

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL HEMODIALIZADO HOSPITAL
REGIONAL DE ICA DICIEMBRE 2019**

TESIS

**PRESENTADA POR EL BACHILLER
BARRON CAMPOS AYRTON SLY**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

ICA - PERÚ

2020

ASESOR

Dr. Leveau Bartra, Harry Raul

Agradecimiento a:

Familia, amigos, Universidad Privada San Juan Bautista, por la formación excelente brindada durante estos 7 años y personas especiales en mi vida.

Dedicado a:

Dios, quien inspiro mi alma para la realización de este trabajo, por darme salud y bendición para alcanzar mis sueños.

RESUMEN

Objetivo: Medir la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis en el Hospital Regional diciembre del 2019. Metodología. Observacional. Pues las variables son estudiadas en su ambiente natural. Transversal. Debido a que la medida de la variable es solo en una ocasión. Descriptiva. Pues es univariado. Se encuestó a 96 pacientes de diferentes edades y sexo que se encuentran en tratamiento sustitutivo de la función renal mediante hemodiálisis, a quienes se les proporcionó un cuestionario que mide calidad de vida F36.

Resultados. Los pacientes hemodializados tratados en el Hospital Regional de Ica el 41.7% tienen mala calidad de vida, el 39.6% regular calidad de vida y el 18.8% de los pacientes tienen buena calidad de vida. La mala calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis predomina en los pacientes con 60 a más años (59.2%), mientras que la calidad de vida regular predomina en los de 40 a 59 años (48.6%) y la buena calidad de vida es más frecuente en los que tienen de 20 a 39 años (41.7%). La mala calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis predomina en los pacientes masculinos (45.3%) igual que la regular calidad de vida (43.4%) y la buena calidad de vida es más frecuente en el sexo femenino (27.9%). La mala calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis, predomina en los pacientes que tienen más de 10 años en tratamiento sustitutivo (65.5%), mientras que la regular calidad de vida es más frecuente en los que tienen 6 a 10 años en tratamiento (45.8%) y los que tienen buena calidad de vida predomina en los que tienen 1 a 5 años en tratamiento (47.4%).

Conclusión. El paciente hemodializado que tiene más posibilidad de tener mala calidad de vida es aquel que tiene más edad, es de sexo masculino y está en más de 10 años en tratamiento.

Palabras clave: Calidad de vida paciente en hemodiálisis.

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of life of patients with Chronic Renal Failure in Substitute Treatment with Hemodialysis at the Regional Hospital December 2019.

Methodology. Observational Well, the variables are studied in their natural environment. Cross. Because the measure of the variable is only once. Descriptive. Well, with only one variable. 96 patients of different ages and sex were found who are undergoing renal replacement therapy by hemodialysis, who were applied the questionnaire that measures quality of life F36.

Results Hemodialysis patients treated at the Regional Hospital of Ica 41.7% have poor quality of life, 39.6% regulate quality of life and 18.8% of patients have good quality of life. Poor quality of life in hemodialysis patients predominates in patients 60 years of age and older (59.2%), while regular quality of life predominates in those aged 40 to 59 years (48.6%) and the good quality of life is more frequent in those who are 20 to 39 years old (41.7%). Poor quality of life in hemodialysis patients predominates in male patients (45.3%) as well as regular quality of life (43.4%) and good quality of life is more frequent in female sex (27.9%). Poor quality of life in hemodialysis patients predominates in patients who have more than 10 years in replacement therapy (65.5%), while regular quality of life is more frequent in those who have 6 to 10 years in treatment (45.8%) and those with good quality of life predominates in those who have 1 to 5 years in treatment (47.4%).

Conclusion. The hemodialysis patient who is most likely to have a poor quality of life is the one who is older, has a male sex and is in treatment for more than 10 years.

Keywords: Hemodialysis patient quality of life.

INTRODUCCIÓN

En la década de 1980, el término calidad de vida se utilizó como un aspecto conceptual de sensibilidad que podría proporcionar un lenguaje común a los profesionales en diferentes disciplinas, conducir a la práctica de servicios de recursos humanos personalizados, autodeterminación y mejores resultados. De una manera, satisfecho con tu vida

La calidad de vida en el siglo XXI no se limita al término calidad de vida, que no solo desalienta las conductas y actitudes de los individuos para disfrutar de un mayor potencial de elección y toma de decisiones y para elegir una calidad de vida más alta, así como también calidad de vida. En la medida en que hay personas que analizan los resultados de los estándares de calidad, el del servicio sanitario que se ven obligados a emplear técnicas para mejorar los procedimientos a fin de que la medición se haga más exacta.

Los adelantos médicos sobre todo en el campo de la informática médica han avanzado grandemente que han permitido extender significativamente la esperanza de vida, aumentar significativamente el número de personas con enfermedades crónicas y poner especial énfasis en la calidad de vida.

Las muertes precoces muchas veces son prevenidas gracias a la tecnología avanzada en la medicina que puede realizar diagnósticos y tratamientos no invasivos o mínimamente invasivos, como en el caso de una enfermedad terminal crónica, pero al mismo tiempo hay muchos problemas que mencionan la consecuencia de vivir con ellos. Las patologías de larga evolución y de tratamiento complejo como son las renales y cardiovasculares traen consigo problemas de costos y el impacto en la calidad de vida de los que sufren con estas afecciones es pobre. Es pues necesario medir la calidad de vida de estos pacientes hemodializados en el Hospital Regional de Ica. El estudio se estructuró en cinco capítulos que cada uno de ellos trata la investigación de manera tal que se pueda cumplir con los objetivos.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS.....	XIII
1. CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL	4
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	5
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.6. OBJETIVOS	6
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
1.7. PROPÓSITO	6
2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	7

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	7
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	9
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	11
2.2. BASES TEÓRICAS	12
2.3. ETIOLOGÍA	16
2.5. MARCO CONCEPTUAL	33
2.6. HIPÓTESIS	34
2.6.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	34
2.7. VARIABLES.....	34
2.7.1. VARIABLE DE ESTUDIO	34
2.7.2. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN	34
2.8. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	34
3. CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	36
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	36
3.1.1. TIPO	36
3.1.2. NIVEL	36
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	36
3.2.1. POBLACIÓN.....	36
3.2.2. MUESTRA:	36
3.2.3. MUESTREO:	37
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...	38
3.3.1. TÉCNICA.....	38
3.3.2. INSTRUMENTO	38
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	39
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	39
4. CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
4.1. RESULTADOS	40
4.2. DISCUSIÓN.....	44
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
5.1. CONCLUSIONES	46
5.2. RECOMENDACIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS	52
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	53
ANEXO 2. INSTRUMENTO	55
ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA	61
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO	63
ANEXO 5. BASE DE DATOS	64

LISTA DE TABLAS

N°	Tabla	Pág.
1	CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO HEMODIALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DICIEMBRE DEL 2019	38
2	CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL HEMODIALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DICIEMBRE DEL 2019 SEGÚN EDAD	39
3	CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL HEMODIALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DICIEMBRE DEL 2019 SEGÚN SEXO	40
4	CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL HEMODIALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DICIEMBRE DEL 2019 SEGÚN TIEMPO EN TRATAMIENTO	41

LISTA DE GRÁFICOS

N°	Gráfica	Pág.
1	CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES HEMODIALIZADO TRATADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DICIEMBRE DEL 2019	38
2	CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES HEMODIALIZADO TRATADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DICIEMBRE DEL 2019 SEGÚN EDAD	39
3	CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES HEMODIALIZADO TRATADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DICIEMBRE DEL 2019 SEGÚN SEXO	40
4	CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES HEMODIALIZADO TRATADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DICIEMBRE DEL 2019 SEGÚN TIEMPO EN TRATAMIENTO	41

LISTA DE ANEXOS

ANEXO1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	53
ANEXO 2. INSTRUMENTO	55
ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA	61
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO	63
ANEXO 5. BASE DE DATOS	64

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una disminución progresiva y gradualmente del funcionamiento renal, que es progresiva y termina cuando la capacidad renal cae al 10%. La IRC se asocia con factor infeccioso fisiológico, como glomerulonefritis, enfermedad tubular, infección renal, obstrucción del cálculo, defectos congénitos, diabetes, HTA, LES, enfermedad cardiovascular, neuropatía. Puede causar desmineralización, hueso y anemia.¹

Los enfermos con IRC necesitan recibir tratamientos rigurosos, no curativos e invasivos que son costosos para los pacientes y sus familias. El tratamiento de reemplazo renal incluye trasplante de riñón y diálisis (peritoneales y hemo-diálisis), que requieren seguir dietas estrictas, ingesta de drogas y disminuir la ingesta de líquido. En el primer caso de trasplante, el paciente debe tomar medicamentos inmunosupresores porque el órgano trasplantado no pueda ser rechazado. La diálisis peritoneal es un tratamiento ambulatorio realizado mediante el intercambio de solutos y agua que pasan a través de los capilares y dializado en la cavidad peritoneal, y la hemodiálisis filtra la sangre del paciente y elimina la uremia de la insuficiencia renal crónica en etapa terminal. Extrae desechos de la sangre a través de la membrana peritoneal. En este último caso, el paciente debe asistir a la unidad renal al menos tres veces por semana y permanecer durante 3-4 horas por sesión. Por otro lado, el tratamiento requiere una dieta estricta para limitar los niveles de electrolitos, restringir la ingesta de líquidos y limitar el consumo de drogas.

El tratamiento de hemodiálisis es esencial para la sobrevivencia del enfermo, pero puede tener efectos físicos nocivos como la desnutrición debido a la eliminación de nutrientes. No solo el sabor de los productos

bucales de la eliminación de residuos es malo. Por lo general, se ha visto que las sintomatologías son más agudas después de 8 años de terapia.¹

Todo lo anterior es crítico para la vida de los pacientes, ya que el tratamiento es invasivo y continuo, y aborda enfermedades crónicas y progresivas, altamente exigentes que resultan en un estilo de vida permanente y cambios en el estilo de vida. Tiene un efecto significativo. Los aspectos físicos y sociales cambian lo que ocasiona en el enfermo trastornos psicológicos como depresión, desgano de vivir, incluso tendencia al suicidio.²

La percepción de la calidad de vivir se mide según la percepción de felicidad de manera dinámica y cambiante que varía de acuerdo con los valores del individuo. Hasta hace más de una década, este concepto se centraba en responder a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la enfermedad en la vida cotidiana de los pacientes y su capacidad para restaurar la felicidad, pero ahora se ve este concepto de manera más integral. Evaluaciones de salud personal relacionadas con la función social, física y cognitiva, la movilidad y el grado de atención personal para realizar actividades más rutinarias, así como evaluaciones como el bienestar psicológico y la salud en general.²

Por ello es importante valora los aspectos no solo física de estos pacientes sino el estado mental, incluyendo la autoestima la resiliencia y otros aspectos de la esfera psicológica y cognitiva que pueden verse severamente alteradas, a fin de que la terapia se haga de manera integral.

En este sentido, se conceptualiza el sentirse bien y las satisfacciones del enfermo, mejores condiciones de vida, conciencia de salud y recuperación integrada, lo cual es particularmente necesaria en este

tipo de enfermedad. Debe con la ayuda médica a prender a vivir de otra manera adecuándose a las limitaciones sin que ello afecte su salud mental.

