



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**"Calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis  
crónica en el Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz"  
junio - 2008"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Nefrología

**AUTOR**

Rebeca Beatriz ALATRISTA VERGARA

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

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

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## **Referencia bibliográfica**

---

Alatriza R. Calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis crónica en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” junio - 2008 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

---

# Dedicatoria

Mi tesis la dedico con todo mi cariño y amor.

Primero a Dios que siempre ilumina mi sendero y guía cada uno de mis pasos , a mis padres que me dieron la vida , una carrera ,a mi familia por creer siempre en mi ,aunque pase momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor , apoyo y comprensión , a las maravillosas personas que conforman el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional PNP “Luís Sáenz” (doctores, enfermeras , técnicos , pacientes ) , a mis docentes , muy en especial a el Dr. Segundo Bustamante y a mis compañeros de la Residencia.

A todos puedo decirles, que sin ustedes a mi lado no lo hubiese logrado, tantas desveladas están dado sus frutos, los quiero, nunca los olvidare.

*“Es la hora de partir, la dura y fría hora que la noche sujeta a todo horario..”*

(Pablo Neruda)

# Índice

	Pág.
<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
II.1 Antecedentes del problema.....	5
II.2 Fundamentos y Marco teórico.....	8
II.3 Justificación.....	12
<b>III. OBJETIVOS</b>	12
III.1. Objetivo General.....	
III.2. Objetivos Específicos.....	12
<b>IV. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	
IV.1 Diseño de Estudio .....	13
IV.2 Población y Muestra.....	13
IV.3 Instrumentos.....	13
IV.4 Operacionalización de Variables.....	14
IV.5 Técnicas y Procedimientos de Recolección de Datos.....	18
IV.6 Procesamiento y análisis de datos.....	18
IV.7 Consideraciones Éticas.....	18
<b>V. RESULTADOS</b> .....	18
<b>VI. DISCUSIÓN</b> .....	20
<b>VII. CONCLUSIONES</b> .....	24
<b>VIII. RECOMENDACIONES</b> .....	24
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	25
<b>TABLAS Y ANEXOS</b> .....	27

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Descripción de las características de la población .Estudio de calidad de vida en el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008.....	27
<b>Tabla 2.</b> Puntaje Promedio de las Dimensiones de la Calidad de Vida y de las Medidas Resumen Estudio de calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis crónica el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008.....	28
<b>Tabla 3.</b> Dimensiones de la Calidad de Vida según Sexo, Edad, Apoyo Social. Estudio de Calidad de Vida en los pacientes en hemodiálisis crónica el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008.....	29
<b>Tabla 4</b> Dimensiones de la Calidad de Vida según las variables Etiología, VHC, Comorbilidad . Estudio de Calidad de Vida en los pacientes en hemodiálisis crónica el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008.....	30
<b>Tabla 5.</b> Dimensiones de la Calidad de Vida según la variable Hemoglobina, Albúmina, KTV. Estudio de Calidad de Vida en los pacientes en hemodiálisis crónica el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008.....	31
<b>Tabla 6.</b> Dimensiones de la Calidad de Vida según la variable tiempo. Estudio de Calidad de Vida en los pacientes en hemodiálisis crónica el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008.....	32

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>SF - 36</b>	Quality of Life – Calidad de Vida
<b>CVRS</b>	Calidad de Vida relacionada a la salud
<b>ERCT</b>	Enfermedad Renal Crónica Terminal
<b>HD</b>	Hemodiálisis
<b>TSR</b>	Terapia de Sustitución Renal
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>HNPNP</b>	Hospital Nacional de Policía Nacional del Perú
<b>HTA</b>	Hipertensión Arterial
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>KDQOL</b>	Kidney Disease Quality of Live
<b>Hb</b>	Hemoglobina

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la calidad de vida relacionada a salud de los pacientes que reciben hemodiálisis crónica del HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ” JUNIO – 2008.

**METODOLOGIA:** Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, en 52 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario SF36.

**RESULTADOS:** De los 52 pacientes del estudio la población mayoritariamente fue masculina (57.7%), menores de 60 años (57.7%), con un tiempo promedio de 16 a 28 meses (34.61 %) en HD, la Nefropatía Diabética y los infectados con VHC representan el 36.53%, y 51.92% respectivamente; la mayoría tenía Hb por debajo de 10 gr/dl (65.38%), Albúmina por encima de 3.5 gr /dl (55.77%). El nivel de corte de KTV se tomo en referencia a las guías DOKY, encontrándose  $KTV > 1.2$  en el 69.24%. En las puntuaciones medias según SF – 36, el dolor corporal alcanza el mayor y la salud en general el menor puntaje. En las medidas resumen de CV la salud mental es la que obtiene el mayor promedio en la puntuación. Las dimensiones de la Calidad de Vida según la variable Sexo, Edad y Apoyo Social tienen diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en el Rol, Sentir Emocional, Función Física y Energía /Fatiga en especial entre los varones y mujeres (a favor de las ultimas), en el Rol Físico, Función Social y Emocional también se encuentran diferencias significativas entre los grupos etareos. Se encontraron diferencias significativas en el Rol y Función Física entre los DBM y los NDBM. La variable Tiempo se disgrego de acuerdo al tiempo de permanencia en diálisis, se hallo diferencia significativa en todas las dimensiones de la CV exceptuando el grupo de entre 29 y 40 meses. Las diferencias en la percepción de la Calidad de Vida según la variable Albúmina, se dieron en la Función Social y Energía /Fatiga, las que coincidentemente se ven en las otras 2 variables expresadas en la tabla (KTV y Hemoglobina), la variable que tiene mayor diferencia significativa en todos sus niveles de CV fue Apoyo Social.

