomó en cuenta las variables de características epidemiológicas, características de la hemodiálisis y las variables de calidad de vida.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó la evaluación y aprobación por el comité de ética del Hospital III



EsSalud Puno. Al ser estudio es observacional no se realizó ninguna intervención en los pacientes; pues solo fue necesario que estos acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado (ANEXO 5). De la misma forma la investigadora firmo un compromiso de confidencialidad en donde se compromete en utilizar los datos solo para fines de investigación (ANEXO 6).

En todo momento se protegió la identidad de los participantes y se les garantizo confidencialidad y privacidad. Los datos sólo fueron usados por la investigadora con fines solamente científicos como se establece en la declaración de Helsinki(91). Al concluir el estudio se procederá a eliminar los datos obtenidos 1 mes después de la publicación de los resultados.

3.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.8.1. Variable dependiente:

Calidad de Vida Relacionada a la Salud: Percepción del sujeto sobre su nivel de bienestar y satisfacción con su vida en relación a su salud física, estado mental, independencia, relaciones sociales, creencias, peculiaridades del entorno y cómo está se ve afectada por su enfermedad y las políticas de salud(13).

Mala = Puntaje ≤ 50

Buena = Puntaje > 50

3.8.2. Variables independientes (ANEXO 7)

Componente genérico de la CVRS: Percepción de la persona de su estado de salud influenciada por un complejo con de factores, condiciones ambientales, culturales y socioeconómicas.

Mala = Puntaje ≤ 50



Buena = Puntaje >50

Componente específico de la CVRS: Percepción de la persona de su nivel de bienestar y satisfacción asociado a su enfermedad.

Mala = Puntaje \leq 50

Buena = Puntaje > 50

3.1.1. Variables intervinientes (ANEXO 7)

Características Sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Sector de residencia
- Ocupación actual

Características Clínicas

- Etiología de la ERCT
- Comorbilidades

Características de la HD

- Tiempo de HD
- Tipo de acceso vascular

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Calidad de vida relacionada a la salud

La calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes renales crónicos representa su percepción con respecto a su salud y su grado de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas con respecto a su tratamiento y las políticas de salud asociadas a su patología y en la actualidad se ha convertido en un concepto fundamental para la atención integral del paciente con esta enfermedad crónica.

Tabla 1.

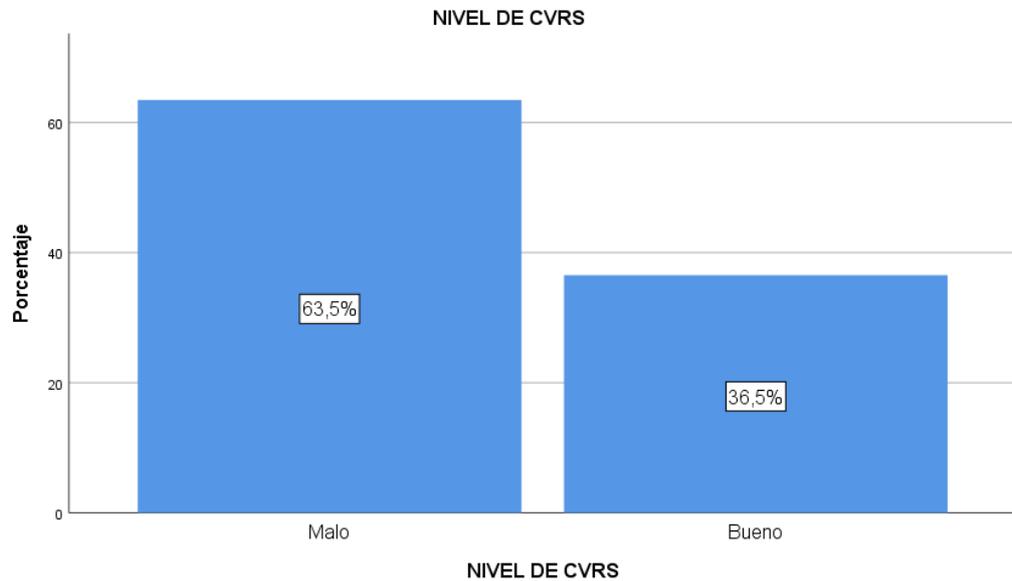
Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno

Nivel	N°	%	% Acumulado
Mala	33	63,5	63,5
Buena	19	36,5	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 1.

Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 y figura 1 de los 52 pacientes encuestados se observa que el 63,5% presentan una calidad de vida relacionada a la salud “mala” porque su puntuación general fue \leq de 50 puntos, seguida del 36,5% que presento una calidad de vida relacionada a la salud “buena” porque su puntuación general fue $>$ de 50 puntos.

Tabla 2.

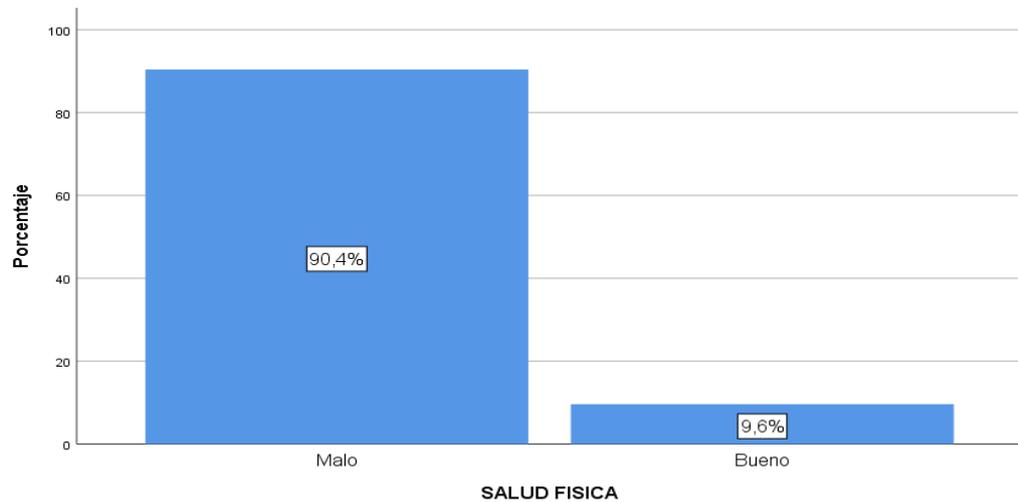
Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según subescala “salud física”

Nivel	N°	%	% Acumulado
Mala	47	90,4	90,4
Buena	5	9,6	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 2.

Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “Salud Física”.



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 y figura 2, según la subescala “Salud Física” del cuestionario KDQOL-SF36, el 90,4% de los pacientes presentan una calidad de vida relacionada a la salud “mala” porque obtuvieron una puntuación \leq de 50 puntos y solo el 9,6% presentaron una calidad de vida relacionada a la salud porque obtuvieron una puntuación >50 puntos.

Tabla 3.

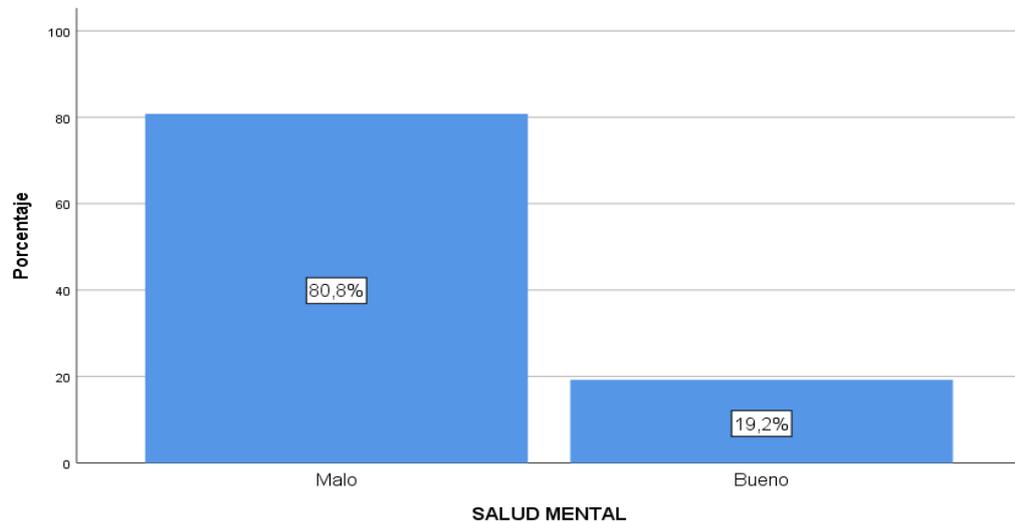
Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “salud mental”

Nivel	N°	%	% Acumulado
Malo	42	80,8	80,8
Bueno	10	19,2	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 3.

Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “salud mental”



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 y figura 3, según la subescala “Salud Mental” del cuestionario KDQOL-SF36, el 80,8% de los pacientes presentan una calidad de vida relacionada a la salud “mala” porque obtuvieron una puntuación \leq de 50 puntos, seguido del 19,2% que presentaron una calidad de vida relacionada a la salud porque obtuvieron una puntuación >50 puntos.

Tabla 4.

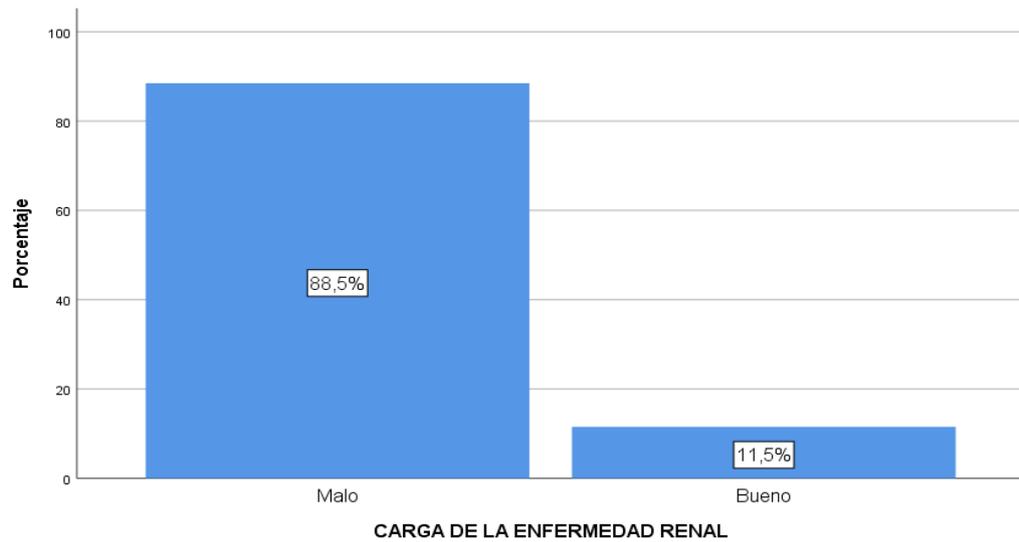
Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “carga de la enfermedad renal”

Nivel	Nº	%	% Acumulado
Mala	46	88,5	88,5
Buena	6	11,5	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 4.

Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “carga de la enfermedad renal”



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 y figura 4, según la subescala “carga de la enfermedad renal” del cuestionario KDQOL-SF36, el 88,5% de los pacientes presentan una calidad de vida relacionada a la salud “mala” porque obtuvieron una puntuación \leq de 50 puntos, seguido del 11,5 % que presentaron una calidad de vida relacionada a la salud “buena” con una puntuación >50 puntos.

Tabla 5.

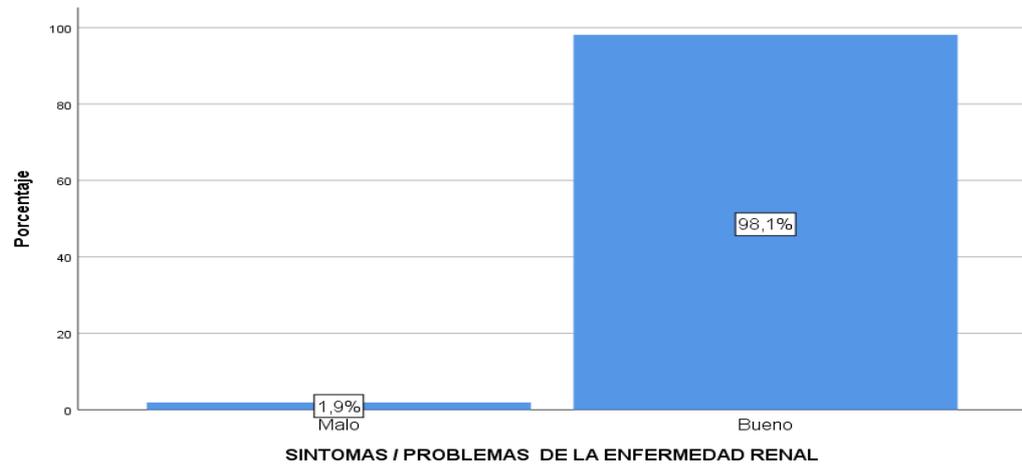
Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “síntomas y/o problemas de la enfermedad renal”

Nivel	Nº	%	% Acumulado
Mala	1	1,9	1,9
Buena	51	98,1	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 5.

Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “síntomas y/o problemas de la enfermedad renal”



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 y figura 5, según la subescala “síntomas y/o problemas de la enfermedad renal” del cuestionario KDQOL-SF36, el 98,1% de los pacientes presentan una calidad de vida relacionada a la salud “buena” porque obtuvieron una puntuación >50 puntos y solo el 1,9% presentaron una calidad de vida relacionada a la salud “mala” porque obtuvieron una puntuación ≤ de 50 puntos.

Tabla 6.

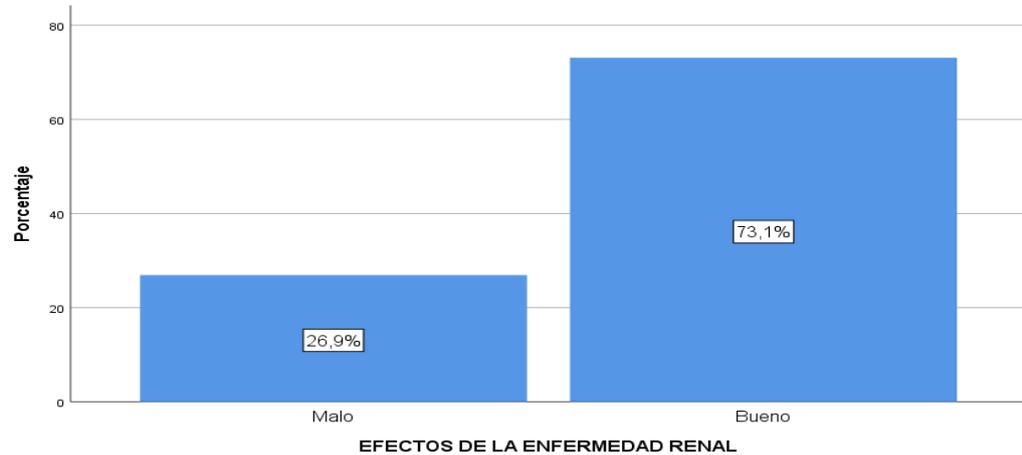
Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “efectos de la enfermedad renal”

Nivel	Nº	%	% Acumulado
Mala	14	26,9	26,9
Buena	38	73,1	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 6.

Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno según la subescala “efectos de la enfermedad renal”



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 y figura 6, según la subescala “efectos de la enfermedad renal” “del cuestionario KDQOL-SF36, el 73,1% de los pacientes presentan una calidad de vida relacionada a la salud “buena” porque obtuvieron una puntuación >50 puntos y el 26,9% presentaron una calidad de vida relacionada a la salud “mala” porque obtuvieron una puntuación \leq de 50 puntos.

4.1.2. Descripción de la calidad de vida relacionada a la salud

Tabla 7.

En general, ¿diría que su salud es?

Indicador	N°	%	% acumulado
Excelente	0	0	0
Muy buena	1	1,9	1,9
Buena	19	36,5	38,5
Pasable	25	48,1	86,5
Mala	7	13,5	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7, de los 52 pacientes encuestados, el 48.1% refieren presentar una salud actual “pasable”, el 36.5% refieren una salud actual “buena”, el 13.5% refieren una “mala” salud y solo el 1.9% refieren gozar de una “muy buena salud”. Ningún paciente refiere gozar de una salud actual “excelente”.

Tabla 8.

¿Su estado de salud actual lo limita para realizar actividades moderadas como mover una mesa?

Indicador	N°	%	% acumulado
Sí, me limita mucho	21	40,4	40,4
Sí, me limita un poco	24	46,2	86,5
No, no me limita en absoluto	7	13,5	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8, de los 52 pacientes encuestados, el 46,2 % refieren que su salud actual les “limita un poco” para realizar actividades moderadas, 40,4% refieren que les “limita mucho” y solo el 13,5% refiere que “no les limita en absoluto”.

Tabla 9.

¿Su estado de salud actual lo limita para realiza grandes actividades como subir varios pisos por la escalera?

Indicador	N°	%	% acumulado
Sí, me limita mucho	23	44,2	44,2
Sí, me limita un poco	20	38,5	82,7
No, no me limita en absoluto	9	17,3	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9, de los 52 pacientes encuestados, el 44,2 % refieren que su salud actual les “limita mucho” para realizar grandes actividades, seguido del 38.5 % que refieren que les “limita un poco “y solo 17.3% refiere que “no les limita en absoluto”.

Tabla 10.

¿A causa de su salud física ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado hacer?

Indicador	N°	%	% acumulado
Si	41	78,8	78,8
No	11	21,2	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10, de los 52 pacientes encuestados, el 78.8 % de los pacientes refieren que a causa de su salud física “si” han hecho menos de lo que les hubiera gustado y el 21.2 % restante refieren que “no”.

Tabla 11.

¿A causa de su salud física ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades?

Indicador	N°	%	% acumulado
Si	41	78,8	78,8
No	11	21,2	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11, de los 52 pacientes encuestados, el 78.8 % de los pacientes refieren que a causa de su salud física “si” han tenido limitaciones en cuanto a su tipo de trabajo u otras actividades y el 21.2 % restantes refieren que “no”.

Tabla 12.

¿A causa de algún problema emocional ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado?

Indicador	N°	%	% acumulado
Si	35	67,3	67,3
No	17	32,7	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12, de los 52 pacientes encuestados, el 67,3% de los pacientes refieren que a causa de algún problema emocional “si” han logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado y el 32,7% restantes refieren que “no”.

Tabla 13.

¿A causa de algún problema emocional ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?

Indicador	N°	%	% acumulado
Si	35	67,3	67,3
No	17	32,7	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 13, de los 52 pacientes encuestados, el 67,3% refieren que a causa de algún problema emocional “si” han hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual y el 32,7% restantes refieren que “no”.

Tabla 14.

Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada en absoluto	25	48,1	48,1
Un poco	15	28,8	76,9
Medianamente	6	11,5	88,5
Bastante	4	7,7	96,2
Extremadamente	2	3,8	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 14, de los 52 pacientes encuestados, el 48,1 % refiere que durante las últimas 4 semanas el dolor le ha dificultado “nada en absoluto” para realizar su trabajo normal, 28,8% refiere “un poco, 11,5% refiere “medianamente”, el 7.7% refiere “bastante” y solo el 3.8% refieren que les ha dificultado “extremadamente”.

Tabla 15.

Durante las últimas 4 semanas, ¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?

Indicador	N°	%	% acumulado
Siempre	8	15,4	15,4
Casi siempre	12	23,1	38,5
Muchas veces	6	11,5	50,0
Algunas veces	14	26,9	76,9
Casi nunca	5	9,6	86,5
Nunca	7	13,5	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15, de los 52 pacientes encuestados, el 26.9 % refieren que durante las últimas 4 semanas solo “algunas veces” se han sentido tranquilos y sosegados seguido del 23.1% que refieren “casi siempre”, el 15.4% refiere “siempre”, el 13.5% refiere “nunca”, el 11.5% refiere “muchas veces” y solo el 9.6% refieren que “casi nunca”.

Tabla 16.

Durante las últimas 4 semanas, ¿Ha tenido mucha energía?

Indicador	N°	%	% acumulado
Siempre	2	3,8	3,8
Casi siempre	13	25,0	28,8
Muchas veces	6	11,5	40,4
Algunas veces	20	38,5	78,8
Casi nunca	7	13,5	92,3
Nunca	4	7,7	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 16, de los 52 pacientes encuestados, el 38.5 % refieren que durante las últimas 4 semanas solo “algunas veces” han tenido mucha energía, el

25% refiere “casi siempre”, el 13.5 % refieren “casi nunca”, el 7.7% refieren “nunca” y solo el 3.8% refieren “siempre”.

Tabla 17.

Durante las últimas 4 semanas, ¿Se ha sentido desanimado y triste?

Indicador	N°	%	% acumulado
Siempre	13	25,0	25,0
Casi siempre	8	15,4	40,4
Muchas veces	5	9,6	50,0
Algunas veces	16	30,8	80,8
Casi nunca	6	11,5	92,3
Nunca	4	7,7	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 17, de los 52 pacientes encuestados, el 30.8 % refieren que durante las últimas 4 semanas solo “algunas veces” se han sentido desanimado y triste, el 25% refieren “siempre”, el 15.4 % refieren “casi siempre”, el 11.5% refieren “casi nunca”, el 9.6% refieren “muchas veces” y solo el 7.7% refieren “nunca”.

Tabla 18.

Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales?