Por otro lado, valorar la calidad de vida de la salud nos permite saber el tratamiento para restaurar la salud. Tales individuos están en la misma situación cuando de enfermedades crónicas se tratan. Así, la calidad de vida percibida por un enfermo está en función de una serie de factores que superan con creces la existencia de enfermedades crónicas y su tratamiento, y depende en parte del bienestar y la adherencia del paciente. Sin embargo, la evidencia generalmente sugiere que la IRC puede alterar significativamente la calidad de vida del enfermo en todas las esferas. Se afecta la vida familiar y la matrimonial inclusive.³

El Hospital Regional de Ica cuenta con una Unidad de Diálisis que atiende a pacientes con IRCT de pacientes asegurados de toda la región, cuyo número va en aumento progresivamente, y siendo la labor de enfermería no solo el tratamiento asistencial si no también el tratamiento global visto al paciente desde su ámbito social es que se considera importante realizar un diagnóstico de la calidad de vida de estos enfermos a fin de poder influir positivamente en ellos.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento sustitutivo hemodializado en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal hemodializado en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según edad?
- ¿Cuál es la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal hemodializado en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según sexo?
- ¿Cuál es la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal hemodializado en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según tiempo en tratamiento?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis y el inmenso impacto económico en los sistemas de salud y las familias. No solo los pacientes con discapacidad moderada a severa se vuelven inactivos financieramente, sino que a menudo requieren un cuidador permanente, una familia que debe dejar de trabajar para realizar esta tarea. Estos hechos reflejan la importancia de implementar programas para garantizar un tratamiento integral, seguimiento para proporcionar rehabilitación, control de factores de riesgo y al menos reducir esta ominosa situación en pacientes en hemodiálisis.

Importancia

Una encuesta sobre la calidad de vida en enfermos que terapia en hemodiálisis puede ayudar a comprender la respuesta del paciente a la patología y puede ayudar a evaluar la efectividad de la intervención terapéutica. Por lo tanto, la efectividad del tratamiento de hemodiálisis debe medirse no solo en términos de calidad de vida sino también en términos de discapacidad y supervivencia.

Viabilidad

Se cuenta con el acceso a los pacientes alrededor de la unidad de Diálisis del Hospital que es donde el paciente puede brindar la información cuando se encuentra estable.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- Delimitación espacial. El presente es una investigación que se desarrolló en el Hospital Regional de Ica
- Delimitación temporal. La investigación se desarrolló en el mes de diciembre del 2019
- Delimitación social. La investigación es sobre pacientes hemodializados.
- Delimitación conceptual. El estudio se limitó a conocer la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Recolectando datos: los pacientes que se dializaban en horas de la madrugada, no accedían a entrevistarse, porque se encontraban indispuestos, reduciendo así el tamaño de la muestra.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento sustitutivo hemodializado en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal hemodializado en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según edad
- Determinar la calidad de Vida de pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal hemodializado en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según sexo
- Determinar la calidad de Vida de pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal hemodializado en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según tiempo en tratamiento

1.7. PROPÓSITO

El trabajo indicó cual es la calidad de vida que tiene el paciente hemodializado que se evaluó según su edad, sexo y tiempo en tratamiento.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Sánchez Hernández C. Calidad de vida en hemodializados en un hospital público de Puebla, México. 2016. Propósitos: Conocer la calidad de vida y las áreas de baja calidad en pacientes con IRCT hemodializados. Métodos: Se utilizaron diseños descriptivos, no experimentales, de corte transversal. Se realizó una muestra no estocástica de 67 pacientes con IRCT inscritas en una sala de hemodiálisis en un hospital público de Puebla por conveniencia. Resultados: Calidad de vida para pacientes que reciben hemodiálisis. La calidad de los hemodializados fue baja (23, 88%) y moderada (76, 12%). El área menos afectada es el área psicológica en 67,01 puntos, y el área más alta es el área física 60,76. El área relevante para la calidad de vida fueron la relación social. Conclusión: los pacientes de hemodiálisis tienen una calidad de vida moderada a baja y el área más afectada es la física, pero están altamente correlacionados con la relación social, y mejores relaciones sociales mejoran la calidad de vida de los pacientes.⁴

Albañil Frías, T. Análisis de la calidad de vida en hemodializados de manera ambulatoria y su relación con el nivel de dependencia, Córdoba 2014. Objetivos: analizar la relación entre la CVRS y los niveles de dependencia en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia ambulatoria de reemplazo de HD. Pacientes y métodos: se evaluó la CVRS utilizando el cuestionario de salud SF-36 en 43 pacientes con EH en el centro de diálisis periférica HURS en Córdoba. La escala de Karnofsky se utilizó para el análisis de dependencia. Resultados: Respecto a la CVRS, funciones físicas 49.6, salud

general 40.4, roles físicos 50.5, roles emocionales 81.7, dolores físicos 55.6, vitalidades 51.4, funciones sociales 58.43, Salud mental 69.6. La escala de Karnofsky fue de 76.5 puntos (55.8% de los pacientes pudieron realizar actividades normales, 34.9% no pudieron trabajar y 9.4% no pudieron cuidarse a sí mismos). Se encontraron correlaciones de edad en la escala de Karnofsky ($r = -0.58$) e ICC ($r = 0.81$). Karnovsky ($r = -0.54$), dimensión de salud mental ($r = 0.36$), dimensión de la función física y dimensión de la función social. Conclusión: estos resultados indican que la puntuación SF-36 fue menor en todas las dimensiones en comparación con la población basal de la población general española, lo que indica que los pacientes estudiados tenían una CVRS más baja. Entre ellos, la dimensión del papel físico son las más afectadas, seguida de la función social y la función física. Y los menos afectados son las dimensiones de la salud mental y el papel emociones. Esta mala CVRS está asociada con la edad avanzada, las comorbilidades y la adicción.⁵

Costa, G. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis Murcia Madrid 2016. Su objetivo es evaluar la calidad de vida del paciente hemodializado por IRCT, caracterizarlos, influir en ellos e identificar los factores que influyen. Este es unos estudios de campo explicativo, transversales y cuantitativos. Mediante un cuestionario socio demográfico y WHOQOL-BREF, se evaluaron la calidad de vida. La muestra consistió en 39 sujetos. El estudio incluyó al 54% de ambos sexos y al 46% de mujeres, con una alta prevalencia de 51 años o más. (El más afectado entre los participantes fue un promedio de 59.44 dominios físicos (DF), y el dominio conservado más alto fue un promedio de 72.87 dominios

sociales (DS) reflejados en la calidad de vida. De los pacientes con IR que muestran un promedio de 64.96. La prueba de correlación de Pearson mostró una relación importante entre las diversas áreas donde todas las esferas tuvieron alta correlación con la calidad de vida. La calidad de vida de los pacientes con IRCT hemodializados es constante, y el conocimiento de expertos sobre este tema es muy importante para lograr una atención óptima para los pacientes con IRC hemodializados.⁶

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Alarcon Nuñez, M. Calidad de vida de pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015. Objetivo: Verificar la calidad de vida del hemodializado en los Servicios de Nefrología-2015 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La población consistió en 50 pacientes con enfermedad renal crónica en etapa V, con resultados: 100% (50), 56% (28) pobres, 40% (20) normales y 4% (02) buenos. En la dimensión física, el 58% (29) es malo y el 38% (19) generalmente es bueno con el 4% (04). En el lado psicológico, el 54% (27) son malos, el 42% (21) son regulares y el 4% (02) son buenos. En el aspecto social, el 54% (27) es malo y el 42% (21) generalmente es bueno con el 4% (02). Conclusión: Calidad de vida de los pacientes hemodializado en el Departamento de Nefrología de dicho nosocomio. Los porcentajes más altos son aspectos físicos (que dicen que el paciente no puede realizar actividades diarias sin problemas), psicológicos (no se sienten vivos y no aceptan nuevos estilos de vida debido a una enfermedad), Social (no cuentan con el apoyo de padres, parientes y amigos que no los han invitado a reuniones sociales).⁷

Carrasco Reyes, F. Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con IRCT en el servicio de hemodiálisis del

Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015. El objetivo era medir la calidad de vida de pacientes ambulatorios con IRCT hemodializados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, un servicio de hemodiálisis en 2015. Sujetos y métodos. Este trabajo trata sobre niveles de aplicación, tipos cuantitativos y métodos descriptivos de secciones transversales. La población consistió en 30 pacientes. La técnica es una encuesta y es una modificación del cuestionario SF-36 que se aplica con base en el consentimiento informado previo. 100% (30), 37% (11) resultados son más de 60 años, 27% (8), entre 50 y 59 años. 17% (5), 40-49 años. 13% (4) 18-29 años. 2% (2) 30-39 años. Son hombres, 73% (22) y mujeres. 27% (8). Informan que tienen un excelente 13% (4). Estudios secundarios 40% (12); educación primaria 30% (9) y analfabeto 17% (5). Tienen 43% de trabajo dependiente (13), 30% independiente (9) y 27% de desempleo (8). 13% (4) para tratamiento de 3 meses a menos de 2 años, 27% (8) de 2 a menos de 5 años, y más de 60% de 18 años (18). Conclusión La calidad de vida final es de insalubre a insalubre con referencia al impacto de la enfermedad en la salud y condición física. Afecta psicológicamente su percepción de felicidad en su calidad de vida.⁸

Herrera- Añazco, P. La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Lima 2016. La producción científica del Perú se ha descrito como descrita en la literatura médica sobre enfermedad renal crónica (ERC) a través de una revisión de la literatura no sistemática hasta abril de 2016. Diagnóstico y manejo, alcance de la atención, costo de la atención y mortalidad. 16 artículos fueron analizados. La prevalencia de ERC en algunas partes del país alcanza el 16%. En Lima y Callao, menos del 9% de los

diabéticos presentan albuminuria. La detección de ERC en pacientes hipertensos es rentable. Más de la mitad de los que requieren diálisis no se realizan. La mortalidad de la población incidente de HD puede alcanzar hasta el 50% en siete meses. La patología cardio-vascular es la causa primaria de fallecimiento. En conclusión, La mortalidad por EH es alta debido a problemas de cobertura de EH.⁹

Ramírez Ponce, A. Apoyo familiar y calidad de vida en hemodializados en la clínica médica nefrológica, 2017. El estudio se realizó entre mayo y junio de 2017 para determinar la relación entre el apoyo familiar y la calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis en una clínica de nefrología. , Sección transversal. La muestra consistió en 100 pacientes. El primero mide el apoyo familiar y el segundo mide la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. Los resultados mostraron que el 48% de los pacientes tenían un alto apoyo familiar, el 30% tenía un promedio y el 22% tenía un bajo apoyo familiar. El 44% de los pacientes se encuentran con niveles de calidad de vida normales, el 29% son buenos y el 27% tiene una calidad de vida deficiente. Se obtuvo una p menor de 0.05, concluyendo que existe una relación muy importante entre apoyo de la familia y calidad de vida en enfermos en hemodiálisis.¹⁰

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

No se encuentran estudio actualizados de importancia.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. GENERALIDADES DE LOS RIÑONES

El riñón es el órgano excretor de los vertebrados y tiene forma de frijoles o frijoles. En los humanos, cada riñón es aproximadamente del tamaño de un puño.