**CONCLUSIONES:** La CV de pacientes en HD, analizada según el instrumento genérico como el SF-36, está reducida respecto a la población general, en general las mujeres valoran mejor su CV, la edad, la comorbilidad y el tiempo en HD, determinaron el componente de funcionalidad y capacidad física de forma negativa, de manera similar lo hacen en otros aspectos los niveles bajos de Albúmina, HB, KTV. La variable Apoyo Familiar marca una clara diferencia en casi todas las esferas de la percepción de la CV, por lo que es necesaria una mayor atención a los aspectos psicológicos y estado de comportamiento, de forma que su tratamiento redunde en un incremento en su estado de salud.

**Palabras Clave:** ERC/Calidad de Vida Relacionada a Salud/ Hemodiálisis.



## **I. INTRODUCCIÓN**

Actualmente las enfermedades crónicas se han convertido en el principal problema socio médico, pues son de larga duración, requieren de cuidados permanentes (medicamentos, cambios de estilos de vida), y afectan al paciente, a su entorno familiar y sociolaboral, los avances terapéuticos actuales se dirigen no tanto a mejorar la calidad de su supervivencia, sino a dar un soporte para prolongar su vida.

En el caso específico de los pacientes con ERCT de lo que se trata es de buscar su rehabilitación, no solo en prescribir terapias de sustitución renal como la hemodiálisis; sino el de buscar restaurar una calidad de vida óptima, el cual debería ser un objetivo fundamental de todos los programas de tratamiento de la Enfermedad renal crónica Terminal (ERCT). Sin embargo, muchos médicos parecen estar más interesados en medir y controlar adecuadamente los parámetros fisiológicos y bioquímicos que en los aspectos subjetivos del paciente. Las medidas fisiológicas suministran información a los clínicos, pero tienen un interés limitado para los pacientes y a menudo se correlacionan pobremente con su bienestar y su capacidad funcional. Es un hecho comúnmente observado que dos pacientes con idénticos criterios clínicos presentan respuestas totalmente diferentes en lo que a capacidad funcional y bienestar emocional se refiere. Por otra parte diversos estudios han señalado una estrecha relación entre la CVRS y la mortalidad, lo que al final determinara una mejor toma de decisiones, en la gestión de los cuidados y en el tratamiento de nuestros pacientes con ERCT en TSR.

## **II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **II.1 Antecedentes del problema:**

Hace muchos años se descubrió la posibilidad de prolongar la vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) mediante una máquina, el problema se centraba en cómo facilitar este tipo de tratamiento a todas las personas que lo necesitaban (por carencia de medios técnicos) y cómo evitar las complicaciones que de él se derivaban. Resueltos al menos parcialmente estos problemas, surge el interés por la calidad de vida de las personas que

precisaban terapia sustitutiva renal (diálisis, trasplante) para seguir viviendo, en otras palabras, cómo repercute la ERC y su tratamiento en la faceta socio personal del paciente. Estos aspectos se recogen dentro del concepto de *Calidad De Vida Relacionada a Salud* (CVRS), en el que se incluyen cuestiones físicas, mentales y sociales. Los primeros trabajos que consideraron la calidad de vida del paciente con ERC se remontan a la década de 1970, con Evans y Cols. en EEUU (4,5), que evaluando la CVRS en un amplio grupo de pacientes con ERCT tratados con hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) y trasplante renal (Tx), valoraban la calidad de vida a través del proceso de adaptación física y psicológica al tratamiento sustitutivo. Sus resultados indican la existencia de una elevada tasa de estrés en los pacientes renales y un detrimento en su calidad de vida (valorada mediante la estimación de la función física, la condición psicológica, la rehabilitación laboral, la función sexual...). Sin embargo, varias circunstancias hacen que sus resultados no puedan considerarse demasiado válidos en la actualidad, como el hecho de haber considerado un escaso número de pacientes.(8)

Desde entonces se han realizado una gran cantidad de trabajos para determinar la CVRS en el paciente, hasta la fecha se han elaborado y publicado gran número de cuestionarios de calidad de vida, incluso se han creado sociedades científicas como International Society for Quality of Life Research y han aparecido revistas médicas entre las que se puede mencionar a Quality of Life Research (1).

Por lo tanto el aporte más importante de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la incorporación de la percepción del paciente acerca de su salud a través de instrumentos válidos y confiables, cuyos resultados servirán para la toma de decisiones de su salud realizando los ajustes y cambios en beneficio de la población y de sus subgrupos entre los que se destaca el de los pacientes crónicos (2).