Indicador	N°	%	% acumulado
Siempre	12	23,1	23,1
Casi siempre	10	19,2	42,3
Algunas veces	12	23,1	65,4
Casi nunca	9	17,3	82,7
Nunca	9	17,3	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 18, de los 52 pacientes encuestados, el 30.8 % refieren que solo “algunas veces” durante las últimas 4 semanas su salud física o sus problemas emocionales les ha dificultado en realizar sus actividades sociales, el 30.8 % refieren “siempre”, el 19.2 % refiere “casi siempre”, el 17.3% refiere “casi nunca” y el 17.3% refieren “casi “nunca”.

Tabla 19.

En qué medida considera cierta o falsa la afirmación: “Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida”?

Indicador	N°	%	% acumulado
Totalmente cierto	25	48,1	48,1
Bastante cierto	23	44,2	92,3
Bastante falso	4	7,7	100,0
Totalmente falso	0	0	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 19, de los 52 pacientes encuestados, el 48.1 % consideran “totalmente cierto” que su enfermedad del riñón interfiere demasiado en su vida, el 44.2 % lo consideran “bastante cierto” y el 7.7 % restante lo consideran “bastante falso”. Ningún paciente lo considero “totalmente falso”.

Tabla 20.

¿En qué medida considera cierta o falsa la afirmación: “Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo”?

Indicador	N°	%	% acumulado
Totalmente cierto	27	51,9	51,9
Bastante cierto	18	34,6	86,5
Bastante falso	7	13,5	100,0
Totalmente falso	0	0	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 20, de los 52 pacientes encuestados, el 51,9% consideran “totalmente cierto”, que su enfermedad del riñón le ocupa demasiado tiempo, el 34,6 % lo consideran “bastante cierto” y el 13,5% restante lo consideran “bastante falso”. Ningún paciente lo considero “totalmente falso”.

Tabla 21.

¿En qué medida considera cierta o falsa la afirmación: “me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón”?

Indicador	N°	%	% acumulado
Totalmente cierto	21	40,4	40,4
Bastante cierto	24	46,2	86,5
Bastante falso	7	13,5	100,0
Totalmente falso	0	0	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 21, de los 52 pacientes encuestados, el 46,2% consideran “bastante cierto” el sentirse frustrados al tener que ocuparme de su enfermedad renal, el 40.4 % lo consideran “totalmente cierto” y el 13,5% restante lo consideran “bastante falso”. Ningún paciente lo considero “totalmente falso”.

Tabla 22.

¿En qué medida considera cierta o falsa la afirmación: “me siento una carga para la familia”?

Indicador	N°	%	% acumulado
Totalmente cierto	21	40,4	40,4
Bastante cierto	11	21,2	61,5
Bastante falso	19	36,5	98,1
Totalmente falso	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 22, de los 52 pacientes encuestados, el 40,4% consideran “totalmente cierto” el sentirse como una carga para su familia, el 36,5% lo consideran “bastante falso”, el 21,2% lo consideran “bastante cierto” y solo el 1,9% lo considera “totalmente falso”.

Tabla 23.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto le molestó la presencia de dolores musculares?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	20	38,5	38,5
Un poco	14	26,9	65,4
Regular	10	19,2	84,6
Mucho	4	7,7	92,3
Muchísimo	4	7,7	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 23, de los 52 pacientes encuestados, el 38,5% no refieren presentar dolores musculares durante estas s cuatro últimas semanas el 26,9%

refieren “un poco”, el 19,2% refieren “regular”, el 7,7% refieren “mucho” y otros 7,7% refieren “muchísimo”.

Tabla 24.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de dolor en el pecho?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	32	61,5	61,5
Un poco	16	30,8	92,3
Regular	4	7,7	100,0
Mucho	0	0	100,0
Muchísimo	0	0	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 24, de los 52 pacientes encuestados, el 61,5% % no refieren presentar dolor en el pecho durante estas cuatro últimas semanas seguido del 30,8% que refieren “un poco” y el 7,7% restantes que refieren “regular”.

Tabla 25.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de calambres?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	20	38,5	38,5
Un poco	21	40,4	78,8
Regular	9	17,3	96,2
Mucho	1	1,9	98,1
Muchísimo	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 25, de los 52 pacientes encuestados, el 38,5% que durante las cuatro últimas semanas no presentaron calambres, el 40,4% refiere “un poco”, el 17,3% refieren “regular”, el 1,9% refiere “mucho” y otro 1,9% refiere “muchísimo”.

Tabla 26.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de picazón en la piel?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	10	19,2	19,2
Un poco	16	30,8	50,0
Regular	10	19,2	69,2
Mucho	13	25,0	94,2
Muchísimo	3	5,8	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 26, de los 52 pacientes encuestados, el 30,8% refieren que durante las cuatro últimas semanas presentaron picazón en la piel “un poco”, el 25% refiere “mucho”, 19,2% refieren “regular” y otros 19,2% refieren “nada” y el 5,8% restante refieren “muchísimo”.

Tabla 27.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de sequedad de piel?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	23	44,2	44,2
Un poco	19	36,5	80,8
Regular	4	7,7	88,5
Mucho	5		98,1
Muchísimo	1	1,9	100,0
Total	52	100,09,6	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 27, de los 52 pacientes encuestados, el 44,2% no refieren presentar sequedad de piel durante las cuatro últimas semanas, el 36,5% refiere “un poco”, el 9,6% refiere “mucho”, 7,7% refieren “regular”, y el 1,9% refiere “muchísimo”.

Tabla 28.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de falta de aire?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	24	46,2	46,2
Un poco	18	34,6	80,8
Regular	6	11,5	92,3
Mucho	4	7,7	100,0
Muchísimo	0	0	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 28, de los 52 pacientes encuestados, el 46,2% no refieren presentar sensación de falta de aire durante las cuatro últimas semanas, el 34,6% refiere “un poco”, el 11,5% refiere “regular” y el 7,7% refiere “mucho”. Ningún paciente refirió “muchísimo”.

Tabla 29.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de desmayos o mareos?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	37	71,2	71,2
Un poco	9	17,3	88,5
Regular	2	3,8	92,3
Mucho	4	7,7	100,0
Muchísimo	0	0	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 29, de los 52 pacientes encuestados, el 71,2% no refieren haber presentado desmayos o mareos durante las cuatro últimas semanas, el 17,3% refieren “un poco”, el 7,7% refieren “mucho” y los 3,8% restantes refieren “regular”.

Tabla 30.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de falta de apetito?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	27	51,9	51,9
Un poco	17	32,7	84,6
Regular	3	5,8	90,4
Mucho	4	7,7	98,1
Muchísimo	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 30, de los 52 pacientes encuestados, el 51,9% no refieren haber presentado falta de apetito durante las cuatro últimas semanas, el 32,7% refieren “un poco”, el 7,7% refiere “mucho”, el 5,8% refiere “regular” y el 1,9% refiere “muchísimo”.

Tabla 31.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de agotado/a, sin fuerzas?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	10	19,2	19,2
Un poco	22	42,3	61,5
Regular	12	23,1	84,6
Mucho	7	13,5	98,1
Muchísimo	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 31, de los 52 pacientes encuestados, el 42,3% refieren que durante las cuatro últimas semanas se han sentido agotados o sin fuerzas solo “un poco”, el 23,1% refiere “regular”, el 19,2% refiere “nada”, el 13,5% refiere “mucho” y 1,9% refiere “muchísimo”.

Tabla 32

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	19	36,5	36,5
Un poco	20	38,5	75,0
Regular	10	19,2	94,2
Mucho	1	1,9	96,2
Muchísimo	2	3,8	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 32, de los 52 pacientes encuestados, el 38,5% refiere que durante las cuatro últimas semanas solo presentaron “un poco” de entumecimiento de manos o pies, el 36,5% refiere “nada”, el 19,2% refieren “regular”, el 3,8% refiere “muchísimo” y 1,9% refiere “mucho”

Tabla 33.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia náuseas o molestias del estómago?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	33	63,5	63,5
Un poco	11	21,2	84,6
Regular	4	7,7	92,3
Mucho	4	7,7	100,0
Muchísimo	0	0	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 33, de los 52 pacientes encuestados, el 63,5% no refieren haber presentado náuseas o molestias del estómago durante las cuatro últimas semanas, el 21,2%) refiere “un poco”, 7,7% refieren “regular” y otros 7,7% refieren “mucho”.

Tabla 34.

Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto le molestó la presencia de problemas con el acceso vascular?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	45	86,5	86,5
Un poco	2	3,8	90,4
Regular	0	0	90,4
Mucho	2	3,8	94,2
Muchísimo	3	5,8	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 34, de los 52 pacientes encuestados, el 86,5% no refieren haber presentado ninguna molestia con su acceso vascular durante las cuatro últimas

semanas, 3,8% refieren “un poco”, 3,8% refieren “mucho” y el 5,8% restante refieren “muchísimo”.

Tabla 35.

¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en la limitación de líquidos?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	10	19,2	19,2
Un poco	20	38,5	57,7
Regular	8	15,4	73,1
Mucho	11	21,2	94,2
Muchísimo	3	5,8	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 35, de los 52 pacientes encuestados, el 38,5% refieren que les molesta “un poco” la limitación en la ingesta de líquidos que les impone su enfermedad renal, el 21,2% refiere que les molesta “mucho”, el 19,2% refieren que no les molesta, el 15,4% refiere “regular y el 5,8% restante refieren “muchísimo”.

Tabla 36.

¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en las limitaciones en la dieta?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	12	23,1	23,1
Un poco	18	34,6	57,7
Regular	8	15,4	73,1
Mucho	11	21,2	94,2
Muchísimo	3	5,8	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 36, de los 52 pacientes encuestados, el 34,6% refieren que les molesta “un poco” la limitación en la dieta que les impone su enfermedad renal,

el 23,1% refieren que les molesta “nada”, el 21,2% refiere “mucho”, el 15,4% refieren “regular y el 5,8% restante refiere “muchísimo”.

Tabla 37.

¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en su capacidad para trabajar en la casa?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	9	17,3	17,3
Un poco	16	30,8	48,1
Regular	7	13,5	61,5
Mucho	16	30,8	92,3
Muchísimo	4	7,7	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 37, de los 52 pacientes encuestados, el 30,8% refiere que su enfermedad renal les molesta “un poco” en su capacidad para trabajar en la casa y otros 30,8% refieren “mucho”, seguido del 17,3% que refiere que les molesta “nada”, el 13,5% refiere “regular y los 7,7% restantes refieren “muchísimo”.

Tabla 38.

¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en su capacidad para viajar?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	6	11,5	11,5
Un poco	9	17,3	28,8
Regular	6	11,5	40,4
Mucho	21	40,4	80,8
Muchísimo	10	19,2	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 38, de los 52 pacientes encuestados, el 40,4% refiere que su enfermedad renal les molesta “mucho” en su capacidad para para viajar, seguido del 19,2% que refieren “muchísimo”, el 17,3% refiere “un poco”, el 11,5% refiere “regular y otro 11,5% refiere que les molesta “nada”,

Tabla 39.