El riñón filtra la sangre del sistema circulatorio y elimina las excreciones (varios desechos metabólicos del cuerpo, como urea, ácido úrico, creatinina, potasio, fósforo, etc.) a través de un sistema complejo que incluye mecanismos a través de la orina. De filtración, reabsorción y excreción. El riñón filtra aproximadamente 200 litros de sangre al día, produciendo hasta 2 litros de orina. La orina cae continuamente en la vejiga a través de un tubo llamado uréter. La vejiga almacena orina hasta que se drena.¹¹

2.2.2. DEFINICIÓN

La IRCT en etapa terminal es un rasgo progresivo que corresponde a la situación clínica resultante de la pérdida permanente de la función renal y puede ser alcanzada por múltiples etiologías, tanto congénitas como hereditarias y adquiridas. Requieren urgente trasplante.

Presencia de insuficiencia renal que dura más de tres meses en las directrices K / DOQI. La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de naturaleza progresiva e irreversible, que a menudo conduce a una enfermedad en etapa terminal, en la cual los pacientes requieren tratamiento de reemplazo renal (TRR), diálisis o trasplante para sobrevivir.¹²

2.2.3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ETAPA TERMINAL

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una afección causada por un daño permanente e irreversible de la función renal. En todo el mundo, las causas más frecuentes son diabetes, presión arterial alta y enfermedades obstructivas del tracto urinario y puede ser el resultado de una serie de complicaciones renales, que incluyen la nefropatía por IgA, enfermedad inflamatoria de los riñones (denominadas colectivamente glomerulonefritis), nefritis crónica renal solitaria y retención urinaria. Existen medicamentos tóxicos para los riñones, especialmente agentes de contraste y antibióticos. La (IRT) es el resultado final y generalmente requiere diálisis hasta que se encuentre un donante de trasplante de riñón.

El deteriora mayormente es lentamente durante varios años, con pocos síntomas obvios inicialmente, a pesar de estar asociada con anemia y altos niveles de toxinas en la sangre. Cuando se presentan los síntomas, la enfermedad suele estar muy avanzada y requiere diálisis.

Cualquier persona puede tener enfermedad renal, pero el mayor riesgo está en la familia de personas con diabetes, presión arterial alta o personas con enfermedad renal. Debido a que la enfermedad renal no siempre causa síntomas visibles, es necesario evaluar a las personas en riesgo mencionadas anteriormente para detectar la enfermedad. Los conceptos básicos son la creatinina y la filtración glomerular.

Si la enfermedad se detecta temprano, la tasa de progresión de la lesión puede reducirse, retrasando la necesidad de comenzar la terapia de reemplazo renal y preparando mejor al paciente cuando se necesita su inicio. El tratamiento de reemplazos

renales incluye hemodiálisis, diálisis peritoneales y trasplantes de riñones.¹²

La IRC en etapa terminal es un problema global de salud pública con una incidencia creciente y un pronóstico pobre y una prevalencia de costo alto. En los Estados Unidos, la prevalencia de IRCT es de 1.131 por millón de habitantes La prevalencia de enfermos con hemodiálisis chilena tiene una tasa de 10.400 en niños y adultos, 648 pmp y aproximadamente 427 en el tratamiento de diálisis peritoneal. En Perú, las etiologías más frecuentes de adultos con IRCT son:

- Diabetes 1 y 2: 30.4%
- Presión arterial alta: 11.4%.
- Glomerulonefritis crónicas: 10.2%
- Desconocido: 24,4% (diagnóstico al final de la vida).¹³

Población en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica

Muchos pacientes con IRC son remitidos tarde a un médico especialista en riñones, lo que se asocia con una mayor mortalidad y morbilidad. El análisis retrospectivo mostró una relación entre el tiempo de referencia del departamento renal y la mortalidad a los 2 años. Para referencia posterior, más de la mitad de los pacientes con IRCT fueron remitidos tarde, dado el caso en que la TFG era inferior a 20 ml / min / 1,73 m² cuando el paciente visitó por primera vez al nefrólogo. La mortalidad a dos años fue significativamente mayor en el grupo de pacientes remitidos tarde, y se hicieron mayores y adquirieron comorbilidades durante el curso de la ERC.

Los cambios en la dieta en el Grupo de estudio de la enfermedad renal estudiaron prospectivamente la tasa de disfunción renal y resultado adverso del paciente. Para desarrollar una estrategia de referencia para servicios de enfermedad renal, la importancia de identificar específicamente a los pacientes con alto riesgo de progresión de la enfermedad es clara. Los pacientes tratados por un nefrólogo antes de comenzar la diálisis han reducido significativamente los niveles de creatinina sérica. Los diabéticos estudiaron el impacto de la atención médica en los resultados clínicos una vez que se inició la TRR. Las tasas de supervivencia en este grupo de pacientes son significativas en comparación con las de los pacientes no diabéticos.

Se sabe que los pacientes remitidos a un nefrólogo al inicio de la enfermedad tienen mejores resultados después de la TRR que los referidos poco después del inicio de la TRR. En general, la historia natural de la IRC en personas con diabetes tipo 2 dura más de una década, y las intervenciones médicas apropiadas son posibles a medida que la enfermedad progresa. Se ha demostrado que la presencia o ausencia de tratamiento por parte de su médico o nefrólogo se asocia significativamente con el riesgo de mortalidad durante los primeros tres meses de iniciar TRR.¹⁴

La tasa de supervivencia a los 3 meses de los pacientes que recibieron tratamiento renal regular fue 9.1% y 16.4% mayor que los pacientes con atención cero y atención irregular, respectivamente. Los pacientes que requieren diálisis de emergencia tienen un control renal menos regular y estancias hospitalarias más largas. Tenían una función renal residual más baja, niveles de albúmina sérica, hematocrito y calcio sérico más bajo.¹⁴

2.3. ETIOLOGÍA

Alrededor de 80,000 personas son diagnosticadas con insuficiencia renal en los Estados Unidos cada año. Una afección grave que impide que los riñones excreten productos de desecho del cuerpo.

Hay alrededor de 16 millones de diabéticos en los EE.UU., de los cuales alrededor de 100,000 sufren de IRC como resultado de la diabetes.

Las personas con IRCT deben someterse a diálisis, no siempre. Este proceso reemplaza parte de la función de filtración o trasplante del riñón, que recibe los riñones de donantes sanos. La mayoría de los ciudadanos estadounidenses con insuficiencia renal tienen acceso a la atención médica con fondos federales.

La descendencia negra, aborigen e hispanoamericana sufre de diabetes, enfermedad renal e insuficiencia renal a una tasa superior a la media. Los científicos no han podido explicar completamente las interacciones de los factores que causan la nefropatía diabética. Estos factores incluyen otras afecciones, como la herencia, la dieta y la presión arterial alta. Se ha observado que la hipertensión y las hiperglicemias aumentan el riesgo de insuficiencia renal en personas con diabetes.¹⁵

Terapia de reemplazo renal

a. hemodiálisis

La hemodiálisis funciona tomando sangre del cuerpo y circulando con una solución a través de filtros especiales. Los filtros ayudan a eliminar las toxinas. Entonces la sangre vuelve al cuerpo.

La hemodiálisis necesita de un método especial para llevar sangre a los vasos sanguíneos. El acceso puede ser breve (temporal) o a largo plazo (permanente).

El acceso temporal es colocar un catéter de diálisis en una vena más grande, generalmente en el cuello, el pecho o la pierna cerca del diámetro del cuello. Se usa con más frecuencia en emergencias a corto plazo.¹⁶

El acceso permanente generalmente se crea conectando quirúrgicamente la arteria del brazo a una vena. Estas venas se engrosan con el tiempo. Se recoge sangre y se devuelve de la vena para realizar diálisis. Hay dos formas de crear este acceso.

Las arterias y las venas están conectadas directamente entre sí. Estos vasos sanguíneos luego forman una conexión llamada durante varios meses (arteriovenosa o AVF).

Las arterias y las venas también se pueden conectar mediante un puente artificial (injerto arteriovenoso o IAV). Los injertos arteriovenosos se pueden usar para diálisis después de algunas semanas.

La arteriovenosa tiene menos probabilidades de transmitirse que los injertos arteriovenosos y, por lo general, dura mucho más tiempo.

Es importante cumplir con la dieta y los medicamentos recetados por el personal de diálisis y el nefrólogo (nefrólogo).

A menudo, la hemodiálisis se realiza en centros especializados de diálisis. Los pacientes generalmente reciben tratamiento tres veces a la semana, tiempo durante el cual deben sentarse en una silla durante tres o cuatro horas.

Algunas personas pueden realizar hemodiálisis en el hogar, eliminando la necesidad de ir de un lugar a otro en un centro de diálisis.

El tratamiento de hemodiálisis en el hogar puede ayudar a bajar la presión arterial. El tratamiento prolongado es más efectivo para eliminar productos de desecho. Corren más lentamente y, por lo tanto, son más cómodos para el corazón y el sitio de acceso (FAV o IAV).

Las enfermeras profesionales de diálisis pueden capacitar a los pacientes para realizar este procedimiento en el hogar. Los pacientes pueden entregar consumibles sin tener que comprar una máquina. Los pacientes y cuidadores necesitan aprender:

- Manejo de equipos
- Coloque la aguja en el sitio de acceso.
- Monitoree las máquinas y la presión arterial en el proceso.
- Mantener un registro
- Desinfección de las máquinas
- Reordenar suministros
- Injerto o cuidado del agujero de punción.
- Si el implante se ha solidificado, puede ser necesario uno nuevo.
- Asegúrese de que nadie tenga acceso para tomar lecturas de presión arterial con el mismo brazo.
- No use ropa ajustada alrededor del sitio de acceso o alrededor de los brazos.

- No ejerza presión sobre el brazo al que puede acceder mientras duerme.
- Al levantar objetos pesados, no ejerza presión sobre sus brazos sobre todo en aquel que tiene el shunt.
- No recolecte sangre de sus brazos.
- Palpar el sitio de acceso para detectar "Fremit". Esto indica que el sitio AV todavía funciona. Llame a su médico tan pronto como la flemita desaparezca.¹⁷

b. Diálisis peritoneal:

Las diálisis peritoneales son procedimientos para limpiar líquidos corporales y electrolitos en pacientes con insuficiencia renal. En las diálisis peritoneales, el peritoneo, se usa como filtro. El dializado se introduce en la cavidad abdominal a través de un procedimiento quirúrgico mínimo a través de un tubo pequeño y flexible que previamente se ha implantado permanentemente en el abdomen en un pequeño procedimiento quirúrgico. Una porción de este catéter, permanece en el exterior del abdomen. Esto permite la conexión a la bolsa de dializado. El catéter está oculto debajo de la ropa.

Elimina sustancias orgánicas, metabolitos y sustancias tóxicas del cuerpo cuando los riñones no funcionan correctamente. Además, cuando funciona correctamente, elimina el exceso de líquidos endógenos excretados por los riñones y corrige los desequilibrios electrolíticos en lugar de reducir el edema.