Entre los instrumentos más utilizados destaca el cuestionario SF-36, el cual tiene una escala genérica que brinda un perfil del estado de salud y se puede aplicar a pacientes como a la población en general. Inicialmente el cuestionario fue desarrollado en Estados Unidos y en 1991 se inició el proyecto "Evaluación Internacional de la calidad de vida" para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad

intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (23).

El SF-36 compara la carga de diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus dominios psicométricos, han sido evaluados en muchas investigaciones, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS (3,4).

Este instrumento es muy utilizado con la población de enfermos crónicos y considerando el incremento en la prevalencia de estas enfermedades, aumenta también la necesidad de evaluar las innovaciones terapéuticas con relación a los aportes que brinda al paciente no sólo en este aspecto, si no además reconocer el valor que representan las percepciones de cambio de la CVRS que experimenta cada paciente (3).

Al respecto hay algunos estudios realizados a nivel internacional entre los que se destacan:

Alonso y cols. (1995) España, informaron sobre la validez y la confiabilidad de una versión en castellano del cuestionario SF-36 (para usarse en España), a partir de un estudio hecho entre 46 pacientes con cardiopatía coronaria estable (5).

Zúñiga y cols. (1999) Méjico, con la encuesta SF-36 obtuvieron un perfil multidimensional del estado de salud de la población de Cuernavaca y se analizó las propiedades psicométricas de una traducción de este instrumento (3).

A nivel nacional se han realizado estudios aplicando el instrumento SF-36 en pacientes crónicos entre los que se puede mencionar a:

Sandoval W. (2005) Lima, realizó y validó el SF-36 en su trabajo sobre Calidad de vida percibida por los pacientes con Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Hipólito Unánue, concluyendo que la calidad de vida es mejor en las mujeres que en los hombres y asimismo existe relación directa en cuanto a su salud física y mental reportada (6).

Polanco J. (2005) Lima, elaboró una investigación usando el instrumento validado previamente, referente a la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo

2 del Hospital Nacional Hipólito Unzué, obteniendo como resultado que la calidad de vida es percibida como regular por los pacientes diabéticos (7).

Sin embargo, en el caso de los pacientes con ERCT los resultados no son uniformes, por lo que no es posible establecer conclusiones sólidas. Para algunos autores los pacientes renales, sobre todo los que reciben tratamiento con diálisis, presentan un deterioro significativo en su CVRS respecto a la población general, mientras que otros sólo han encontrado pequeñas variaciones. El diferente concepto de CVRS, la utilización de distintos instrumentos de medida, la heterogeneidad de las muestras y las diferencias culturales entre pacientes son los principales factores que justifican la variabilidad de los resultados. En nuestro país, es escasa la información con la que se cuenta acerca de calidad de vida en pacientes en hemodiálisis

## **II.2 Fundamentos: Marco teórico**

### **Calidad de vida y enfermedad crónica renal Terminal**

La ECRT es por sus características una situación de gran impacto en la CV (7). Ya en estadios precoces se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria; los tratamientos sustitutivos como la HD corrigen solo parcialmente la uremia y además introducen cambios sustanciales en el estilo de vida. La ECRT afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente, ya que al ingresar en los programas de Terapia de Sustitución Renal (TSR) están obligados a someterse a un estricto tratamiento, modificando su vida social. Las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, la pérdida de esperanzas de trasplante y en muchos casos el abandono familiar, afectan notablemente al paciente y disminuyen su colaboración, lo que conduce a conductas negativas frente a la diálisis.

Las *características* de los pacientes en diálisis han cambiado en los últimos 10 años: edad avanzada y gran *comorbilidad*. En muchos casos, a lo largo de su vida, pasan por distintas modalidades terapéuticas.

La importancia de incluir indicadores de CV en el control clínico de los enfermos se da por la estrecha relación entre CV, morbilidad y mortalidad, apareciendo muchos factores comunes al analizar estos tres parámetros (2,3).

La ECRT se asocia invariablemente con disminución de la CV, aumento y frecuencia de los síntomas y distrés psicológico, correlacionándose la magnitud de esos síntomas con el filtrado glomerular (8).

El momento y la calidad de la asistencia en la etapa prediálisis se reconoce actualmente como un factor determinante en la morbimortalidad y CV de los pacientes. Un tratamiento adecuado en este momento comprende intervenciones que pueden enlentecer la progresión de la ECRT, tratamiento de las complicaciones de la uremia (anemia, hipertensión, osteodistrofia, malnutrición), selección de la técnica de diálisis y preparación para la misma, inicio a tiempo del tratamiento sustitutivo y, por último –y de igual importancia, inclusión en un programa que aumente al máximo la rehabilitación.

Este programa debe contemplar aspectos diversos, como la información y apoyo psicológico al paciente y su familia, el mantenimiento del empleo y del papel social y familiar y tratamientos de fisioterapia que mantengan al máximo la capacidad funcional, sobre todo de los pacientes más discapacitados.

Los *niveles de hemoglobina* guardan una relación significativa con la CV: cuando se controla la anemia, los pacientes mejoran significativamente en su capacidad funcional, nivel de actividad y energía, sueño, movilidad, apetito, relaciones sociales, estado percibido de salud y disminución en el listado estándar de síntomas como disnea, ansiedad y fatiga muscular.