¿Cuánto le molesta depender de médicos y de otro personal sanitario?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	32	61,5	61,5
Un poco	9	17,3	78,8
Regular	7	13,5	92,3
Mucho	3	5,8	98,1
Muchísimo	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 39, de los 52 pacientes encuestados, el 61,5% refieren que no les molesta depender de médicos y de otro personal sanitario seguido del 17,3% que refiere “un poco”, el 13,5% refieren “regular”, el 5,8% refiere “mucho” y solo el 1,9% refiere “muchísimo”.

Tabla 40.

¿Cuánto le molesta la tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	16	30,8	30,8
Un poco	11	21,2	51,9
Regular	8	15,4	67,3
Mucho	14	26,9	94,2
Muchísimo	3	5,8	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 40, de los 52 pacientes encuestados, el 30,8% refieren no les molesta la tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad renal seguida del 26,9% que refieren “mucho”, 21,2% que refieren “un poco”, 15,4% que refieren “regular” y 5,8% que refieren “muchísimo”.

Tabla 41.

¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en su vida sexual?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	21	40,4	40,4
Un poco	15	28,8	69,2
Regular	8	15,4	84,6
Mucho	5	9,6	94,2
Muchísimo	3	5,8	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 41, de los 52 pacientes encuestados, el 40,4% refiere que su enfermedad renal no interfiere en su vida sexual, 28,8% refiere “un poco”, 15,4% refiere “regular”, 9,6% refieren “mucho” y 5,8% refieren “muchísimo”.

Tabla 42.

¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en su aspecto físico?

Indicador	N°	%	% acumulado
Nada	12	23,1	23,1
Un poco	13	25,0	48,1
Regular	11	21,2	69,2
Mucho	13	25,0	94,2
Muchísimo	3	5,8	100,0
Total	52	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 42, de los 52 pacientes encuestados, el 25,0% refieren que les molesta su aspecto por su enfermedad renal “mucho”, seguido del 25,0% que refieren “un poco”, 23,1% que refieren que les molesta “nada”, 21,2% refieren “regular” y los 5,8% restantes refieren “muchísimo”.

4.1.3. Características sociodemográficas, clínicas y de hemodiálisis

Tabla 43.

Distribución de las características sociodemográficas de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno

Característica	Categoría	Nº	%	% Acumulado
Edad	19 a 29 años	0	0	0
	30 a 39 años	3	5,8	5,8
	40 a 49 años	5	9,6	15,4
	50 a 59 años	8	15,4	30,8
	60 a 69 años	19	36,5	67,3
	70 años o más	17	32,7	100,0
Sexo	Masculino	35	67,3	67,3
	Femenino	17	32,7	100,0
Grado de instrucción	Sin Instrucción	2	3,8	3,8
	Primaria	7	13,5	17,3
	Secundaria	13	25,0	42,3
	Técnica	7	13,5	55,8
	Universitaria	23	44,2	100,0
Estado civil	Soltero	4	7,7	7,7
	Casado	33	63,5	71,2
	Conviviente	7	13,5	84,6
	Divorciado / Separado	2	3,8	88,5
	Viudo	6	11,5	100,0
Sector	Urbano	46	88,5	88,5
	Rural	6	11,5	100,0
Ocupación actual	Ganadero/ Agricultor	1	1,9	1,9
	Comerciante	1	1,9	3,8
	Su casa	1	1,9	5,8
	Empleado	17	32,7	38,5
	No trabaja	11	21,2	59,6
	Jubilado	21	40,4	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 43, de los 52 pacientes encuestados se observa que: La edad del 36.5% fue de 60 a 69 años seguido del 32,7% con 70 años a más, 15,4% entre los 50 a 59 años, 15,4% restantes entre 30 a 49 años y ningún paciente presento una edad menor de 30 años. Según al sexo existe un predominio del 67,3% varones sobre el 32,7% de mujeres. Según al grado de instrucción, el 44.2% cuenta con estudios universitarios seguido del 25,0% con secundaria, un 13.5% con estudios técnicos, otro 13.5% con primaria y el 3,8% restante no presenta un grado de instrucción alguna. Según a su estado civil, el 63,5% son casados seguido del 13,5% que son convivientes, el 11,5% son viudos, 7,7% son solteros y el 3,8% son divorciado /separado Según a su sector, el 88,5% residen en el sector urbano y el 11,5% restante en el sector rural En cuanto a su ocupación actual, el 40,4% son jubilados, seguido del 32,7% que trabajan, 21,2% no trabaja, el 1,9% restante se dedica a su casa, el 1,9% es comerciante y el 1,9% ganadero/ agricultor.

Tabla 44.

Características clínicas de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno.

Característica	Categoría	N°	%	% acumulado
Etiología de la ERCT	Nefropatía Diabética	24	46,2	46,2
	Nefropatía Hipertensiva	15	28,8	75,0
	UPO	4	7,7	82,7
	Autoinmune	3	5,8	88,5
	Genético	4	7,7	96,2
	Otros	2	3,8	100,0
Comorbilidad asociada a la ERCT	DM	10	19,2	19,2
	HTA	17	32,7	51,9
	DM+HTA	18	34,6	86,5
	Ninguno	7	13,5	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 44, de los 52 pacientes encuestados, en el 46,2% la nefropatía

diabética fue la causa de la ERCT seguida de la nefropatía hipertensiva en un 28,8% (entre ambas representando el 75 % de todos los casos), en 7,7% fue por uropatía obstructiva, en otros 7,7% fue por causas genéticas, en 5,8% fue de origen autoinmune y solo en el 3,8% fue por otras causas. Con respecto a las comorbilidades, el 32,7% presentaron solo HTA como patología sobreagregada a su ERCT seguido del 19,2% que presentaron solo DM, el 34,6% presentaron simultáneamente DM e HTA y el 13,5% restante refirieron no presentar alguna comorbilidad.

Tabla 45.

Características de la hemodiálisis de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno, 2023

Característica	Categoría	N°	%	% acumulado
Tiempo de inicio de HD	De 1 a 3 meses	2	3,8	3,8
	De 3 a 6 meses	1	1,9	5,8
	De 6 a 12 meses	7	13,5	19,2
	De 1 a 2 años	5	9,6	28,8
	De 2 a 3 años	7	13,5	42,3
	Más de 3 años	30	57,7	100,0
Tipo de acceso vascular	FAV	31	59,6	59,6%
	AU	3	5,8	65,4
	CVT	3	5,8	71,2
	CVP	15	28,8	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 45, de los 52 pacientes encuestados se observa que según al tiempo de inicio de HD el 57,7% iniciaron su HD hace más de 3 años seguido del 13,5% de 2 a 3 años y otros 13,5% de 6 a 12 meses, el 9,6% de 1 a 2 años, el 3,8% de 1 a 3 meses y solo un 1,9% de 3 a 6 meses. Con respecto al tipo de acceso vascular el 59,6% de los pacientes son portadores de fistula arteriovenosa seguida



28,8% que son portadores de Catéter venoso permanente, un 5,8% son portadores de autoinjerto y 5,8% son portadores de catéter venoso temporal.

4.2. DISCUSIÓN

Este estudio descriptivo cuyo objetivo fue “Estudiar la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno, 2023”, inicialmente se consideró a la totalidad de pacientes del Hospital Base III EsSalud-Puno adscritos al Centro de Hemodiálisis Sermedial (n=63); sin embargo solo 52 pacientes cumplieron con los criterios de selección y fueron aptos para el estudio (4 se negaron a participar en el estudio, 1 se encontraba de viaje y 5 eran de reciente ingreso).

Según la bibliografía previamente revisada, existe evidencia de que los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis presentan un deterioro de su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), sin embargo, en nuestro departamento de Puno existe pocos estudios sobre este tema de investigación, además de que no utilizaron instrumentos adecuados para la población en estudio.

De acuerdo a los objetivos planteados y los resultados obtenidos se observa que la CVRS en los pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno es predominantemente “mala”, pues el 63,5% de los pacientes obtuvo una puntuación general ≤ 50 . Estos resultados coinciden con los estudios de Sencia J.(33), y Cuevas O en los cuales se reportan una CVRS “mala” en más del mitad de su población (91.18% y 81.5 % respectivamente) a diferencia de los estudios de Kim S(24), Córdova S.(36), Fernández M, Toledo D(35), Quispe V(42), Téllez D(37), León N(32), Dávalos C(34). En los cuales reportan una mala CVRS en menos de la mitad de su población (48%, 44%, 43.4%, 35,7%, 35.4%, 15,15% y 6.7% % respectivamente)



Entrando a detallar, las subescalas con más bajos puntajes fueron salud física en un 90,4% seguida de carga de la enfermedad renal en un 88,5% y salud mental en un 80,8%, resultados similares a la mayoría de estudios previos, pues, el compromiso de la subescala salud física es similar a los estudios de Visweswaran K (28), Tucto Berríos J(40) y Al Salmi I(25), pero inferior al de Hinojosa K.(29), lo cual se debe a que el 48.1% perciben su salud actual como “pasable”, además de que esta les limita para realizar actividades moderadas (46,2%) y leves (44,2%) y además de producirle limitaciones en sus actividades diarias (78.8%).

Los resultados de la subescala “carga de la enfermedad renal” es similar a los estudio de Kim S(24), Sencia J.(33), Dávalos C. (34) y resaltando que en esta subescala se obtuvieron los puntajes más bajos en comparación a las otras , lo cual se debe a que el 92,3% de los paciente perciben que su enfermedad renal interfiere demasiado en sus vida diaria, que les ocupa demasiado tiempo (86,5%), se sienten frustrados al tener que ocuparme de su enfermedad renal (86,5%) y sienten que son una carga para su familia (61,5%). Los resultados de la subescala “salud mental” es similar a los resultados de Sencia J.(33) y Dávalos C.(34) y muy inferior al hallado por Hinojosa K.(29) , lo cual se debe a que el 67,3% de los pacientes refieren que a causa de algún problema emocional han hecho menos de lo que le hubiera gustado, que a lo han hecho con cuidado de lo usual, frecuentemente han presentado dolor y se han sentido con menos vitalidad, además de que interfiere en sus actividades sociales.