La diálisis ocurre mientras el líquido está en la cavidad peritoneal: el exceso de líquido y desechos fluyen desde la sangre a través del peritoneo hacia el dializado.¹⁸

Las soluciones cambian regularmente, y este proceso se llama "intercambio". Hay 2 modalidades para la diálisis peritoneal: la peritoneal ambulatoria continua y la peritoneal automática.

Es importante cambiar en un lugar limpio sin flujo de aire, ya que existe el riesgo de infección en cualquiera de las modalidades. La peritonitis es la complicación grave más común. La infección en el sitio de salida o "túnel" (camino desde el peritoneo al sitio de salida) del catéter es menos grave pero más frecuente.

Hay 3 tipos de diálisis peritoneal.

La diálisis peritoneal portátil continua (CAPD) se llama continua porque los pacientes peritoneales y ambulatorios siempre tienen líquido para que el paciente lo haga en casa. Esto se hace manualmente y el sistema de bolsas se destruye cuando se completa el reemplazo. La mayoría de los pacientes en esta modalidad deben cambiarse 3-4 veces al día. Lleva 10-20 minutos drenar el líquido y 5-10 minutos inyectar una nueva solución. El aprendizaje lleva una o 2 semanas y no requiere agujas. El tratamiento se realiza sobre la marcha, es flexible y se puede adaptar a diferentes horarios. Necesita espacio en su hogar para almacenar las cosas que necesita, y puede elegir cuándo reemplazarlas.

La peritoneal automática (DPA) se realiza en el hogar, por la noche y durante el sueño. Las máquinas controlan el tiempo para realizar los intercambios que se necesitan, drenan la solución gastada e introduce una solución nueva de diálisis en la cavidad del peritoneo. Cuando sea hora de acostarse, encienda la máquina y conecte el catéter al dispositivo de línea. Mientras duerme, la máquina cambiará durante 8 o 9 horas. Por la mañana, el paciente simplemente se desconecta de la máquina. Las máquinas de diálisis

peritoneales son automáticas, fáciles de operar y se pueden usar en cualquier lugar con electricidad.

Es ideal para pacientes que necesitan continuar con sus labores.

Diálisis peritoneal intermitente (DPI), un tipo de diálisis que se realiza en un área hospitalaria, y en pacientes recién diagnosticados que requieren diálisis de emergencia, primero se coloca un catéter rígido, se administran 30 baños y 30 Deje cada uno en la cavidad por un minuto. También se administra a pacientes que no tienen las condiciones apropiadas para realizar CAPD.

c. Trasplante de riñón

El trasplante de riñón es una operación que coloca riñones sanos en personas con insuficiencia renal. Estas intervenciones se llevan a cabo en centros especializados que cuentan con el entorno y el equipo necesarios. Allí, es visto y evaluado por el equipo de trasplante. Se aseguran de que cumpla con los requisitos de un trasplante de riñón.

La enfermedad renal crónica requiere una dieta especial. Estos cambios incluyen:

Coma una dieta baja en proteínas.

Si está perdiendo peso, tome suficientes calorías.

Restringir líquidos.

Limita las sales, potasio, fósforo y otros electrolitos.

Otros tratamientos dependen de la afección y pueden incluir los siguientes:

Ca y Vit. D adicional (consulte a su médico previo a la toma de cualquier suplemento).

Un medicamento especial llamado enlace de fosfato para evitar que los niveles de fósforo estén altos.

Tratamiento de la anemia, con eritropoyetina y transfusiones de sangre.

Medicamentos que controlan la presión arterial.

La vacunación contra las principales enfermedades transmitadas vía sanguínea.²⁰

Atención de pacientes con ERC mediante terapia de reemplazo de hemodiálisis.

La base teórica del proceso.

El modelo Dorothea Orem se utiliza como un medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras necesarias para brindar atención al paciente. Orem proporciona un marco de atención y necesidades desde la contemplación de la práctica, educación y gestión de enfermería.

Orem ve su teoría de la falta de autocuidado como una teoría general que consta de tres teorías relacionadas.

- Autocuidados.
- Déficit de autocuidados
- Sistemas de salud.

Las teorías del cuidado personal muestran que las personas necesitan saber. Lo que debe hacer para regular sus características

y desarrollo, lo que tiene que hacer y lo que tiene que hacer es la base para la recopilación de datos.

La teoría del déficit de autocuidados asume el enfoque del proceso de diagnóstico. Calcule las necesidades, capacidades y límites de atención personal para brindar atención de acuerdo con las demandas establecidas y determinadas, de modo que pueda identificar claramente la relación entre la demanda y la capacidad.

Según Orem, es un concepto de autocuidado que se considera "la acción de un individuo que sigue patrones y secuencias y, cuando se ejecuta de manera efectiva, contribuye particularmente a la integridad estructural, la función y el desarrollo de humanos".

Las actividades se aprenden a medida que el individuo madura y están influenciadas por las creencias, costumbres y hábitos de la familia y las sociedades. La edad, la etapa de desarrollo y la salud afectan la capacidad de un individuo para realizar actividad de autocuidados.

Si se sabe que lo anterior afecta el autocuidado del paciente, los especialistas que practican la teoría de Orem pueden ayudar, en su forma de acción, a buscar una búsqueda más exhaustiva de las necesidades que afectan a un individuo. Al realizar un proceso de enfermería, la fase de evaluación debe detectar cambios en la edad, la etapa de desarrollo, los hábitos familiares, etc. Estos cambios son útiles no solo para el diagnóstico, sino también para tratar reacciones individuales. Problemas de salud reales o potenciales.

En atención primaria, los profesionales de la salud comunitaria cumplen un rol fundamental en la terapia integral de los que sufren de enfermedad renal crónica (ERC). Una visión indispensable de las personas, el contacto cercano con los pacientes y las familias y el

conocimiento del entorno comunitario hacen que los trabajadores de la salud sean una parte integral de esta atención. Esa acción debe estar dirigida al manejo adecuado de la enfermedad por parte del paciente y, por lo tanto, es necesaria sobre una base diferente:

- Actividades de prevención primaria y secundaria.
- Detectar signos de descompensación
- Actividades de educación sanitaria
- Promover el autocuidado
- Atención a pacientes con enfermedades terminales
- Apoyo principal del cuidador.²¹

Prevención de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERC).

La prevención de la ERC en la atención primaria, debe dirigirse a toda la población que se atiende. Se centrará fundamentalmente, en aquellas personas que presenten algún factor de riesgo, para las que los consejos de Autocuidados se centrarán en:

- Personas que presenten diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, cifras de glucemia y TA controladas.
- Abandono del tabaco y el consumo de alcohol. Evitar automedicación y fármacos nefrotóxicos: Aines y diuréticos retenedores de potasio.
- Evitar obesidad.
- Ejercicio moderado adaptado.
- Limitación ingesta sodio.

- Limitación de contrastes radiológicos endovenosos.

Detección de signos de descompensación inicial.

La enfermedad renal crónica al inicio puede ser asintomática. Sin embargo, ciertos síntomas pueden indicar etapas tempranas de descompensación. Esto requiere el establecimiento de un protocolo de acción por parte de las enfermeras de atención primaria para pacientes con riesgo de sufrir ERC.

- Hipertensión arterial leve o moderada.
- poliuria hipotensiva
- Nicturia en la noche.²²

Educación sanitaria y autocuidado.

Involucrar a los pacientes en el cuidado personal es esencial para el control adecuado de la enfermedad. Por esta razón, las enfermeras deben recibir instrucciones para lograr la estabilidad física, promover el comportamiento de salud e identificar los síntomas y signos de inestabilidad temprano. Los siguientes son los aspectos educativos que subyacen a la educación sanitaria adecuada y adaptada para pacientes con ERC.

Proporcione a los humanos conocimientos sobre la ERC: o Explique la etiología o los síntomas clínicos y las posibles complicaciones, identifique y controle los signos y síntomas de descompensación, o afecte las enfermedades crónicas y progresivas.

Notificar sobre factores de riesgo: enfermedad cardiovascular, DM, HT, obesidad, tabaquismo, dislipidemia.

Tratamiento farmacológico: indicaciones, dosis, efectos secundarios y su uso correcto. Drogas nefrotóxicas. Implementación de la vinculación.

Recomendaciones dietéticas y de higiene personalizadas: ejercicio, dieta según la etapa de ERC, restricción del consumo de alcohol.

Influir en la importancia de prevenir y promover la salud a través de comportamientos que crean salud.

Identifique las causas de descompensación, incluidas las violaciones del cumplimiento terapéutico, las violaciones de la dieta y los hábitos tóxicos.

Promover estrategias de afrontamiento de enfermedades.²²

2.4. CALIDAD DE VIDA

Componentes de calidad de vida.

Debido a que la calidad de vida es un concepto que se refiere a diferentes niveles de generalización a través de aspectos sociales, comunitarios, físicos y mentales, el significado de la calidad de vida es complejo y define la sociología, la política y la medicina, Investigación del desarrollo, etc.

Estas son algunas condiciones de vida.

- Situación económica / situación social
- Condición política
- Condición de salud.²³

Calidad de vida relacionada con la salud

La OMS, en un grupo de estudios sobre calidad de vida, lo define como "percepción individual del estado de vida en relación con los objetivos y expectativas en el contexto de la cultura y el sistema de valores". Es un concepto amplio que opera en un área o dominio como la salud física, el estado psicológico, y las características de su entorno.¹²

En este sentido, la calidad de vida ha llevado, desde un punto de vista general, está referida a como el paciente ve limitados sus actividades físicas y mentales. Las peculiaridades de los diversos procesos patológicos y la presión para objetivar sus efectos particulares han motivado la creación de medidas específicas relacionadas con cada enfermedad y su impacto específico en la vida de sus personas.

De esta manera, se puede distinguir entre medidas generales de calidad de vida y otras medidas relacionadas con ciertos aspectos de diferentes morbilidades de cada integrante de la familia, educación, trabajo, infraestructura y personas a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que es un indicador de uso común para medir la calidad de vivir de estos pacientes.

Así, la calidad de vida es una categoría multidimensional, basada en la percepción de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre, que lucha contra conceptos humanos unidimensionales y uniformes. Fuerza mucha creatividad para aprender. Lo anterior encaja perfectamente con la mayoría de las tendencias actuales que se niegan a considerar a los humanos como humanos lineales. Esto se considera obsoleto. Debido a que la complejidad de los humanos no puede describirse desde la misma compañía, la forma general permite una mayor comprensión de esta variedad de factores que interactúan. Por esta razón, el concepto de calidad de vida depende en gran medida del concepto del mundo

personal, la interpretación y el aprecio que le ha dado, la vida y la esperanza.²⁴

2.4.1. ASPECTOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD.

En pacientes crónicos, se observa una pérdida significativa en una de las variables consideradas salud, que es un factor importante en la calidad de vida. En ese caso, la calidad de vida del paciente crónico depende del nivel de adaptación a la enfermedad, el tratamiento y los factores psicológicos con respecto a los efectos de ambos. Los pacientes crónicos deben enfrentar los aspectos severos y desproporcionados de las demandas "dolorosas" de la enfermedad para recuperar (o establecer) una mejor calidad de vida. La calidad de vida es un "producto" del proceso de adaptación funcional a la enfermedad, que está estrechamente relacionado con el "trabajo" de afrontamiento (el proceso de búsqueda de recursos potenciales y esfuerzos de movilización).