La *edad* influye en la CV, pero probablemente atenúa el impacto de la ECRT. Cuando se comparan grupos de pacientes en diálisis con poblaciones sanas, los más ancianos presentan puntuaciones más próximas a las normales que los más jóvenes.

*Actitud del paciente frente a la ECRT*: El paciente toma conciencia de la gravedad de su enfermedad y del peligro de muerte cuando se le notifica la necesidad de dializarse para continuar con vida. Así, la enfermedad supondrá un sentimiento de pérdida a todos los niveles (9).

**Pérdida de salud y bienestar**: Para los pacientes con ECRT existe una única realidad: la necesidad de dializarse para permanecer con vida y esta realidad supondrá un corte radical en sus biografías, existiendo un antes y un después de la diálisis. El antes se idealizará y asociará a una vida feliz y el después a una vida

sin salud. La realidad de estos pacientes girará en torno a un tratamiento, la diálisis, ya que tras ella disfrutarán de un breve período de bienestar antes de que reaparezcan los signos evidentes del aumento de la uremia que suponen el recuerdo permanente de la enfermedad y la necesidad de una nueva sesión de diálisis.

La periodicidad de la diálisis supone para el enfermo el constante enfrentamiento a la enfermedad sin favorecer la elaboración del duelo, provocando y manteniendo pues, un duelo permanente y una ansiedad flotante. Esta ansiedad se refleja en la constante observación corporal como reflejo de posibles complicaciones y la hipocondrización de fenómenos que son totalmente fisiológicos.

El paciente reaccionará ante la enfermedad mediante una lucha sin cuartel, como si se tratase de su mayor enemigo y se vivirá, en la mayoría de los casos, como un castigo o el resultado de la mala suerte. En el enfermo dializado la dieta restrictiva también influye en la CV. La experiencia demuestra que muchos pacientes no son rígidos en la dieta, ignorándola y viviendo la diálisis como ‘su máquina lavadora’ que reparará cualquier exceso o trasgresión. El tema de la muerte se presenta en la vida de cada día: en las complicaciones mortales, en el descenso de la esperanza de vida, en el fallecimiento de los compañeros de diálisis, etc. Esto conlleva la necesidad de trivializar la enfermedad en el presente inmediato, durante la rutina de los cuidados diarios o en las mismas sesiones de diálisis.

El deterioro físico, junto con los sentimientos de inferioridad, limitan las relaciones sociales y familiares de los pacientes. El medio se vivirá con hostilidad (envidia), favoreciendo el egocentrismo, así como el retraimiento y la introversión como resultado del control de la afectividad y de la represión de la impulsividad.

La angustia desencadenada por la vivencia de la enfermedad y de la muerte obligará al paciente a la utilización de mecanismos de defensa intenso y rígido en un intento de mitigar dicha angustia. Uno de los más utilizados será la negación; aunque esta será una negación parcial, es decir, aquella que permita al paciente estar atento a los movimientos corporales indicadores de una posible complicación. La aparición de un síndrome depresivo se influye por vivencias de pérdidas de gran importancia para el paciente, como son la pérdida de la salud, complicaciones orgánicas irreversibles y pérdidas afectivas. También tiene gran

importancia la herida narcisista que supone el descenso de sus capacidades previas. Incluso podemos considerar la aparición de reacciones depresivas como secundarias a la utilización de fármacos (corticoides, hipotensores).

*El paciente en diálisis se encuentra en el dilema de enfrentar tanto la vida como la acechante muerte. Es evidente que su incorporación a ‘la máquina’ supone una muerte evitada y, a la vez, un continuo renacimiento. Pero no es menos cierto que esta incorporación se convierte en traumática y dolorosa por el constante recuerdo de su fracaso personal, de su falta de futuro y de salud, de su muerte anunciada. A su vez, surgen deseos de conseguir la máxima autonomía personal que sus condiciones le puedan permitir, rechazando la máquina y la dependencia a ella.*

*Esta complejidad individual fue lo que llevo a ver mas allá de lo medico clínico, ya que antiguamente sólo se encontraban investigaciones que proporcionaban resultados sobre la morbilidad y la mortalidad, pero la calidad de vida relacionada con la salud es un parámetro multidimensional, se mide por medio de diversas funciones y síntomas físicos.*

Para medir la CVRS se han utilizado diversos instrumentos (cuestionarios): genéricos (aplicables a cualquier población o tipo de pacientes) o específicos (exclusivos para una población o un problema de salud determinados), así tenemos:

<b>Cuestionarios de CVRS usados en pacientes con IRCT</b>	
GENERICOS	Nottingham Health Profile , Sickness Impact Profile , SF-36 , EuroQol
ESPECÍFICOS	Kidney Disease Questionnaire ,Kidney ,KDQOL,Cuestionario de Parfrey

La elección del instrumento depende del tipo estudio, de sus objetivos, del tipo de pacientes o del modo de administración.

Dentro de todos los cuestionarios disponibles uno de los más utilizados es el cuestionario SF-36 (Medical Out comes Study 36-Short Form Health Survey ),a través del cual se ha demostrado el impacto que se genera en la calidad de vida del paciente, este posee un formato modular integrado que comprende algunas de las siguientes dimensiones :*Función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental*, de estas ocho dimensiones se

desprende diversos resultados que reflejarían de alguna forma la morbilidad física que produce la enfermedad y la adaptación del paciente a ella.