La subescala menos comprometida fue “síntomas y/o problemas de la enfermedad” en un 98,1% de los pacientes, seguida de la subescala “efectos de la enfermedad renal” en un 73,1%, lo cual difiere de los estudios de Téllez D. (37) y Dávalos C. (34) en donde estas escalas fueron las más comprometidas. Esto se debe a que en nuestro pacientes el 38,5% no refieren presentar dolores musculares, 61,5% no refieren



presentar dolor en el pecho, 30,8% refieren “un poco de picazón, 44,2% no refieren presentar sequedad de piel, 46,2% no refieren presentar sensación de falta de aire, 71,2% no refieren haber presentado desmayos o mareos, 51,9% no refieren haber presentado falta de apetito, 42,3% refieren “un poco”, (23,1%) refieren “regular”, 19,2% no refieren haberse sentido agotados o sin fuerzas 38,5% refieren “un poco” de entumecimiento hormigueo, 63,5% no refieren haber presentado náuseas o molestias del estómago y el 86,5% no refieren haber presentado ninguna molestia con su acceso vascular,

Con respecto a las características sociodemográficas, clínicas y de las hemodiálisis presentes se destaca predominio del masculino con 67,3%) pacientes, el grupo etáreo predominante fue el de 60 años a más con un 69.2%, casados en un 63,5%, 88,5% con residencia en el sector urbano, jubilados en un 40,4% y el 44.2% cuentan con estudios universitarios. En cuanto a las características clínicas el 46,2% presenta a la nefropatía diabética como etiología de su ERCT, las comorbilidades más comunes fueron la HTA (67,3%), la DM (53,8%) y el 34,6% presentaron simultáneamente ambas patologías. En cuanto a las características de la hemodiálisis, el 57,7% iniciaron su terapia de hace más de 3 años y el tipo de acceso vascular más prevalente fue la fistula arteriovenosa en el 59,6% de los pacientes. Comparando los resultados con la bibliografía revisada, estos son similares a la mayoría de estudios; sin embargo, existe ciertas diferencias que son importantes mencionar en las características de edad, sexo, grado de instrucción y las comorbilidades asociadas. En los estudios de Al Salmi I(25), Lutfi A.(26), Visweswaran K(28), Hinojosa K(29), María Jesús N.(30) , León N.(32), Cuevas O. (38) de Tucto Berríos J,(40) difiere de nuestros resultados en que los grupos etarios con mayor prevalencia presentaban una edad menor a los 60 años, de la misma manera en los estudios de León N.(32) y Téllez D. (37) el sexo predominante fue el femenino y en el Al Salmi I(25) y Lutfi (26) la mayoría solo presento estudios primario y en este



último la mayoría de los pacientes vivían en una aldea. Es importante resaltar que en ninguno de los estudios revisados , los autores plantearon estudiar la causa de la ERCT o si esta característica presenta o no relevancia en la CVRS, pero si en algunos si estudiaron las comorbilidades asociadas, pues en los estudios de Téllez D. (37) ,Sethi S (19), Al Salmi I(25) reportaron a la DM como la principal comorbilidad asociada, seguida de la HTA lo cual difiere de nuestros resultados, además de no especificar cuantos pacientes padecen de ambas comorbilidades.



V. CONCLUSIONES

PRIMERO: La calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno, 2023 es “mala” en el 63,5% y “buena” solo en el 36,5% de los pacientes, debido a que la mayoría de los pacientes obtuvieron una puntuación final \leq de 50 puntos, con compromiso de las diferentes subescalas, siendo las más afectadas la salud física (90,4%) seguida de carga de la enfermedad renal (88,5%) y salud mental (80,8%), por el contrario las menos comprometidas fueron síntomas y/o problemas de la enfermedad renal (1,9%) seguida de la subescala efectos de la enfermedad renal (26,9%).

SEGUNDO: Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis del Hospital Base III EsSalud-Puno presentan un deterioro de su calidad de vida relacionada a la salud, pues la mayoría de los pacientes refiere presentar una salud actual pasable pero que esta le produce limitación para realizar sus actividades y al tipo de trabajo que realizan. También refieren sentirse con poca vitalidad y que sus problemas emocionales y dolor crónico interfieren en sus actividades diarias como en su trabajo habitual y en sus actividades sociales. También consideran que su enfermedad renal les ocupa demasiado tiempo, lo cual les causa frustración ya que también consideran sentirse como una carga para su familia. Adicionalmente refieren presentar cierto grado de sintomatología, siendo los más prevalentes el picazón en la piel y el agotamiento (80,8%), seguido de entumecimiento de manos y pies (63.5%), dolores musculares y calambres (61.5%), sequedad de piel (55.8%) y sensación de falta de aire (53.8%). En



cuantos a los efectos producidos por su enfermedad renal, muestran una mayor molestia en cuanto a limitación en la ingesta de líquidos, a la dieta estricta que cumplen, a la tensión nerviosa producida por su enfermedad, a la limitación para poder realizar viajes prolongados y las modificaciones que esta produce en su aspecto físico y en su vida sexual

TERCERO: Dentro de las características sociodemográficas, clínicas y de la hemodiálisis se encontró que el rango de edad promedio fue de 60 años a más (69.2%), predomina el sexo masculino (67,3%), el estado civil más frecuente fue casado (63,5%), prevalece el nivel de estudio universitario (44.2%) en su mayoría residen en el sector urbano (88,5%) y la mayoría son jubilados (40,4%). La principal causa de la ERCT fue la nefropatía diabética (46,2%) seguida por la Hipertensiva (28,8%), las comorbilidades más frecuentes es la DM y la HTA (86,5%). El rango de inicio de la terapia de HD fue de 3 años a más y el tipo de acceso vascular más prevalente fue la fistula arteriovenosa (59,6%)



VI. RECOMENDACIONES

PRIMERA: A los médicos nefrólogos y al médico general en no considerar a estos pacientes solo como pacientes “renales” pues la ERCT es una patología que afecta diferentes órganos y no se limita solo al riñón, lo cual repercute en toda la esfera biopsicosocial del paciente. Por lo tanto, estos al ser los primeros en atender a estos pacientes, se les recomienda una atención integral del paciente teniendo no solo un enfoque renal, sino también un enfoque en su salud física y mental, nutricional para que así puedan sobrellevar de una mejor manera su enfermedad y en consecuencia su calidad de vida relacionada a la salud.

SEGUNDA: Al hospital III EsSalud-Puno: promover el desarrollo de programas educativos sobre la enfermedad renal, de autocuidado que deben tener estos pacientes además de grupos de apoyo para los pacientes y sus familias para así sobrellevar mejor esta enfermedad.

TERCERA: A las autoridades del centro de Hemodiálisis Sermedial, continuar con las medidas preventivo-promocionales sobre enfermedad renal y terapia de hemodiálisis en sus usuarios y así evitar cualquier todo tipo de complicaciones

CUARTA: A los establecimientos del primer nivel de atención, fomentar la promoción de sesiones educativas que abarquen los principales factores de riesgo como la HTA y la DM en el desarrollo de la ERC y así poder prevenirlas.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermedades no transmisibles [Internet]. [citado 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Aguilera-Méndez A, Nieto-Aguilar R, Ochoa DS, Manuel-Jacobo GC. La hipertensión arterial y el riñón: El dúo fatídico de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Investig Cienc.* 2020;28(79):84-92.
3. Ammirati AL. Chronic Kidney Disease. *Rev Assoc Médica Bras.* 13 de enero de 2020;66:s03-9.
4. NCD Alliance [Internet]. 2023 [citado 9 de enero de 2024]. Día Mundial del Riñón 2023: Prepararse para lo inesperado, apoyando a las y los más vulnerables. Disponible en: <https://ncdalliance.org/es/news-events/blog/d%C3%ADa-mundial-del-ri%C3%B1%C3%B3n-2023-prepararse-para-lo-inesperado-apoyando-a-las-y-los-m%C3%A1s-vulnerables>
5. Herrera-Añazco P, Taype-Rondan A, Lazo-Porras M, Alberto Quintanilla E, Ortiz-Soriano VM, Hernandez AV. Prevalence of chronic kidney disease in Peruvian primary care setting. *BMC Nephrol.* 19 de julio de 2017;18:246.
6. Carga de Enfermedades Renales - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 5 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedes-renales>
7. Luxardo R, Ceretta L, González-Bedat M, Ferreiro A, Rosa-Diez G. The Latin American Dialysis and Renal Transplantation Registry: report 2019. *Clin Kidney J.* 1 de marzo de 2022;15(3):425-31.



8. Francis ER, Kuo CC, Bernabe-Ortiz A, Nessel L, Gilman RH, Checkley W, et al. Burden of chronic kidney disease in resource-limited settings from Peru: a population-based study. *BMC Nephrol.* 24 de julio de 2015;16:114.
9. SITUACION-DE-LA-ENFERMEDAD-RENAL-CRONICA-EN-EL-PERU-2020-2021.pdf [Internet]. [citado 9 de enero de 2024]. Disponible en: <https://spn.pe/archivos/SITUACION-DE-LA-ENFERMEDAD-RENAL-CRONICA-EN-EL-PERU-2020-2021.pdf>
10. Defensoria del Pueblo - Perú [Internet]. [citado 9 de enero de 2024]. Defensoría del Pueblo: se debe garantizar la continuidad de la atención de pacientes en hemodiálisis. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-se-debe-garantizar-la-continuidad-de-la-atencion-de-pacientes-en-hemodialisis/>
11. Himmelfarb J, Vanholder R, Mehrotra R, Tonelli M. The current and future landscape of dialysis. *Nat Rev Nephrol.* 2020;16(10):573-85.
12. Hejazi SS, Hosseini M, Ebadi A, Alavi Majd H. Components of quality of life in hemodialysis patients from family caregivers' perspective: a qualitative study. *BMC Nephrol.* 13 de noviembre de 2021;22:379.
13. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet C de F, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Lat Am Enfermagem.* 28:e3327.
14. Chiaranai C. The Lived Experience of Patients Receiving Hemodialysis Treatment for End-Stage Renal Disease: A Qualitative Study. *J Nurs Res JNR.* junio de 2016;24(2):101-8.
15. Méndez NA, Suazo SV, Campo VR, Ortiz JPH. Calidad de vida en personas con tratamiento hemodialítico del Ecuador [Internet]. *SciELO Preprints;* 2023 [citado 9



- de enero de 2024]. Disponible en:
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/5682>
16. Rodrigo Orozco B. Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de septiembre de 2010;21(5):779-89.
 17. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *The Lancet*. 25 de marzo de 2017;389(10075):1238-52.
 18. Prevención primaria de la enfermedad renal crónica - Anales RANM [Internet]. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España*. 2023 [citado 25 de noviembre de 2023]. Disponible en:
https://analesranm.es/revista/2023/140_02/14002_rev03
 19. Sethi S, Menon A, Dhooria HPS, Makkar V, Dhooria GS, Chaudhary R. Evaluation of Health-Related Quality of Life in Adult Patients on Hemodialysis. *Int J Appl Basic Med Res*. 2021;11(4):221-5.
 20. Fuentes-González N, Díaz-Fernández JK, Fuentes-González N, Díaz-Fernández JK. Significado de la hemodiálisis para la persona con enfermedad renal crónica. *Enferm Nefrológica*. marzo de 2023;26(1):41-7.
 21. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología*. 1 de mayo de 2016;36(3):275-82.
 22. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciênc Saúde Coletiva*. febrero de 2020;25(2):693-702.
 23. Hays RD, Kallich J, Mapes D, Coons S, Amin N, Carter WB, et al. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring* [Internet]. RAND Corporation; 1997 ene [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.rand.org/pubs/papers/P7994.html>