La (OMS) conceptualizó y midió la calidad de vida subjetiva a mediados de la década de 1980, lo que resultó en un proyecto de evaluación de CV en el contexto de la atención médica. Los CV se han definido en función de cómo las personas perciben su lugar en los entornos culturales y el sistema de valor en el que viven, y en su objetivo, expectativa, estándares de modus vivendu. Por supuesto, todo esto tenía derecho por su salud física, y mental.

La calidad de vida tiene la mayor expresión relacionadas con la salud. Las tres dimensiones que conforman la calidad de vida global e integrada son:

Aspecto físico: la percepción de una condición física o de salud como la falta de enfermedad, los síntomas causados por la enfermedad y los efectos secundarios de la terapia. Estar saludable es, sin duda, un aspecto fundamental para vivir una vida de calidad.

Aspecto psicológico: es la percepción individual de los estados cognitivos y emocionales como el miedo, la ansiedad, la falta de comunicación, la pérdida de la autoestima y las incertidumbres sobre el futuro. Incluye actitudes hacia las creencias, espiritual y religiosa y el sufrimiento como significados de la vida.

Aspectos sociales: apoyo de la familia y la sociedad, relaciones médico-paciente y percepciones individuales de las relaciones inter personales humanas y el rol social como necesidades de resultados laborales.²⁵

¿Por qué utilizar la calidad de vida relacionada con la salud?

El interés reciente en la calidad de vida de los pacientes renales en el tratamiento de diálisis se debe al hecho de que el IRC en etapa terminal, como otras enfermedades crónicas, afecta la vida de las personas que lo padecen: cuando las relaciones cambian, las familias, la socialización Reconocimiento de trabajos, actividades realizadas, eventos. Generalmente causa trastornos emocionales como depresión, ansiedad y autoestima reducida, que afectan no solo la adaptación del paciente a tratamientos alternativos para la función renal, sino también la supervivencia tanto del paciente como de la tecnología. Escuchar a los pacientes, tomar su punto de vista y potenciar la toma de decisiones es un esfuerzo para reforzar el compromiso del equipo de atención médica para mejorar el tratamiento.

¿En qué circunstancias se debe evaluar la calidad de vida?

El desarrollo de la tecnología de diálisis ha tenido un efecto significativo en la supervivencia de estos pacientes. Sin embargo, en sistemas cada vez más afectados por la economía y el alto costo del tratamiento, su justificación puede en algunos casos ser cuestionada y dilucidar el verdadero impacto en otros aspectos fundamentales como la calidad. Aún pendiente el final de la vida de los pacientes con IRC. Como resultado, existe un creciente interés en desarrollar metodologías, observadores externos a aquellas que toman al paciente como una fuente subjetiva de los efectos causados por la patología en la vida diaria.²⁶

Cuando evaluar la calidad de vida

Las variaciones en la definición de calidad de vida requirieron consenso sobre conceptos que cubren la mayoría de las características de los individuos en diferentes lugares y situaciones. Con este fin, la OMS conceptualizó la calidad de vida "como percepciones individuales de posiciones en la vida, en la esfera cultura y valores en el que viven, y acorde con su propósito". Representantes se reunieron para dar sus expectativas, estándares y preocupaciones.

Evaluación de la calidad de vida.

Las preocupaciones internacionales acerca de tener instrumentos para evaluar y medir la calidad de vida han llevado a investigadores e instituciones a desarrollar equipos para ese propósito. Entre los instrumentos utilizados para medir la calidad

de vida, se encuentran SF-36 (estudio de salud de forma corta de resultados médicos del estudio de 36 ítems) y KDQOL-SFTM (forma corta de enfermedad renal y calidad de vida). Se usan más comúnmente en pacientes con insuficiencia renal crónica. KDQOL-SFTM fue desarrollado por el Grupo de Trabajo / Grupo RAND de Enfermedades Renales y Calidad de Vida (KDQOL) patrocinado por la Universidad de Arizona en 1994 debido a la necesidad de instrumentos psicométricos para evaluar la calidad de vida. Relacionados con la salud, especialmente la enfermedad renal. El apoyo social brindado a los pacientes renales crónicos y cómo se percibe es más importante para desarrollar nuevas estrategias para ayudar a mantener la calidad de vida y el dolor frente a enfermedades debilitantes y dependientes.

2.4.2. DIMENSIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

Entre los factores que afectan la calidad de vida, se pueden mencionar los siguientes:

- Independencia de funciones. Grado de función física, mental y económica. Las personas independientes tienen una mejor calidad de vida que las que dependen de la familia y la sociedad.
- Vivir en casa, vivir con familiares y parejas. El fallecimiento de uno de los miembros del grupo familiar tiene impacto negativo en la vida del paciente afectando su calidad de vivir.
- Familia, relaciones sociales.

Medición de la calidad de vida.

La calidad de vida incluye aspectos de bienestar y sociedad, políticas materiales e inmateriales, objetivas y subjetivas, personales y colectivas.

Un modelo para medir la calidad de vida.

Factores importantes

El factor clave son los recursos que tienes

Ingresos disponibles

Puesto en el mercado laboral, Salud, Nivel educativo, etc.

Algunos creen que la condición económica influye favorablemente es mejorar la calidad de vivir de estos pacientes pues tienen medios para solventar sus ayudas.

Factores ambientales

Los vecinos / las sociedades pueden afectar la calidad de vida, como:

Existencia y acceso a servicios, seguridad y delincuencia, transporte capacidad de utilizar nuevas tecnologías para simplificar la vida.

Factores de relacionamiento

Incluye relaciones con familiares, amigos y redes sociales.

La sociedad y el entorno desempeñan un papel modesto cuando una familia desempeña un papel central en la vida de los ancianos con falla renal.²⁸

2.5. MARCO CONCEPTUAL

- Calidad de vida del paciente: es la forma de comportamiento o cumplimiento que tiene un individuo en el proceso de realizar hábitos alimenticios, ejercicio, descanso y sueño.
- Paciente: Un individuo que ha sido examinado o tratado médicamente y se deriva del verbo latino "pati" es un adjetivo para la paciencia (la capacidad de soportar o sufrir). (Saber qué hacer o esperar).
- Hemodiálisis: "Tecnología de purificación de sangre extracorpórea" que suministra parcialmente algunas funciones del riñón. Como "filtro de purificación", puede controlar artificialmente la composición del agua y diversas sustancias que son perjudiciales para el cuerpo humano y mantener la vida. Se produce la restauración de la función renal.
- Pacientes en hemodiálisis: los pacientes que participan en los servicios de hemodiálisis, son diagnosticados con enfermedad renal crónica y necesitan continuar con su vida regular de tres semanas.
- Enfermedad renal crónica: Riñón afectado durante al menos 3 meses secundario a una disminución lenta, progresiva e irreversible en los recuentos de nefronas, con síndromes clínicos resultantes de la incapacidad para purificar, excretar, regular y funciones endocrinas de la función renal. Discapacidad en el metabolismo sostenido.
- Enfermería en enfermedad renal: Las enfermeras especializadas en atención de enfermedad renal brindan atención y cuidado a pacientes con enfermedad renal.

2.6. HIPÓTESIS

2.6.1. HIPÓTESIS GENERAL

- Estudio descriptivo no presenta hipótesis.

2.7. VARIABLES

2.7.1. VARIABLE DE ESTUDIO

- Calidad de vida

2.7.2. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

- Edad
- Sexo
- Tiempo en tratamiento

2.8. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- Calidad de vida. Percepciones individuales de situaciones de la vida en el contexto de culturas y sistemas de valores en relación con objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.
- Sexo. Conjunto de los individuos que comparten esta misma condición orgánica.
- Edad. Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.
- Tiempo en tratamiento. Espacio temporal que se encuentra hemodializándose.

Definición operacional

- Calidad de vida. Medida a través del cuestionario SF36
- Sexo. Medida a través de la ficha de recolección de datos.
- Edad. Medida a través de la ficha de recolección de datos.
- Tiempo en tratamiento. Obtenida a través de la entrevista

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO

- Observacional. Pues las variables son estudiadas en su ambiente natural.
- Transversal. Debido a que la medida de la variable es solo en una ocasión.
- Descriptiva. Pues de una sola variable.

3.1.2. NIVEL

- Descriptiva

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Pacientes que se encuentran en hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica que son aprox. 120 pacientes mayores de 18 años.

3.2.2. MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes que se encontraban en la unidad de diálisis, del Hospital Regional de Ica, que cumplían los criterios de inclusión, y que no se hallaban en el grupo de quienes tenían criterios de exclusión.

Fórmula para obtener una muestra de una población conocida.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot P \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot P \cdot q}$$

$$d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot P \cdot q$$

$$N = 120$$

$p = 0.5$ proporción que maximiza la muestra

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{120 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (120 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 96 \text{ pacientes}$$

3.2.3. MUESTREO:

Muestra obtenida por muestreo aleatorio simple al azar donde todos los integrantes de la población tienen la misma posibilidad de ingresar al estudio.

Criterios de inclusión:

Paciente adulto mayor que se encuentra en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica que desee colaborar con el estudio y se encuentre en condiciones de desarrollar el cuestionario

Criterios de exclusión:

Paciente adulto mayor que se encuentra en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica que no desee colaborar con el estudio o no se encuentre en condiciones de desarrollar el cuestionario

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**3.3.1. TÉCNICA**

Entrevista pues se aplicó un cuestionario al paciente.

3.3.2. INSTRUMENTO

Cuestionario F 36

El SF36 es un instrumento psicométricamente sólido de 36 ítems, que cubren principalmente dos áreas:

- El Estado Funcional
- El Estado Bienestar

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método de recopilación de información fue sencillo y se aplicó a través de entrevistas personales con cada paciente en los servicios renales, encuestas realizadas mientras esperaba o esperaba un programa de tratamiento de diálisis. El tiempo promedio para aplicar el cuestionario fue de aproximadamente 20 minutos por paciente.

El instrumento es una ficha individual para caracterizar a cada paciente.
(Ver anexos)

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada se procesó electrónicamente utilizando el software estadístico SPSS versión 23 y se usó la estadística descriptiva de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados serán presentados mediante gráficos y tablas.

Corresponde a un estudio descriptivo

M____O1____R

- M: Muestra
- O1. Observación
- R: Resultados

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Los datos forman parte de una investigación en la que el autor se compromete a no divulgar la identidad de los participantes, para que de esta manera se garantice la confidencialidad en la información.