### **II.3 Justificación e importancia del problema:**

La importancia de incluir indicadores de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los enfermos de hemodiálisis viene dada, no sólo por ser una parte básica del concepto de salud, sino por la estrecha relación que existe entre la CVRS y la morbi-mortalidad.

En el seguimiento de los enfermos de hemodiálisis no sólo interesa conocer los resultados obtenidos en medidas referidas a la adecuación, niveles de fósforo o hemoglobina, etc, sino también en otras que reflejen la repercusión sobre la CVRS de los pacientes.

En el hospital estudio, no hay una investigación previa acerca de la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, y el conjunto de datos recopilados para éste estudio, nos servirá de base de datos (la cual no existe) para estudios posteriores, y valorar la situación actual, lo que les confiere mayor o menor beneficios en cuanto a características de vida que la HD.

## **III. OBJETIVOS**

### **III.1 Objetivo general**

-Determinar la calidad de vida relacionada a salud de los pacientes que reciben hemodiálisis crónica del HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ” JUNIO – 2008

### **III.2 Objetivos específicos**

- Determinar la percepción de la Calidad de Vida, según la variable Sexo.
- Determinar la percepción de la Calidad de Vida, según la variable Edad.
- Determinar la percepción de la Calidad de Vida, según la variable Tiempo.
- Determinar la percepción de la Calidad de Vida, según la variable Etiología.
- Determinar la percepción de la Calidad de Vida, según la variable Hepatitis.
- Determinar la percepción de la Calidad de Vida, según la variable Hemoglobina.
- Determinar la percepción de la Calidad de Vida, según la variable Albúmina
- Determinar la percepción de la Calidad de Vida, según la variable KTV.
- Determinar la percepción de la Calidad de Vida, según la variable Comorbilidad.
- Determinar la percepción de la Calidad de Vida, según la variable Apoyo familiar.



## IV. MATERIAL Y MÉTODOS

### IV.1. Diseño de la investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo.

### IV.2. Población y muestra

Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal, mayores de 18 años de edad, son excluidos aquellos que presenten problemas importantes para la correcta comprensión de los cuestionarios y/o pacientes demasiado débiles para participar en una entrevista, así mismo estar con un tiempo mayor a tres meses en el programa de hemodiálisis continua del HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ” JUNIO – 2008

### IV.3 Instrumentos:

El instrumento utilizado fue el cuestionario SF-36 (Anexo 01) el cual ha sido empleado en muchos estudios de calidad de vida. Es un instrumento diseñado para medir el estado de salud percibido. Originalmente se desarrolló en EE.UU. en la década del 90 y luego se adaptó para su uso en España por Alonso y Cols, que actualmente se encuentra validado para algunos países de Latinoamérica entre ellos Perú, el que está compuesto de 36 preguntas que valoran el estado de salud. El cuestionario se desarrolló a partir de una batería de cuestionarios empleados en el Medical Outcomes Survey (MOS), el cual consideraba 40 conceptos relacionados con la salud. Entonces se seleccionó el mínimo número de conceptos para mantener la validez y las características operativas del test inicial. Finalmente se consideraron 8 escalas:

- 1. Función física:** Grado en el que la salud limita las actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras (10 ítems).
- 2. Rol físico:** Grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias (04 ítems).
- 3. Dolor corporal:** La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (02 ítems).
- 4. Salud general:** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (05 ítems).
- 5. Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (04 ítems).

**6. Función social:** Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual

**7. Rol emocional:** Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias

**8. Salud mental:** Incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general.

Para variables medico clínicas, se incluyeron: etiología de la ERCT, el tiempo en hemodiálisis, hepatitis, nivel de hemoglobina, nivel de albúmina, KT/V (medido según la fórmula de Daugirdas de segunda generación), enfermedades coexistentes y entre los parámetros sociodemográficas se tomaron en cuenta por su relevancia: edad, sexo, apoyo familiar (todas detalladas dentro del ANEXO I).

#### **IV.4 Operalización de variables**

Las variables fueron: Edad, sexo, enfermedades coexistentes, apoyo familiar, tiempo en diálisis, etiología de la ERCT hepatitis, hemoglobina, nivel de albúmina sérica, calidad de vida asociada a salud **SF-36v2**.

<b>NOMBRE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Sexo</b>	Característica fenotípica que diferencia hombre de mujer	Cualitativa	Hombre Mujer	Nominal
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa	Adulto < 60 años Adulto > o igual 60 años	Ordinal
<b>Apoyo Familiar</b>	Provisión de ayuda de la familia para cuidar a sus miembros	Cualitativa	Si tiene apoyo familiar No tiene apoyo familiar	Nominal