24. Kim S, Nigatu Y, Araya T, Assefa Z, Dereje N. Health related quality of life (HRQOL) of patients with End Stage Kidney Disease (ESKD) on hemodialysis in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Nephrol.* 16 de agosto de 2021;22(1):280.
25. Al Salmi I, Kamble P, Lazarus ER, D'Souza MS, Al Maimani Y, Hannawi S. Kidney Disease-Specific Quality of Life among Patients on Hemodialysis. *Int J Nephrol.* 7 de abril de 2021;2021:8876559.
26. Sarhan AL, Jarareh RH, Shraim M. Quality of life for kidney transplant recipients and hemodialysis patients in Palestine: a cross-sectional study. *BMC Nephrol.* 3 de junio de 2021;22(1):210.
27. Ramos-Alcocer JR, Salas-Nolasco OI, Villegas-Domínguez JE, Serrano-Vázquez CW, Dehesa-López E, Márquez-Celedonio FG. Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica con terapia de sustitución. *Arch En Med Fam.* junio de 2021;23(2):75-83.
28. Visweswaran K, Shaffi M, Mathew P, Abraham M, Lordson J, Rajeev P, et al. Quality of Life of End Stage Renal Disease Patients Undergoing Dialysis in Southern Part of Kerala, India: Financial Stability and Inter-dialysis Weight Gain as Key Determinants. *J Epidemiol Glob Health.* diciembre de 2020;10(4):344-50.
29. Esparza KLH, Santos CÍL, Salas BAG, Pizarro ÁNA. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en un hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua. 2020;1.
30. Jesus NM, de Souza GF, Mendes-Rodrigues C, de Almeida OP, Rodrigues DDM, Cunha CM. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *J Bras Nefrol.* 2019;41(3):364-74.



31. Martínez Gutiérrez F, Roy García IA, Torres Rodríguez JL. Terapia sustitutiva y su impacto en calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica terminal. *Aten Fam.* 10 de diciembre de 2019;27(1):17.
32. León Huamán N. Calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal del Hospital Lorena Cusco 2022 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Cusco]: Universidad Andina del Cusco; 2022. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/5099/Nancy_Tesis_bachiller_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Sencia Puma J. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica del servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal, Hospital EsSalud Cusco, 2022 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Cusco]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2022 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/7070>
34. Davalos Roldan CF. Valoración de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodialisis en la clínica de enfermedades renales Grau 2021 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Lima – Perú]: Universidad San Juan Bautista; 2022 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3574>
35. Fernandez Alata M, Toledo Aguilar DJ. Calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de un centro de diálisis. Puente Piedra-Lima, 2021 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Lima-Perú]: Universidad César Vallejo; 2021 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/89878>
36. Córdova Jara SR. Calidad de vida y tipo de acceso vascular de pacientes en Hemodiálisis en una clínica privada médica de Guayaquil, 2021 [Internet] [Tesis de



- posgrado]. [Piura-Perú.]: Universidad César Vallejo; 2021 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/69269>
37. Téllez Ccahuana DP. Características Clínico - Epidemiológicas y Calidad de Vida en Relación con la Salud en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de ESSALUD de Tacna en el Año 2019 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Tacna-Perú.]: Universidad Privada de Tacna; 2020 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/1394>
38. Cuevas Guevara OJA. Características influyentes en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados con enfermedad renal crónica terminal del Hospital Carlos Monge Medrano 2019-2020 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Piura-Perú.]: Universidad Cesar Vallejo; 2020 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57849>
39. Gadea Peralta M, Campos Buleje C. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodialisis Hospital Regional de Ica, agosto - diciembre 2019. Rev Medica Panacea. agosto de 2020;9(2):98-103.
40. Berrios JT, Mata BD, Beraun NM, Guillen EF. Calidad de vida relacionada a la salud (cvrs) y sus factores asociados en los pacientes en hemodiálisis crónica de la Red Asistencial Huánuco – Essalud 2013. Investig Valdizana. 2013;7(1):55-63.
41. Parillo Coila M. Factores asociados a la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica, en el Centro de Hemodiálisis Sermedial S.A.C. Puno-2022 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Puno-Perú.]: Universidad Privada San Carlos; 2023 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC/526>
42. Quispe Zapana VA. Repercusión de la enfermedad renal crónica con terapia de reemplazo en la calidad de vida de pacientes atendidos en el Hospital III EsSalud



- Puno 2021. Univ Nac Altiplano [Internet]. 20 de abril de 2022 [citado 19 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/18877>
43. Robles Huamani YY. Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal del Centro de Salud Renal EsSalud [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Puno-Perú.]: Universidad Nacional Del Altiplano; 2018 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/8577>
44. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica [Internet]. [citado 17 de enero de 2024]. Disponible en: <https://revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699514054048>
45. KDIGO-2023-CKD-Guideline-Public-Review-Draft_5-July-2023.pdf [Internet]. [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO-2023-CKD-Guideline-Public-Review-Draft_5-July-2023.pdf
46. Bindroo S, Quintanilla Rodriguez BS, Challa HJ. Renal Failure. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519012/>
47. Hashmi MF, Benjamin O, Lappin SL. End-Stage Renal Disease. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499861/>
48. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE [Internet]. 2016 [citado 16 de enero de 2024];11(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4934905/>



49. Evans M, Lewis RD, Morgan AR, Whyte MB, Hanif W, Bain SC, et al. A Narrative Review of Chronic Kidney Disease in Clinical Practice: Current Challenges and Future Perspectives. *Adv Ther.* enero de 2022;39(1):33-43.
50. Figuer A, Alique M, Valera G, Serroukh N, Ceprián N, de Sequera P, et al. Nuevos mecanismos implicados en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular en la enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 1 de enero de 2023;43(1):63-80.
51. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
52. Quiroga B, Rodríguez-Palomares JR, de Arriba G. Insuficiencia renal crónica. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* 1 de junio de 2015;11(81):4860-7.
53. Luyckx VA, Tuttle KR, Garcia-Garcia G, Gharbi MB, Heerspink HJL, Johnson DW, et al. Reducing major risk factors for chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 1 de octubre de 2017;7(2):71-87.
54. Alshogran OY, Shatnawi EA, Altawalbeh SM, Jarab AS, Farah RI. Predictors of poor health-related quality of life among hemodialysis patients with anemia in Jordan. *Health Qual Life Outcomes.* 24 de diciembre de 2021;19(1):272.
55. Cockwell P, Fisher LA. The global burden of chronic kidney disease. *The Lancet.* febrero de 2020;395(10225):662-4.
56. Elshahat S, Cockwell P, Maxwell AP, Griffin M, O'Brien T, O'Neill C. The impact of chronic kidney disease on developed countries from a health economics perspective: A systematic scoping review. *PLoS ONE.* 24 de marzo de 2020;15(3):e0230512.
57. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific



- mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*. 10 de noviembre de 2018;392(10159):2052-90.
58. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA [Internet]. [citado 5 de enero de 2024]. Disponible en: <https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskaya-bolezn-pochek-sovremennoe-sostoyanie-problemy/viewer>
59. J. Cieza CL. Evaluación de la calidad de los servicios de hemodiálisis según edad y etiología diabética. *Nefrología*. 1 de octubre de 1996;16(5):439-45.
60. Meneses Liendo V, León Rabanal C, Huapaya Carrera J, Cieza Zevallos J. Sobrevida en hemodiálisis según el periodo de ingreso de pacientes entre 1982 y 2007 en Lima, Perú. *Rev Medica Hered*. octubre de 2011;22(4):157-8.
61. Herrera-Añazco P, Benites-Zapata V, Hernandez AV, Mezones-Holguin E, Silveira-Chau M. Mortality in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis in a public hospital of Peru. *Braz J Nephrol*. junio de 2015;37:192-7.
62. Schnaper HW. Remnant nephron physiology and the progression of chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol Berl Ger*. febrero de 2014;29(2):10.1007/s00467-013-2494-8.
63. Gilligan S, Raphael KL. Hyperkalemia and Hypokalemia in CKD: Prevalence, Risk Factors, and Clinical Outcomes. *Adv Chronic Kidney Dis*. 1 de septiembre de 2017;24(5):315-8.
64. Kraut JA, Madias NE. Metabolic Acidosis of CKD: An Update. *Am J Kidney Dis*. 1 de febrero de 2016;67(2):307-17.
65. Atkinson MA, Warady BA. Anemia in chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol*. 1 de febrero de 2018;33(2):227-38.



66. Rodríguez-Ortiz ME, Rodríguez M. Recent advances in understanding and managing secondary hyperparathyroidism in chronic kidney disease. *F1000Research*. 1 de septiembre de 2020;9:F1000 Faculty Rev-1077.
67. Natale P, Palmer SC, Ruospo M, Saglimbene VM, Rabindranath KS, Strippoli GF. Psychosocial interventions for preventing and treating depression in dialysis patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2 de diciembre de 2019;2019(12):CD004542.
68. Weckmann GFC, Stracke S, Haase A, Spallek J, Ludwig F, Angelow A, et al. Diagnosis and management of non-dialysis chronic kidney disease in ambulatory care: a systematic review of clinical practice guidelines. *BMC Nephrol*. 11 de octubre de 2018;19:258.
69. Jonsson A, Viklund I, Jonsson A, Valham F, Bergdahl E, Lindmark K, et al. Comparison of creatinine-based methods for estimating glomerular filtration rate in patients with heart failure. *ESC Heart Fail*. 13 de febrero de 2020;7(3):1150-60.
70. Elgari MM, Khabour OF, Elhag HAEH, Muddathir ARM. Hematological indices of end-stage chronic renal failure patients in Sudan: With or without iron supplements. *Pak J Pharm Sci*. marzo de 2019;32(2 (Supplementary)):765-8.
71. Petrucci I, Clementi A, Sessa C, Torrisi I, Meola M. Ultrasound and color Doppler applications in chronic kidney disease. *J Nephrol*. diciembre de 2018;31(6):863-79.
72. Manley HJ, Aweh G, Weiner DE, Jiang H, Miskulin DC, Johnson D, et al. Multidisciplinary Medication Therapy Management and Hospital Readmission in Patients Undergoing Maintenance Dialysis: A Retrospective Cohort Study. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. julio de 2020;76(1):13-21.
73. Son HE, Ryu JY, Go S, Yi Y, Kim K, Oh YK, et al. Association of ambulatory blood pressure monitoring with renal outcome in patients with chronic kidney disease. *Kidney Res Clin Pract*. 31 de marzo de 2020;39(1):70-80.