Así mismo, en este estudio no se presenta conflicto de intereses.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis en el Hospital Regional diciembre del 2019

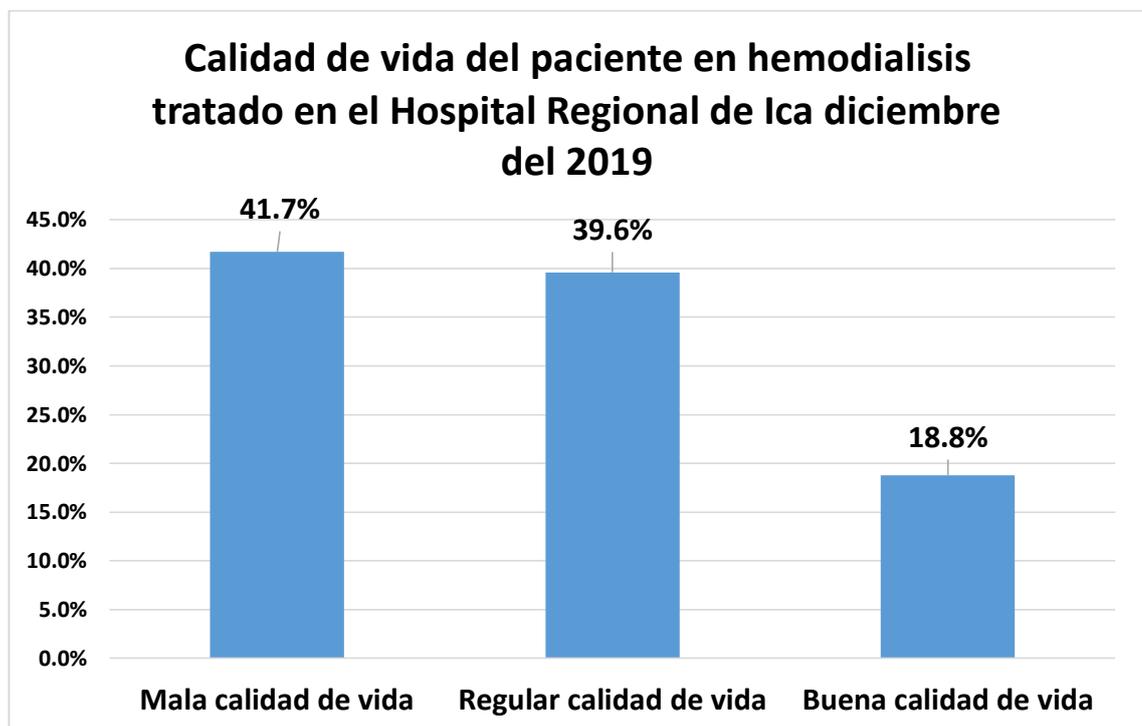
Tabla N° 1

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de vida	40	41.7%
Regular calidad de vida	38	39.6%
Buena calidad de vida	18	18.8%
Total	96	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que los pacientes en hemodiálisis tratados en el Hospital Regional de Ica el 41.7% tienen mala calidad de vida, el 39.6% regular calidad de vida y el 18.8% de los pacientes tienen buena calidad de vida.

Grafico N° 1



Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según edad

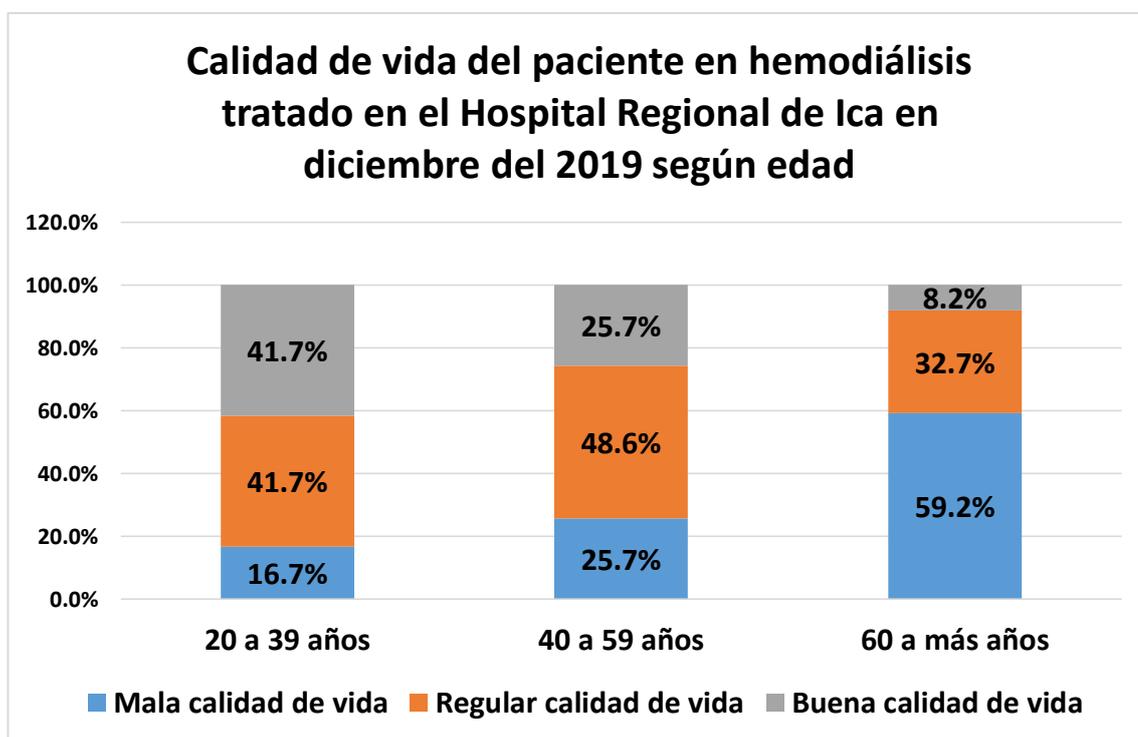
Tabla N° 2

Calidad de vida	EDAD			Total
	20 a 39 años	40 a 59 años	60 a más años	
Mala calidad de vida	2 16.7%	9 25.7%	29 59.2%	40 41.7%
Regular calidad de vida	5 41.7%	17 48.6%	16 32.7%	38 39.6%
Buena calidad de vida	5 41.7%	9 25.7%	4 8.2%	18 18.8%
Total	12 100.0%	35 100.0%	49 100.0%	96 100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que los pacientes en hemodiálisis la mala calidad de vida predomina en los pacientes con 60 a más años (59.2%), mientras que la calidad de vida regular predomina en los de 40 a 59 años (48.6%) y la buena calidad de vida es más frecuente en los que tienen de 20 a 39 años (41.7%).

Grafico N° 2



Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según sexo

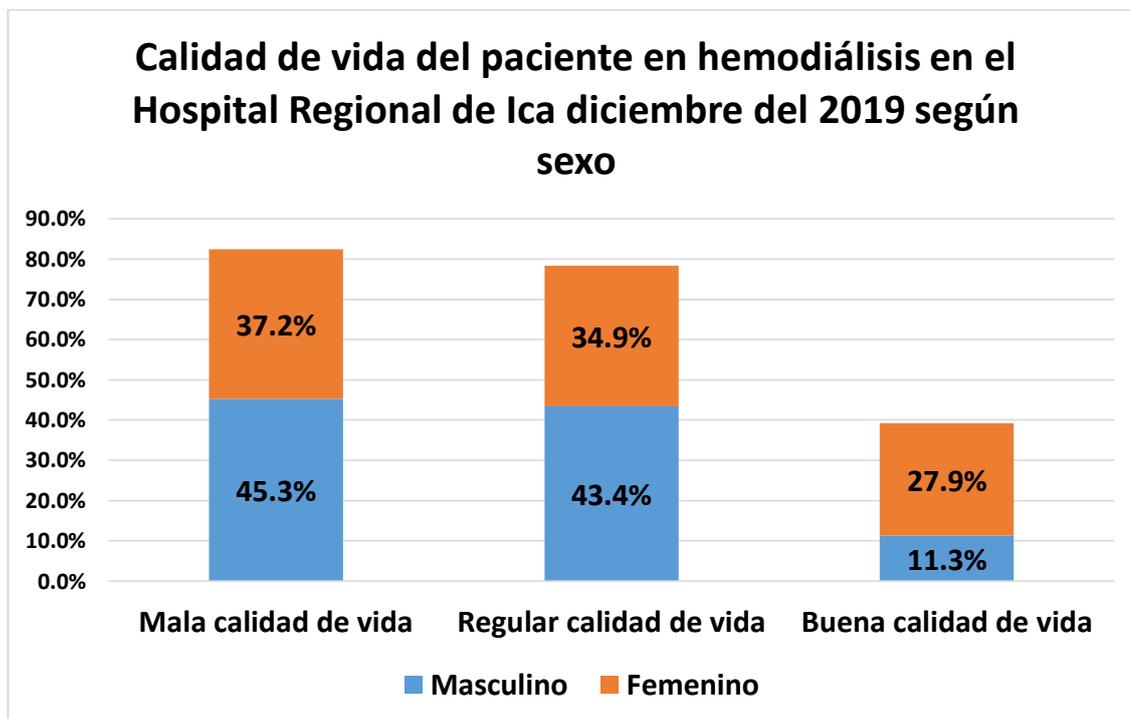
Tabla N° 3

Calidad de vida	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Mala calidad de vida	24	16	40
	45.3%	37.2%	41.7%
Regular calidad de vida	23	15	38
	43.4%	34.9%	39.6%
Buena calidad de vida	6	12	18
	11.3%	27.9%	18.8%
Total	53	43	96
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que los pacientes en hemodiálisis la mala calidad de vida predomina en los pacientes masculinos (45.3%) igual que la regular calidad de vida (43.4%) y la buena calidad de vida es más frecuente en el sexo femenino (27.9%).

Grafico N° 3



Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según tiempo en tratamiento

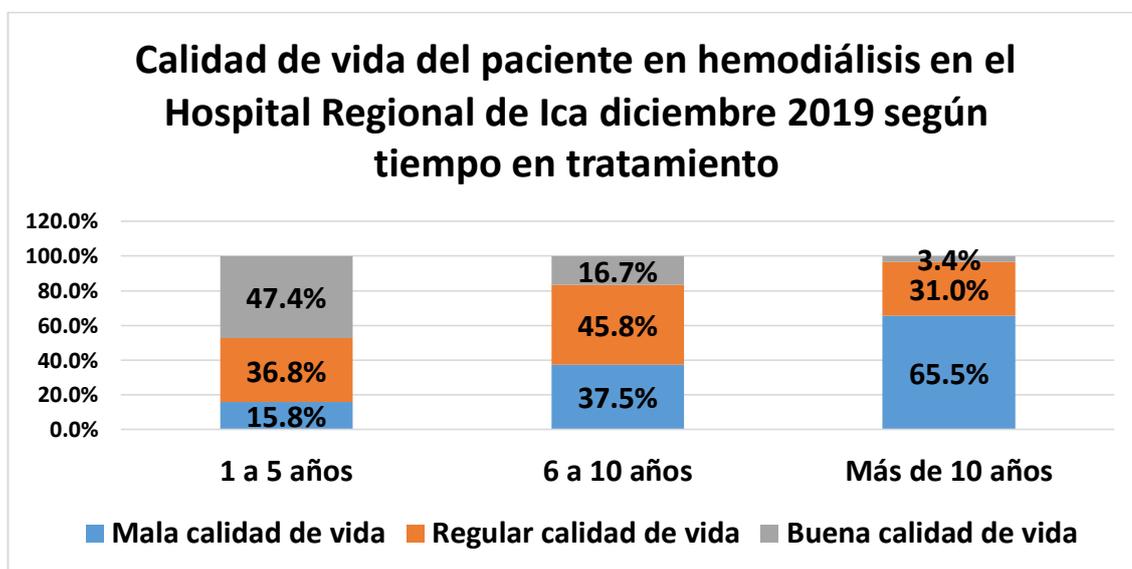
Tabla N° 4

Calidad de vida	TIEMPO DE TRATAMIENTO EN HEMODIÁLISIS			Total
	1 a 5 años	6 a 10 años	Más de 10 años	
Mala calidad de vida	3 15.8%	18 37.5%	19 65.5%	40 41.7%
Regular calidad de vida	7 36.8%	22 45.8%	9 31.0%	38 39.6%
Buena calidad de vida	9 47.4%	8 16.7%	1 3.4%	18 18.8%
Total	19 100.0%	48 100.0%	29 100.0%	96 100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que los pacientes en hemodiálisis, la mala calidad de vida predomina en los pacientes que tienen mas de 10 años en tratamiento sustitutivo (65.5%), mientras que la regular calidad de vida es más frecuente en los que tienen 6 a 10 años en tratamiento (45.8%) y los que tienen buena calidad de vida predomina en los que tienen 1 a 5 años en tratamiento (47.4%).