<b>Etiología de la Enfermedad Renal Terminal</b>	Causas que le llevaron a la Enfermedad Renal Terminal y Hemodiálisis	Cualitativa	Diabético No Diabético	Nominal
<b>Tiempo en Hemodiálisis</b>	Tiempo transcurrido desde el inicio de HD hasta el momento actual	Cuantitativa	3- 15 Meses 16-28 Meses 29-41 Meses >41 Meses	Discreta
<b>Hepatitis</b>	Afección o enfermedad inflamatoria que afecta al hígado.	Cualitativa	Con Hepatitis: V. Hepatitis B V. Hepatitis C Sin V. Hepatitis	Nominal
<b>Nivel de Albúmina</b>	Proteína, sintetizada en el hígado, fundamental para los tejidos y la p. oncótica.	Cuantitativa	albúmina <35 gr./dl albúmina ≥35 gr./dl	Discreta
<b>Hemoglobina</b>	proteína de la sangre, que transporta el oxígeno de los órganos y tejidos	Cuantitativa	hemoglobina <10 gr./dl hemoglobina ≥10gr/dl	Discreta
<b>Enfermedades Coexistentes</b>	diversos trastornos en el mismo individuo	Cualitativa	HTA No HTA	Nominal

<b>KT/V</b>	cantidad de urea removida como producto del efecto del clearance del filtro ,el tiempo y el volumen	Cuantitativa	$KT/V < 1.2$ $KT/V > 1.2$	Ordinal
<b>Calidad de Vida</b>	Sensación de bienestar suma de sensaciones subjetivas del “sentirse bien”	Cuantitativa	escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud)	Continua
<b>Función Física</b>	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, levantar o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos	Cuantitativa	escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud)	Continua
<b>Rol Físico</b>	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, limitando el tipo de actividades que se pueden realizar	Cuantitativa	escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud)	Continua

<b>Dolor Corporal</b>	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.	Cuantitativa	escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud)	Continua
<b>Salud General</b>	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras	Cuantitativa	escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud)	Continua
<b>Vitalidad</b>	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al cansancio y desánimo.	Cuantitativa	escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud)	Continua
<b>Función Social</b>	Grado de problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	Cuantitativa	escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud)	Continua
<b>Rol Emocional</b>	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado	Cuantitativa	escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud)	Continua
<b>Salud Mental</b>	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general	Cuantitativa	escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud)	Continua

#### **IV.5 Técnicas y procedimientos de recolección de datos**

La técnica utilizada fue la encuesta, la revisión de las historias clínicas y aplicación de la encuesta estuvo a cargo del investigador.

Fueron 52 pacientes seleccionados de acuerdo a los criterios antes mencionados, a cada paciente se le explicaron los objetivos del estudio y se le solicitó su participación de manera verbal y escrita.

#### **IV.6 Procesamiento y análisis de datos**

Se realizó control de calidad del registro de los datos a fin de evaluar si estos estaban completos y/o para determinar si hay registros erróneos.

Se utilizó el programa SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Science), en el cual se encuentra programado el algoritmo de cálculo del SF-36v.2 como un archivo de sintaxis (Alonso y cols. 2003), además se realizó el análisis univariado de los componentes de CV (FF, RF DC, SG, VI, FS, RE Y SM ). Se usó el análisis bivariado para las variables de resumen : salud física y mental ; se usó el nivel de significancia de 0.05, lo cual permitió determinar las variables asociadas con las dimensiones de la CV .

#### **IV.7 Consideraciones éticas**

Se solicitó el permiso institucional y del servicio.

Previo a la realización de la encuesta se explicó al paciente su finalidad, recalando que dicha información será confidencial, sólo para fines del estudio y se le hizo firmar el consentimiento informado respectivo.

### **V.- RESULTADOS**

De los 56 pacientes del estudio, 52 completaron el cuestionario y cuatro en esos meses fueron transferidos a clínicas de HD en provincias, por lo que no se les consideró. La tabla 1 recoge los datos de Sexo, Edad, Tiempo, Etiología, V. Hepatitis, Nivel de Hemoglobina, Albúmina, KTV, Comorbilidad y Apoyo Familiar. Se notó mayor población masculina (57.7%), el grupo etareo predominante fue el de menores de 60 años (57.7%), un tiempo promedio predominante en hemodiálisis de 16 a 28 meses (34.61 %).

Para propósito de nuestro trabajo se dividió en 2 grupos los tipos de patologías que condicionaban la ERC e ingreso a HD (considerando la diversidad etiológica

y la predominancia de la Nefropatía por DBM), en NO Diabéticos y Diabéticos, los que representaron el 36.53% y 63.47% respectivamente, se adoptó la misma metodología para agrupar las comorbilidades en Hipertensos (34.61%) y No Hipertensos (65.39%).

No hubieron pacientes que cumplieran los criterios de inclusión infectados con VHB en el periodo del presente estudio por lo que se consideraron solo a los infectados por VHC hallándose una predominancia de pacientes negativos (51.92%) sobre los positivos (48.08%). En cuanto a la variable Hemoglobina, la mayoría se encontraba por debajo de 10 gr/dl (65.38%) y Albúmina por encima de 3.5 gr/dl (55.77%). El nivel de corte de KTV se tomó teniendo en referencia las guías DOKY, con una predominancia mayor de 1.2 en 69.24% de nuestros pacientes.