74. Weir MR, McCullough PA, Buse JB, Anderson J. Renal and Cardiovascular Effects of Sodium Glucose Co-Transporter 2 Inhibitors in Patients with Type 2 Diabetes and Chronic Kidney Disease: Perspectives on the Canagliflozin and Renal Events in Diabetes with Established Nephropathy Clinical Evaluation Trial Results. *Am J Nephrol*. 2020;51(4):276-88.
75. Tanemoto M. Progression of Metabolic Acidosis in Chronic Kidney Disease. *Kidney Dis*. enero de 2020;6(1):59-63.
76. Jung J, Bae GH, Kang M, Kim SW, Lee DH. Statins and All-Cause Mortality in Patients Undergoing Hemodialysis. *J Am Heart Assoc Cardiovasc Cerebrovasc Dis*. 22 de febrero de 2020;9(5):e014840.
77. Dixon BS. Timing of Arteriovenous Fistula Placement: Keeping It in Perspective. *J Am Soc Nephrol JASN*. febrero de 2015;26(2):241-3.
78. Carracedo AG, Muñana EA, Rojas CJ. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
79. Oliverio AL, Hladunewich MA. End Stage Kidney Disease and Dialysis in Pregnancy. *Adv Chronic Kidney Dis*. noviembre de 2020;27(6):477-85.
80. Tonelli M, Nkunu V, Varghese C, Abu-Alfa AK, Alrukhaimi MN, Fox L, et al. Framework for establishing integrated kidney care programs in low- and middle-income countries. *Kidney Int Suppl*. marzo de 2020;10(1):e19-23.
81. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1982. noviembre de 1995;41(10):1403-9.
82. Patrick DL, Erickson P. Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York; 1993. 504 p.
83. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales – ScienceOpen [Internet]. [citado 31 de marzo de 2024]. Disponible en:



- <https://www.scienceopen.com/document?vid=fdbd66f8-8e79-4550-baa4-240067cc5443>
84. Calidad de vida de los hermanos de pacientes con enfermedad crónica. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de agosto de 2020 [citado 15 de marzo de 2024];118(4). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n4a08.pdf>
85. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev Soc Esp Dolor. diciembre de 2004;11(8):53-62.
86. Donovan K, Sanson-Fisher RW, Redman S. Measuring quality of life in cancer patients. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. julio de 1989;7(7):959-68.
87. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Primera edición edición. Mexico: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. De C. V.; 2018. 714 p.
88. Veiga De Cabo J, Fuente Díez EDL, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Secur Trab [Internet]. marzo de 2008 [citado 27 de enero de 2024];54(210). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
89. Mónica 1776 calle principal Santa, California 90401-3208. Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL) [Internet]. [citado 19 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html
90. KDQOL-36 US Spanish.pdf [Internet]. [citado 19 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/kdqol/KDQOL-36%20US%20Spanish.pdf



91. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 19 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXOS

ANEXO 1: Clasificación KDIGO 2012.

Categorías del filtrado glomerular (FG)		
Estadio	Descripción	Filtrado glomerular (ml/min/1.73²)
G1	FG normal o elevado	≥ 90
G2	Ligero deterioro del FG	89-60
G3a	Disminución ligera a moderada del FG	45-59
G3b	Disminución moderada a grave del FG	30-44
G4	Disminución grave del FG	15-29
G5	Fallo renal	< 15 o necesidad de terapia renal sustitutiva
Categorías de albuminuria		
Estadio	Descripción	Cociente albúmina/creatinina (mg/g)
A1	Normal o ligeramente elevada	< 30
A2	Moderadamente elevada	30-300
A3	Muy elevada	> 300

Cuadro 1: Estadios de la enfermedad renal crónica basados en las recomendaciones KDIGO 2012 (40)



ANEXO 2:Ficha de datos.

LINFORMACION SOCIODEMOGRAFICA

1. Edad

- (1) 18 a 29 años
- (2) 30 a 39 años
- (3) 40 a 49 años
- (4) 50 a 59 años
- (5) 60 a 69 años
- (6) 70 años o más

2. Sexo

- (1) Masculino
- (2) Femenino

3. Grado de instrucción

- (1) Sin Instrucción
- (2) Primaria
- (3) Secundaria
- (4) Técnica
- (5) Universitaria

4. Estado civil

- (1) Soltero
- (2) Casado
- (3) Conviviente
- (4) Divorciado / Separado
- (5) Viudo

5 Sector

- (1) Urbano
- (2) Rural

6. Ocupación actual

- (1) Ganadero/ Agricultor
- (2) Comerciante
- (3) Su casa
- (4) Empleado
- (5) No trabaja
- (6) Jubilado



II. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL

7.- Etiología De La ERCT

- (1) Nefropatía Diabética
- (2) Nefropatía Hipertensiva
- (3) UPO
- (4) Autoinmune: LUPUS
- (5) Genético: Poliquistosis Renal
- (6) Otro.

8. Patologías concomitantes

- (1) DM
- (2) HTA
- (3) AMBOS
- (4) Ninguno

II. CARACTERÍSTICAS DE LA HEMODIALISIS

9. Tiempo de inicio de terapia Hemodialítica

- (1) De 1 a 3 meses
- (2) De 3 a 6 meses
- (3) De 6 a 12 meses
- (4) De 1 a 2 años
- (5) De 2 a 3 años
- (6) Más de 3 años

10.. Tipo de acceso vascular:

- (1) FAV
- (2) AU
- (3) CVT
- (4) CVP

ANEXO 3: Cuestionario KDQOL-SF36

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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input checked="" type="checkbox"/> ₅

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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃



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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado</u> de lo usual	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10. Ha tenido mucha energía?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11. Se ha sentido desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Me siento una carga para la familia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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



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



ANEXO 4: Score de puntuación del cuestionario KDQOL-SF36

Pregunta	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	Opción 5	Opción 6
Ítem 1	100	75	50	25	0	NA
Ítem 2	0	50	100	NA	NA	NA
Ítem 3	0	50	100	NA	NA	NA
Ítem 4	0	100	NA	NA	NA	NA
Ítem 5	0	100	NA	NA	NA	NA
Ítem 6	0	100	NA	NA	NA	NA
Ítem 7	0	100	NA	NA	NA	NA
Ítem 8	100	75	50	25	0	NA
Ítem 9	100	80	60	40	20	0
Ítem 10	100	80	60	40	20	0
Ítem 11	0	20	40	60	80	100
Ítem 12	0	25	50	75	100	NA
Ítem 13	0	25	50	75	100	NA
Ítem 14	0	25	50	75	100	NA
Ítem 15	0	25	50	75	100	NA
Ítem 16	0	25	50	75	100	NA
Ítem 17	100	75	50	25	0	NA
Ítem 18	100	75	50	25	0	NA
Ítem 19	100	75	50	25	0	NA
Ítem 20	100	75	50	25	0	NA
Ítem 21	100	75	50	25	0	NA
Ítem 22	100	75	50	25	0	NA
Ítem 23	100	75	50	25	0	NA
Ítem 24	100	75	50	25	0	NA
Ítem 25	100	75	50	25	0	NA
Ítem 26	100	75	50	25	0	NA
Ítem 27	100	75	50	25	0	NA
Ítem 28	100	75	50	25	0	NA
Ítem 29	100	75	50	25	0	NA
Ítem 30	100	75	50	25	0	NA
Ítem 31	100	75	50	25	0	NA
Ítem 32	100	75	50	25	0	NA
Ítem 33	100	75	50	25	0	NA
Ítem 34	100	75	50	25	0	NA
Ítem 35	100	75	50	25	0	NA
Ítem 36	100	75	50	25	0	NA

NA: No Aplica



ANEXO 5: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES RENALES CRONICOS EN HEMODIALISIS. HOSPITAL BASE III ESSALUD-PUNO, 2023”. Habiendo sido informado (a) del propósito, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en la investigadora utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

.....

FIRMA



ANEXO 6: Compromiso de confidencialidad

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado paciente:

La investigadora del presente estudio en el cual Ud. Ha mantenido su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Ud. A guardar la máxima confidencialidad de la investigación, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de la investigación y no le perjudicaran en lo absoluto.

.....
Flor Maribel Quispe Hanco

Autora Del Estudio



ANEXO 7: Operacionalización de variables

Variable dependiente

Variable	Dimensión	Indicador	Naturaleza	Escala de medición
Calidad de vida relacionada con la salud	Mala	Puntaje ≤ 50	Cualitativa	Ordinal
	Buena	Puntaje > 50		

Variable independiente

Variable	Dimensión	Indicador	Naturaleza	Escala de medición
Componente genérico de la calidad de vida	Salud Física	Mala = ≤ 50	Cualitativa	Escala
		Buena = > 50		Categórica
	Salud Mental	Mala = ≤ 50	Cualitativa	Escala
		Buena = > 50		Categórica
Componente específico de la enfermedad renal	Carga de la Enfermedad	Mala = ≤ 50	Cualitativa	Escala
		Buena = > 50		Categórica
	Síntomas/ Problemas de la enfermedad	Mala = ≤ 50	Cualitativa	Escala
		Buena = > 50		Categórica
	Efectos de la Enfermedad	Mala = ≤ 50	Cualitativa	Escala
		Buena = > 50		Categórica

Variabes intervinientes.

Variable	Dimensión	Indicador	Naturaleza	Escala de medición
Edad	Años Cumplidos	1: 18 a 29 años 2: 30 a 39 años 3: 40 a 49 años 4: 50 a 59 años	cuantitativa	Ordinal

Sexo	Género del paciente	5:60 a 69 años 6:70 años o más 1: Masculino 2: Femenino	cualitativa	Nominal
Grado de instrucción	Nivel de estudios	1: Sin Instrucción 2: Primaria 3: Secundaria 4: Técnica 5: Universitaria	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Relaciones interpersonales	1: Soltero 2: Casado 3: Conviviente 4: Divorciado / Separado 5: Viudo	Cualitativa	Nominal
Sector	Lugar de Residencia	1: Urbano 2: Rural	Cualitativa	Nominal
Ocupación actual	Estado laboral	1: Ganadero/ Agricultor 2: Comerciante 3: Su casa 4: Empleado 5: No trabaja 6: Jubilado	Cualitativa	Nominal
Etiología De La ERCT	Causa de la ERCT	1: Nefropatía Diabética 2: Nefropatía Hipertensiva 3: UPO 4: Autoinmune 5: Genético 6: Otro	Cualitativa	Nominal
Tiempo de inicio de terapia Hemodialítica	Meses y/o años desde que inició su TRR.	1: De 1 a 3 meses 2: De 3 a 6 meses 3: De 6 a 12 meses 4: De 1 a 2 años 5: De 2 a 3 años 6: Más de 3 años	cuantitativa	ordinal
Tipo de acceso vascular	Lugar por donde recibe hemodiálisis.	1: FAV 2: AU 3: CVT 4: CVP	Cualitativa	Nominal
Patologías concomitantes	Presencia de enfermedades diferentes a la ERC	1: DM 2: HTA 3: Ambos 4: Ninguno	Cualitativa	Nominal