Grafico N° 4



4.2. DISCUSIÓN

La hemodiálisis es un procedimiento que tiene al paciente postrados por unas horas, y se realiza de acuerdo a la gravedad de la función renal varias veces a la semana, por lo que la calidad de vida del paciente se ve limitado, por ello presentamos los resultados de la investigación que determina la calidad de vida del paciente en hemodiálisis según algunas variables epidemiológicas básicas.

En la tabla N° 1 se determinó que los pacientes que se encuentran en hemodiálisis el 41.7% de ellos tienen una baja calidad de vida por los desgastes que produce los procedimientos de diálisis, el 39.6% tienen regular calidad de vida pues se ven limitados en muchas de sus actividades que regularmente lo hacían antes de estar enfermos, y el 18.8% de ellos tienen una adecuada calidad de vida pues aún pueden compensar sus actividades a las horas perdidas durante el proceso de hemodiálisis. Sánchez.⁴ en su estudio indica que los pacientes en hemodiálisis sobre todo tienen mala a regular calidad de vida pues se ven afectados por los procedimientos dialíticos. Mientras que, Costa.⁶ en Murcia Madrid concluye en su estudio que la mayoría de los pacientes tienen calidad de vida regular. Y Alarcón.⁷ en su estudio en el Hospital Arzobispo Loayza en Lima encuentra que los pacientes sometidos a hemodiálisis en su mayoría tienen mala calidad de vida sobre todo en las dimensiones físicas y psicológicas. De igual modo concluye Carrasco.⁸ en su estudio en el Hospital Dos de Mayo que indica que los pacientes con hemodiálisis la mayoría se ven poco saludables. Ramírez Ponce.¹⁰ indica en su estudio que la calidad de vida puede mejorar si existe apoyo familiar, encontrando una asociación significativa entre estas dos condiciones.

En la tabla N° 2 se analiza el problema desde el punto de vista de la edad del paciente, determinándose que los pacientes que tienen edades mayores son aquellos que tienen sobre todo mala calidad de

vida pues es sabido que los de mayor edad tienen menos probabilidad de soportar limitaciones propios de la enfermedad y de los procedimientos de hemodiálisis que dentro de sus efectos secundarios es eliminación de varios electrolitos, vitaminas y proteínas entre otros elementos necesarios para un buen metabolismo, mientras que los que tienen menos edades son los que soportan mejor el proceso de la hemodiálisis. Esta asociación fue demostrada por Albañil.⁵ en Córdoba donde concluye que la edad está asociada a la calidad de vida en estos pacientes, siendo más afectada cuando el paciente es más anciano.

De igual modo se analiza al sexo en relación a la calidad de vida del paciente en hemodiálisis y se determinó que son el sexo femenino la que mejor tolera el proceso en comparación con el sexo masculino, ello se debería al parecer porque la mujer es más independiente del varón de tal modo que puede superar mejor las limitaciones que el proceso de diálisis involucra.

Finalmente evaluamos el tiempo de tratamiento en diálisis y la calidad de vida, objetivando que los pacientes que tienen en diálisis más de 10 años son los que tienen más mala calidad de vida que aquellos que tienen menos de 5 años en tratamiento, ello se debería al desgaste que este proceso provoca en el paciente siendo este más manifiesto cuanto más tiempo tiene el paciente tratándose con hemodiálisis. Mientras que Herrera.⁹ concluye en su estudio realizado en Perú que la patología insuficiencia renal crónica terminal es una enfermedad frecuente de allí que el diagnóstico y tratamiento debe ser temprano y promover estilos de vida adecuados para evitar lesionar la función renal.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Los pacientes en hemodiálisis tratados en el Hospital Regional de Ica el 41.7% tienen mala calidad de vida, el 39.6% regular calidad de vida y el 18.8% de los pacientes tienen buena calidad de vida.
2. La mala calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis predomina en los pacientes con 60 a más años (59.2%), mientras que la calidad de vida regular predomina en los de 40 a 59 años (48.6%) y la buena calidad de vida es más frecuente en los que tienen de 20 a 39 años (41.7%).
3. La mala calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis predomina en los pacientes masculinos (45.3%) igual que la regular calidad de vida (43.4%) y la buena calidad de vida es más frecuente en el sexo femenino (27.9%).
4. La mala calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis, predomina en los pacientes que tienen más de 10 años en tratamiento sustitutivo (65.5%), mientras que la regular calidad de vida es más frecuente en los que tienen 6 a 10 años en tratamiento (45.8%) y los que tienen buena calidad de vida predomina en los que tienen 1 a 5 años en tratamiento (47.4%).

5.2. RECOMENDACIONES

1. Brindar tratamiento integral al paciente hemodializado, tanto básico para sustituir la función renal como apoyo psicológico y social para superar las limitaciones que el proceso implica, canalizando alternativas de formas de vida que sean efectivas y no se manifieste que están limitados, como es el uso del internet cuando se encuentra en proceso de diálisis, musicoterapia, hidroterapia, masoterapia.
2. Buscar medios de distracción y promover calidad alimentaria al paciente adulto mayor facilitándole una forma de vida holgada y fácil de llevar a fin de que la limitación no sea un motivo de depresión o desmedro de su salud.
3. Insistir sobre todo en el paciente masculino, por ser el más vulnerable a presentar enfermedades como depresión, abandono producto de su nueva vida, por lo que el apoyo familiar, del sector salud debe ser importante a fin de que el paciente no se sienta que está solo en este problema de salud.
4. Tener mayor apoyo y cuidado con los pacientes que tienen más tiempo en tratamiento pues son los que menor calidad de vida tienen, para ello es necesario crear un programa de apoyo al paciente hemodializado que incluya ayuda profesional, visitas domiciliarias, inclusión social y laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fernández E. Apoyo familiar y afrontamiento según percepción de pacientes con hemodiálisis de la Clínica Internacional del Riñón-Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo 2014.
- 2.- Delgado M. Calidad de vida en paciente hemodializado del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Universidad Nacional de Trujillo, 2014.
- 3.- García, J. El soporte socio familiar del paciente con enfermedad renal crónica. ALMA MÁTER; 2015: 2(3):203-214.
- 4.- Sánchez Hernández C. Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. 2016. AMC vol.20 no.3 Camagüey mayo-jun. 2016
- 5.- Albañil Frías, T. Análisis de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis ambulatoria y su relación con el nivel de dependencia, Córdoba 2014. Enferm Nefrol vol.17 no.3 pp167/174. Madrid jul./sep. 2014
- 6.- Costa, G. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis Murcia Madrid 2016.
- 7.- Alarcon Nuñez, M. Calidad de vida de pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015
- 8.- Carrasco Reyes, F. Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015
- 9.- Herrera- Añazco, P. La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Lima 2016. Acta méd. peruana vol.33 no.2 Lima abr./jun. 2016

- 10.- Ramírez Ponce, A. Apoyo familiar y calidad de vida en pacientes hemodializados en la clínica médica nefrológica, 2017.
- 11.- López y López LR, Baca-Córdova A, Guzmán-Ramírez PM, Ángeles-Acuña A, Ramírez-del Pilar R, López-González DS et al . Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento. Med. interna Méx. 2017;33(2):177-184
- 12.- Organización Panamericana de Salud: OPS. La OPS/OMS y La Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. 2015.
- 13.- Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015. Ministerio de Salud del Perú. 2016.
- 14.- Quispe M. Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua, asegurados al seguro social de salud (ESSALUD) Puno-2016. [Tesis de Licenciatura] Puno –Perú. Universidad Nacional Del Altiplano, 2017.
- 15.- Barbero Narbona E, Tejeda Araez E, . Estudio comparativo del estado físico, mental y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en diálisis. Enferm Nefrol. 2016;19(1):29-35.
- 16.- Aica S. Calidad de vida del paciente adulto en hemodiálisis del Centro Especializado de Enfermedades Renales. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015
- 17.- Chávez J. Calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Arzobispo Loayza. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

18.- Ministerio de Salud: MINSA. Diabéticos e hipertensos pueden padecer de una enfermedad renal. Revista Archivo de noticias en Sala de Prensa. 2015. Disponible desde:<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16193>(consulta: 13 de en. de 2017).

19.- Subdirección general de calidad y cohesión: SGCC. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. España. 2015. Disponible desde:http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf(consulta: 13 de enero del 2017).

20.- Dirección general de epidemiología. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú. 2016. Disponible desde:[http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20EL%20PERU%20(1).pdf)(consulta: 14 de enero del 2017)

21.- Arruda G, Gomes M, de Medeiros S, de Oliveira R, Cossi M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global* 2016; 15(03): 59-72.

22.- Pabón Y, Saray K, Rodríguez D, Medina C. Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Revista Duazary*. 2015; 12(02): 157-163.

23.- Liñán L. Factores biosociodemográficos y calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis en clínica de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo, 2015.

24.- Sánchez J. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Tesis de Licenciatura. Piura-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego 2014.

25.- Hernández Cantú, E. Calidad de vida en pacientes nefrópatas con distintos tratamientos en un hospital de segundo nivel de atención en Nuevo León.

26.- Mora-Gutiérrez JM, Slon-Robledo MF, Castaño-Bilbao I, Izquierdo-Bautista D, Arteaga-Coloma J, Martínez-Velilla N. Enfermedad renal crónica en el paciente anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 2017. 52(3)

27.- Ávila-Saldivar MN. Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. Med Int Mex [Internet]. 2013 [citado el 12 de enero de 2018];29:148–53.

28.- Barros-Higgins L, Herazo-Beltrán Y, Aroca-Martínez G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. Rev Fac Med [Internet]. 2015 [citado el 11 de enero de 2018];63(4)

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Alumno: Barron Campos Ayrton Sly

Asesor: Dr. Leveau Bartra, Harry Raul

Local: UPSJB – FILIAL ICA.