Las puntuaciones medias de toda la población en las diferentes dimensiones del cuestionario genérico (SF-36) se recogen en la tabla 2; en ellas el dolor corporal alcanza el mayor puntaje, siguiéndole en orden sentir y rol emocional; la salud en general obtuvo el menor puntaje. En cuanto a las medidas resumen de CV es la salud mental la que obtuvo el mayor promedio en la puntuación.

A partir de la tercera tabla y en adelante se agruparon los datos según las diferentes variables con sus respectivos niveles de significancia. En la tabla 3 se plasman los resultados de las dimensiones de la Calidad de Vida según Sexo, Edad y Apoyo Social, encontrándose diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en el Rol Emocional, Sentir Emocional, Función Física y Energía /Fatiga entre los varones y mujeres a favor de las últimas, en el Rol Físico, Función Social y Emocional también se hallaron diferencias significativas entre los grupos étnicos. La gran diferencia en esta tabla se observó entre los pacientes con apoyo social en relación a los que no contaban con ella en la mayoría de las dimensiones de la CV.

La cuarta tabla muestra las dimensiones de la Calidad de Vida según las variables Etiología, VHC, y Comorbilidad. Se encontró una diferencia significativa en Rol y Función Física entre los DBM y los NDBM, al igual que en los pacientes con Comorbilidades, la diferencia se vio en el grupo de la variable Hepatitis, no hallándose ninguna diferencia significativa en las dimensiones de la CV. La variable Tiempo de desarrollo en la quinta tabla, esta variable se desglosó en 4

grupos de acuerdo al tiempo de permanencia en diálisis encontrándose diferencia significativa en todas las dimensiones de la CV salvo en el grupo que llevaba entre 29 y 40 meses en diálisis.

Las Variables laboratoriales se ven en la tabla Seis, donde las diferencias ( $P < 0.05$ ) en la Calidad de Vida según la variable Albúmina se dieron en la Función Social y Energía /Fatiga, las que coincidentemente se ven en las otras 2 variables expresadas en la tabla (KTV y Hemoglobina), la variable que tuvo mayor diferencia significativa en todos sus niveles de CV fue KTV.

## **VI.-DISCUSIÓN**

El presente estudio tiene importancia porque evaluó la calidad de vida de los pacientes que reciben diálisis crónica en HN.LNS.PNP, proporcionando información integral y válida para determinar su estado de salud desde su propia percepción. El estudio permitió identificar los factores que pueden influir de forma significativamente en la calidad de vida, cuando la calidad de vida es evaluada por el propio sujeto; éste según sus motivaciones y prioridades personales será quien evalué las habilidades físicas e intelectuales desarrolladas en su vida cotidiana buscando su bienestar físico y familiar.

Las encuestas que enfocan la medición de diferentes aspectos del estado de salud deben ser cortas, aplicables a diversos grupos poblacionales y sus resultados deben presentar en forma clara los aspectos de salud medidos (4). El SF-36 cumple con tales requisitos motivo por el cual fue utilizado en el estudio, lo que permitió evaluar la percepción que poseen nuestros pacientes en hemodiálisis crónica a su salud. La validez interna del instrumento, la estandarización de procedimientos para la correcta aplicación del SF 36 y las encuestas realizadas por un solo encuestador disminuyeron la posibilidad de sesgos de mala clasificación en el estudio, lo cual daría la validez interna al estudio.

En relación a la validez externa del estudio esta se sustenta en la selección de la muestra la cual representó a la población de pacientes que reciben Hemodiálisis en nuestro Hospital, cumpliéndose con los criterios de selección.



En el presente estudio los resultados de cada una de las dimensiones fueron codificadas y transformadas a una escala que va de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud).

La tabla 1 recoge las principales características de los 52 pacientes del estudio, al ser la Policía Nacional una institución predominantemente conformada por personal masculino era de esperar su predominancia en comparación con las 22 mujeres incluidas en el estudio, con un promedio de edad de 55.5 años. El tiempo promedio de permanencia en HD se dio en el grupo de 16 a 28 meses, el que coincidió con la coyuntura Política de esa época, la cual dio mayores facilidades a los familiares de los titulares: esposas, hijos, hijos mayores y discapacitados para que accedan a HD en nuestra unidad. Un elevado porcentaje tiene VHC (48.8%), Hemoglobina menor a 10 gr/dl (65.38%) y Albúmina menor de 3.5 gr/dl (44.23%), esto se podría deber a la demora de nuestros pacientes en acudir, llegando en la mayoría de casos muy urémicos, desnutridos, requiriendo la mayoría transfusiones en mas de una oportunidad. A pesar de nuestras limitaciones en cuanto a la adquisición de insumos (concentrados, cánulas, filtros), los que en mas de una oportunidad deben ser adquiridos por el propio paciente, tienen un KTV por encima de 1,2 (69,24%) y cuentan con Apoyo Social (59.61%).

En la tabla 2 el dolor corporal y la función física fueron las dimensiones que mayor puntuación y para el componente de salud mental fue la vitalidad y la salud mental.