ANEXO 9: Aprobación por el hospital ESSALUD PUNO para ejecución del proyecto



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CARTA N° 005-JDM-HBIIP-GRAPUNO-ESSALUD-2023

Puno, 12 de diciembre de 2023

Señorita:
FLOR MARIBEL QUISPE HANCCO
Egresada de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional del Altiplano
Presente. –

ASUNTO: REMITO CARTA DE ACEPTACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REF.: NOTA N° 396-JSSEM-DM-HIIPUNO-RAPU-ESSALUD-2023

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente, el motivo de la presente es hacer de conocimiento que, a través del documento de referencia, la jefe del servicio de Especialidades Médicas (Especialidad de Nefrología), **ACEPTA** la solicitud presentada en fecha 28 de noviembre de 2023, para poder realizar la ejecución del proyecto de investigación titulado **"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES RENALES CRÓNICOS EN HEMODIÁLISIS HOSPITAL BASE III ESSALUD – PUNO 2023"**.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente,


EDY MERCADO PORTAL
JEFE DPTO. DE MEDICINA
DIRECCIÓN HOSPITAL BASE
D.O. ASISTENCIAL PUNO


EMP/ypchd
C.c. archivo
Folios ()
NIT:1095-2023-645

www.essalud.gob.pe

Av. Juan Francisco Cáceres Jara N° 600
Salcedo
Puno – Perú
Tel.:051 352661





ANEXO 10: Aprobación por el comité de ética del hospital ESSALUD Puno para ejecución del proyecto



Puno, 11 de enero del 2024

NOTA N°001- CIEI - HIIIPUNO-ESSALUD-2024

SEÑOR:
DR. ROLANDO DIAZ FLORES
DIRECTOR ENCARGADO HOSPITAL BASE III PUNO
ESSALUD - PUNO
Presente. -



ASUNTO: PROYECTO DE INVESTIGACION - APROBADO

REF. : NOTA N°314-UCIyD-GRAPU-ESSALUD-2023

Mediante la presente me dirijo a usted para expresarle un cordial saludo, así mismo comunicarle que en reunión de Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Base III Puno, **DE TIPO DE REVISION EXPEDITA** se realizó la revisión del proyecto de investigación **"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES RENALES CRONICOS EN HEMODIALISIS HOSPITAL BASE III ESSALUD-PUNO 2023"**.

Contando con la aprobación por parte del presente comité, se emite el presente **CERTIFICADO DE APROBACION**, para la aplicación correspondiente en nuestra institución

Agradeciendo la atención a la presente hago propicia la oportunidad para manifestar mi estima personal. Sin otro en particular quedo de usted.

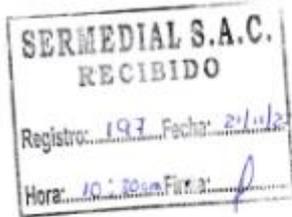
Atentamente,


Dr. Gonzalo M. Cuentas Carró
C.M.P. 66679
Hospital Base III - Puno
EsSalud





ANEXO 11: Solicitud de permiso para ejecución del proyecto a la Clínica Sermedial



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN
DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

DR CESAR AUGUSTO FLORES APAZA
DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO DE HEMODIÁLISIS SERMEDIAL S.A.C.-PUNO.

Yo, FLOR MARIBEL QUISPE HANCCO, Bachiller en
Medicina Humana, identificada con DNI N° 70323293
y con domicilio en Jr. Deustua N° 202 de la ciudad
de Juliaca, ante usted me presento y expongo:

Que en calidad de Bachiller en Medicina Humana de la Facultad De Medicina Humana de
la Universidad Nacional Del Altiplano de Puno, me presento ante usted con el debido
respeto y solicito a su despacho la autorización para la ejecución de mi proyecto de
investigación de pregrado titulado "**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE
PACIENTES RENALES CRONICOS EN HEMODIALISIS. HOSPITAL BASE III
ESSALUD-PUNO, 2023**". Por lo que solicito su autorización para poder realizar una
entrevista a los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal que
realizan sus sesiones de hemodiálisis en su clínica.

POR LO EXPUESTO:

Agradeciéndole anticipadamente a acceder a mi solicitud, sin dudar en
su gentil apoyo.

Puno, 13 de Noviembre 2023

Atentamente:

Br. Flor Maribel Quispe Hanco
DNI N° 70323293



ANEXO 12: Validación del instrumento por juicio de expertos.



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA - TESIS PREGRADO - UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO



INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL EXPERTO

- Determina si cada uno de los ítems del instrumento establece relación con la variable de la investigación
- Se presenta una tabla de evaluación de evaluación en el cual podrá emitir su opinión acerca de cada uno de los ítems que conforman el instrumento
- Existe una evaluación general del instrumento donde podrá señalar todos aquellos aspectos que a su juicio considere importante para mejorar el contenido
- Realizar todas las observaciones pertinentes en función de los objetivos que pretende lograr

Nombres y Apellidos:	David Mendizabal Gonzales
Profesión Institución donde trabaja:	Centro de Hemodialisis Sarmada
Títulos obtenidos:	
- Pregrado:	Universidad Federico Villarreal
- Institución:	Medico Uruguayo
- Año:	2007
- Posgrado:	Nefrología
- Institución:	UNFU
- Año:	2016


Dr. David Mendizabal Gonzales
MÉDICO NEFRÓLOGO
CMP 5564 - RNE 040373
FIRMA Y SELLO



ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	REGULAR 21-50%	BUENO 51-70%	MUY BUENO 71-80%	EXCELENTE 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				78%	
OBJETIVIDAD	Esta expresada en conducta observable					95%
ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología					84%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				80%	
SUFICIENCIA	Comprende a los aspectos de cantidad y calidad					85%
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos acordes de la tecnología educativa				72%	
COHERENCIA	Existe relación entre las dimensiones e indicadores					83%
METODOLOGIA	Responde el propósito del trabajo considerando los objetivos planteados				75%	
PROMEDIO DE VALIDACION						81.5%

JUICIO DEL EXPERTO Y EVALUACIÓN GENERAL

Considera Usted que los indicadores de la variable de estudio estan inmersos en su contexto teórico de forma:

Suficiente :	<input checked="" type="checkbox"/>	Medianamente suficiente:	<input type="checkbox"/>	Insuficiente:	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones:

Instrumento válido para su aplicación

.....

.....

.....

.....

.....

.....



INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL EXPERTO

- Determina si cada uno de los ítems del instrumento establece relación con la variable de la investigación
- Se presenta una tabla de evaluación de evaluación en el cual podrá emitir su opinión acerca de cada uno de los ítems que conforman el instrumento
- Existe una evaluación general del instrumento donde podrá señalar todos aquellos aspectos que a su juicio considere importante para mejorar el contenido
- Realizar todas las observaciones pertinentes en función de los objetivos que pretende lograr

Nombres y Apellidos: Yvonne Magaly Velásquez Ramos
Profesión Institución donde trabaja: Médico especialista en Nefrología - H Bone III Puno
Títulos obtenidos:
- Pregrado: Médico Cirujano
- Institución: Universidad Nacional de San Agustín
- Año: 2007
- Posgrado: Nefrología
- Institución: Universidad Nacional de San Agustín
- Año: 2021


Yvonne M. Velásquez Ramos
MEDICO NEFROLOGA
C.M.P. 50122

FIRMA Y SELLO



ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	REGULAR 21-50%	BUENO 51-70%	MUY BUENO 71-80%	EXCELENTE 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				79%	
OBJETIVIDAD	Esta expresada en conducta observable				77%	
ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología				78%	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					89%
SUFICIENCIA	Comprende a los aspectos de cantidad y calidad					85%
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos acordes de la tecnología educativa				80%	
COHERENCIA	Existe relación entre las dimensiones e indicadores					88%
METODOLOGIA	Responde el propósito del trabajo considerando los objetivos planteados					87%
PROMEDIO DE VALIDACION						82.8%

JUICIO DEL EXPERTO Y EVALUACIÓN GENERAL

Considera Usted que los indicadores de la variable de estudio estan inmersos en su contexto teórico de forma:

Suficiente: <input checked="" type="checkbox"/>	Medianamente suficiente: <input type="checkbox"/>	Insuficiente: <input type="checkbox"/>
---	---	--

Observaciones:

Ninguno instrumento válido para su aplicación.



INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL EXPERTO

- Determina si cada uno de los ítems del instrumento establece relación con la variable de la investigación
- Se presenta una tabla de evaluación de evaluación en el cual podrá emitir su opinión acerca de cada uno de los ítems que conforman el instrumento
- Existe una evaluación general del instrumento donde podrá señalar todos aquellos aspectos que a su juicio considere importante para mejorar el contenido
- Realizar todas las observaciones pertinentes en función de los objetivos que pretende lograr

Nombres y Apellidos:	Vilmarid Moya Herrera
Profesión Institución donde trabaja:	Hospital Base III - ESSAWA - PUNO
Títulos obtenidos:	
- Pregrado:	Médico - Cuzano
- Institución:	
- Año:	
- Posgrado:	Nefrología
- Institución:	
- Año:	


Dr. Vilmarid Moya Herrera
NEFROLOGÍA
C.A.P. 30001

FIRMA Y SELLO



ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	REGULAR 21-50%	BUENO 51-70%	MUY BUENO 71-80%	EXCELENTE 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				80%	
OBJETIVIDAD	Esta expresada en conducta observable					85%
ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología				75%	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					90%
SUFICIENCIA	Comprende a los aspectos de cantidad y calidad					85%
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos acordes de la tecnología educativa					90%
COHERENCIA	Existe relación entre las dimensiones e indicadores				80%	
METODOLOGÍA	Responde el propósito del trabajo considerando los objetivos planteados					96%
PROMEDIO DE VALIDACION						85.11

JUICIO DEL EXPERTO Y EVALUACIÓN GENERAL

Considera Usted que los indicadores de la variable de estudio estan inmersos en su contexto teórico de forma:

Suficiente : <input checked="" type="checkbox"/>	Medianamente suficiente: <input type="checkbox"/>	Insuficiente: <input type="checkbox"/>
--	---	--

Observaciones:

Ninguno instrumento válidos para su aplicación



ANEXO 13: Declaración jurada de autenticidad de tesis



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Flore Maribel Quispe Hanco
identificado con DNI 70323293 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

Medicina Humana

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes renales
crónicos en hemodiálisis. Hospital base III - ESSALUD - Puno, 2023"

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 24 de marzo del 2024


FIRMA (obligatoria)



Huella



ANEXO 14: Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional.



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



VRI
Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Florencia Maribel Quispe Huanco identificado con DNI 70323293 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

Medicina Humana

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes renales crónicos en hemodialis. Hospital base III Essalup - Puno, 2023"

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 27 de Marzo del 2024


 FIRMA (obligatoria)


 Huella