Tema: Calidad de Vida del Paciente Renal Hemodializado Hospital Regional de Ica Diciembre 2019.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	INSTRU MENTO	FUENTE
Variable de estudio Calidad de vida	Percepción de un individuo de su situación de vida, puesto que en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones	Medida a través de la ficha del cuestionario	Mala Calidad Regular Calidad Buena Calidad	Medida a través del cuestionario SF36	Paciente

Sexo	Conjunto de los individuos que comparten esta misma condición orgánica	Obtenida a través de la ficha de recolección de datos.	Masculino Femenino	Ficha de datos	Paciente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Obtenida a través de la ficha de recolección de datos.	Grupos etareos	Ficha de datos	Paciente
Tiempo en tratamiento	Espacio temporal que cuenta en tratamiento de hemodiálisis	Obtenida a través de la ficha de recolección de datos.	Años	Ficha de datos	Paciente

ANEXO 2. INSTRUMENTO



TÍTULO: CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL HEMODIALIZADO
HOSPITAL REGIONAL DE ICA DICIEMBRE 2019

1- FICHA N° _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad _____ años

Sexo

(Masculino) (Femenino)

Tiempo en tratamiento _____

II. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Tomado de: Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Barcelona. España

Su Salud y Bienestar.

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y encierre con un círculo (O) el número que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es: (marque solo un número)

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

2. **¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:** (marque solo un número)

- 5. Mucho mejor ahora que hace un año
- 4. Algo mejor ahora que hace un año
- 3. Más o menos igual que hace un año
- 2. Algo peor ahora que hace un año
- 1. Mucho peor ahora que hace un año

3. **Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?** (marque solo un número por cada pregunta)

Items	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, me limita nada
Esfuerzos internos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	1	2	3
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	1	2	3
Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
Agacharse o arrodillarse	1	2	3
Caminar un kilómetro o más	1	2	3
Caminar varios centenares de metros	1	2	3
Caminar unos 100 metros	1	2	3
Bañarse o vestirse por si mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los Sigüientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? (marque solo un número por cada pregunta)

Items	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo y/o sus actividades cotidianas	1	2	3	4	5
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer	1	2	3	4	5
Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas	1	2	3	4	5
Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo le costó más de lo normal)	1	2	3	4	5

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

(Marque un solo número por cada pregunta)

Items	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo y/o actividades cotidianas por algún problema emocional?	1	2	3	4	5

Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	1	2	3	4	5
Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre por algún problema emocional?	1	2	3	4	5

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

(Marque un solo número)

5. Nada 4. Un poco 3. Regular 2. Bastante 1. Mucho

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

(Marque un solo número)

5. No, ninguno

4. Sí, muy poco

3. Sí, un poco

2. Sí, moderado

1. Sí, mucho

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

5. Nada 4. Un poco 3. Regular 2. Bastante 1. Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia (Marque un solo número por cada pregunta)

Items	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca
¿Se sintió lleno de vitalidad?	5	4	3	2	1
¿Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5
¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5
¿Se sintió calmado y tranquilo?	5	4	3	2	1
¿Tuvo mucha energía?	5	4	3	2	1
¿Se sintió desanimado y deprimido?	1	2	3	4	5
¿Se sintió agotado?	1	2	3	4	5
¿Se sintió infeliz?	1	2	3	4	5
¿Se sintió cansado?	1	2	3	4	5

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

- 1. Siempre**
- 2. Casi siempre**
- 3. Algunas veces**
- 4. Solo alguna vez**
- 5. Nunca**

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases: (Marque un solo número por cada pregunta)

Items	Totalmente cierto	Bastante cierto	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
Estoy tan sano como cualquiera	5	4	3	2	1
Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
Mi salud es excelente	5	4	3	2	1

Puntaje máximo: 160

Puntaje mínimo: 36

Buena calidad de vida. De 120 a 160

Regular calidad de vida. De 78 a 119

Mala calidad de vida. De 36 a 77

Página web de referencia del cuestionario original: <http://www.sf-36.org/>

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Alumno: Barron Campos Ayrton Sly

Asesor: Dr. Leveau Bartra, Harry Raul

Local: UPSJB – FILIAL ICA.

Tema: Calidad de Vida del Paciente Renal Hemodializado Hospital Regional de Ica Diciembre 2019.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p>Problema principal ¿Cuáles es la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis en el Hospital Regional diciembre del 2019?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles es la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica</p>	<p>Objetivo General •Determinar la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis en el Hospital Regional diciembre del 2019</p> <p>Objetivos Específicos Determinar la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica</p>	<p>Hipótesis general No aplica</p>	<p>Variable de estudio Calidad de vida</p> <p>Variables de caracterización Sexo</p> <p>Edad</p>	<p>Puntaje del SF36</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Grupos etarios</p>	<p>Tipo de Investigación Observacional Transversal Descriptiva</p> <p>Nivel Descriptiva</p> <p>Población Pacientes que se encuentran en hemodiálisis en el Hospital</p>

<p>diciembre del 2019 según edad? ¿Cuáles es la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según sexo? ¿Cuáles es la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según tiempo en tratamiento?</p>	<p>diciembre del 2019 según edad Determinar la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según sexo Determinar la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica terminal en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica diciembre del 2019 según tiempo en tratamiento</p>		<p>Tiempo diálisis</p>	<p>en Años</p>	<p>Regional de Ica que son aprox. 120 pacientes mayores de 18 años</p> <p>Muestra 96 pacientes</p> <p>Instrumento Ficha de datos F36</p>
--	---	--	------------------------	----------------	--

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Institución: Universidad Privada San Juan Bautista

Investigador: Barron Campos Ayrton

Título: CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE RENAL HEMODIALIZADO HOSPITAL REGIONAL DE ICA DICIEMBRE 2019

La presente investigación. Tiene como objetivo: Determinar la calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis en el Hospital Regional diciembre del 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de la Entrevista. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación y sus respuestas al cuestionario serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si tiene alguna consulta o duda adicional, por favor pregunte al responsable del estudio: Barron Campos Ayrton, celular: 920741485.

Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Participante

Fecha:

Nombre:

DNI:

Acepto participar en la Investigación: -----

FIRMA DEL PACIENTE

ANEXO 5. BASE DE DATOS

N°	Edad	Grupo etareo	Sexo	Tiempo en Tx	Calidad de vida
1	70	60 a más años	Masculino	1 a 5 años	Mala calidad de vida
2	72	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
3	65	60 a más años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
4	60	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
5	75	60 a más años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
6	41	40 a 59 años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
7	63	60 a más años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
8	60	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
9	70	60 a más años	Masculino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
10	72	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
11	72	60 a más años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
12	42	40 a 59 años	Masculino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
13	64	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
14	64	60 a más años	Masculino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
15	44	40 a 59 años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
16	66	60 a más años	Masculino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
17	67	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
18	68	60 a más años	Masculino	1 a 5 años	Mala calidad de vida
19	68	60 a más años	Femenino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
20	70	60 a más años	Masculino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
21	72	60 a más años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
22	70	60 a más años	Femenino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
23	56	40 a 59 años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
24	66	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
25	36	20 a 39 años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
26	56	40 a 59 años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
27	66	60 a más años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
28	68	60 a más años	Masculino	Más de 10 años	Mala calidad de vida

29	50	40 a 59 años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
30	66	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
31	66	60 a más años	Femenino	1 a 5 años	Mala calidad de vida
32	68	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
33	70	60 a más años	Femenino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
34	70	60 a más años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
35	76	60 a más años	Femenino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
36	46	40 a 59 años	Masculino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
37	76	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
38	56	40 a 59 años	Masculino	Más de 10 años	Mala calidad de vida
39	37	20 a 39 años	Masculino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
40	57	40 a 59 años	Femenino	6 a 10 años	Mala calidad de vida
41	50	40 a 59 años	Masculino	Más de 10 años	Regular calidad de vida
42	80	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
43	84	60 a más años	Femenino	1 a 5 años	Regular calidad de vida
44	54	40 a 59 años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
45	55	40 a 59 años	Masculino	Más de 10 años	Regular calidad de vida
46	85	60 a más años	Femenino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
47	55	40 a 59 años	Masculino	Más de 10 años	Regular calidad de vida
48	66	60 a más años	Femenino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
49	76	60 a más años	Femenino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
50	66	60 a más años	Femenino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
51	57	40 a 59 años	Masculino	1 a 5 años	Regular calidad de vida
52	58	40 a 59 años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
53	38	20 a 39 años	Masculino	1 a 5 años	Regular calidad de vida
54	38	20 a 39 años	Femenino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
55	59	40 a 59 años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
56	45	40 a 59 años	Masculino	1 a 5 años	Regular calidad de vida
57	70	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
58	58	40 a 59 años	Masculino	Más de 10 años	Regular calidad de vida

59	66	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
60	58	40 a 59 años	Femenino	Más de 10 años	Regular calidad de vida
61	75	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
62	50	40 a 59 años	Femenino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
63	50	40 a 59 años	Masculino	1 a 5 años	Regular calidad de vida
64	60	60 a más años	Femenino	1 a 5 años	Regular calidad de vida
65	61	60 a más años	Masculino	1 a 5 años	Regular calidad de vida
66	32	20 a 39 años	Femenino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
67	45	40 a 59 años	Masculino	Más de 10 años	Regular calidad de vida
68	38	20 a 39 años	Femenino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
69	52	40 a 59 años	Femenino	Más de 10 años	Regular calidad de vida
70	62	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
71	34	20 a 39 años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
72	58	40 a 59 años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
73	68	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
74	58	40 a 59 años	Femenino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
75	69	60 a más años	Femenino	Más de 10 años	Regular calidad de vida
76	59	40 a 59 años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
77	60	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Regular calidad de vida
78	60	60 a más años	Femenino	Más de 10 años	Regular calidad de vida
79	39	20 a 39 años	Masculino	6 a 10 años	Buena calidad de vida
80	59	40 a 59 años	Femenino	1 a 5 años	Buena calidad de vida
81	58	40 a 59 años	Masculino	6 a 10 años	Buena calidad de vida
82	62	60 a más años	Masculino	6 a 10 años	Buena calidad de vida
83	54	40 a 59 años	Masculino	Más de 10 años	Buena calidad de vida
84	66	60 a más años	Femenino	6 a 10 años	Buena calidad de vida
85	64	60 a más años	Femenino	1 a 5 años	Buena calidad de vida
86	48	40 a 59 años	Femenino	6 a 10 años	Buena calidad de vida
87	38	20 a 39 años	Femenino	6 a 10 años	Buena calidad de vida
88	51	40 a 59 años	Masculino	1 a 5 años	Buena calidad de vida

89	40	20 a 39 años	Femenino	6 a 10 años	Buena calidad de vida
90	66	60 a más años	Femenino	1 a 5 años	Buena calidad de vida
91	48	40 a 59 años	Femenino	6 a 10 años	Buena calidad de vida
92	30	20 a 39 años	Masculino	1 a 5 años	Buena calidad de vida
93	50	40 a 59 años	Femenino	1 a 5 años	Buena calidad de vida
94	45	40 a 59 años	Femenino	1 a 5 años	Buena calidad de vida
95	36	20 a 39 años	Femenino	1 a 5 años	Buena calidad de vida
96	44	40 a 59 años	Femenino	1 a 5 años	Buena calidad de vida