Los puntajes mayores en el dolor corporal y función física significaría que nuestros pacientes han percibido el dolor en mayor magnitud, lo cual les habría dificultado el realizar su trabajo habitual incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas, por eso se habrían presentado limitaciones en relación a su función física lo que probablemente les impidió realizar esfuerzos intensos, moderados a actividades como coger la bolsa de compras, subir uno o varios pisos por la escalera, entre otras. Tal resultado se ha presentado, probablemente, porque un porcentaje considerable de nuestros pacientes son adultos y la percepción del dolor puede variar con el incremento de la edad, por los cambios producidos en el organismo que podrían aumentar la sensación del dolor. En relación al

componente de salud mental y vitalidad; los pacientes en diálisis crónica no se sienten con mucha energía y animados emocionalmente, ello podría determinar que se perciba una pobre salud mental, es decir; infelices, intranquilos, tal vez porque perciben el dolor con mayor magnitud y porque no asumieron la ERC como un hecho natural.

Las dimensiones de la calidad de vida según grupo etario, se observa que en los componentes de Salud Física y Emocional son los pacientes menores de 60 años los que perciben mejor con relación al resto, lo cual estaría indicando que ellos no perciben que tengan limitaciones para los esfuerzos moderados e intensos, ni que hayan tenido que hacer menos actividades de las deseadas a causa de su salud física, logrando con esto mantener en partes sus vínculos sociales y por ende emocionales, aunque la percepción del dolor sea percibida de manera muy similar entre ambos grupos. Las mujeres entablan y se desenvuelven mejor en el área social logrando sobrellevar de mejor manera los vínculos en las dimensiones emocionales, resultado que también se halló en el trabajo de Wollcott (19). Cabe resaltar que la Familia policial es su generis, que le da un valor agregado al vínculo corporativo (familiar -paciente) lo que se refleja de manera significativa en las diferentes dimensiones de la Calidad de Vida.

La patología Diabética representa un factor de riesgo importante para el ingreso a diálisis por su impacto físico y emocional, que a lo largo del proceso de la cronicidad deteriora la CV de las personas que lo padecen, sobre todo por las diferentes complicaciones de un mal control de la enfermedad, impidiendo hacer la mayoría de sus actividades físicas (caminar, subir escaleras), interfiriendo en su trabajo y actividades diarias lo que se refleja negativamente en las dimensiones de Función y Rol Físico, versus los no diabéticos, semejante a los que tienen como comorbilidad HTA. Llama la atención en nuestro estudio la no significancia entre los pacientes con y sin Hepatitis en todas las percepciones de la calidad de vida, lamentablemente no se encontraron trabajos parecidos con los que se pudiese comparar.

El papel de la anemia en la CV es bien conocido. A principios de la década de los 90 se publican los resultados de varios estudios multicéntricos pero en todos los trabajos los pacientes mejoran significativamente en su nivel de actividad y

energía, sueño, movilidad, apetito, relaciones sociales, estado percibido de salud y disminución en el listado estándar de síntomas como disnea, ansiedad y fatiga muscular. Beusterien y cols (20), estudian los cambios con el SF- 36 de 484 pacientes anémicos (Hb<10 gr/dl), y los comparan con otro grupo de 520 (Hb<10 gr/dl), los hallazgos fueron similares a los que encontramos en nuestros pacientes (tabla 5) ,la calidad de vida fue percibida de mejor manera en aquellos con Hb>10 gr/dl sobre todo en las esferas antes mencionadas (p<0.005) .Se encontró una relación positiva entre el nivel de Albúmina en los componentes Sociales , Energía y Fatiga teniendo una explicación semejante a lo acontecido con la variable Hb. A diferencia de los trabajos de Arenas y Moreno (21) en los que ni la duración de la sesión, ni la dosis de hemodiálisis medida por el KTV muestran diferencias significativas en la calidad de vida, los nuestros si lo hacen y en todas sus dimensiones.

Finalmente, la tabla 6 recoge las percepciones según el tiempo en HD, allí se observa que después de casi tres años, los pacientes que permanecen en hemodiálisis mostraron pocos cambios en la percepción de su calidad de vida ,probablemente debido a que en el inicio llegan bastante deteriorados (anémicos, desnutridos, urémicos, sin acceso vascular,etc) y les toma tiempo estabilizarse, bioquímicamente , nutricionalmente , socialmente , aceptar la idea de depender de una maquina tres horas a la semana y de por vida , diferencia que alcanzaría una meseta entre los 29-40 meses partir de la cual , nuevamente se apreciaron diferencias significativas, probablemente por que con el tiempo aparecen las complicaciones propias de las enfermedad de fondo, comorbilidades , accesos vasculares disfuncionales , muchos de nuestros pacientes con el sueldo de Sub-oficiales o incluso Oficiales no pueden mantener los gastos de su medicación ,ya que la institución no les ofrece el tratamiento medico complementario (hierro, eritropoyetina ,minedrox, calcitriol, etc) a su TSR desde hace buen tiempo atrás.

De todo lo anteriormente mencionado se puede establecer que es posible determinar cambios en la calidad de vida, empleando el enfoque de uso de las percepciones de las personas en relación a la TSR.

## **VII.- CONCLUSIONES**

La calidad de vida en pacientes en hemodiálisis, analizada mediante un instrumento genérico como el SF-36, está claramente reducida respecto a la población general, esta reducción no es homogénea, en nuestro estudio encontramos que las mujeres valoran mejor su CV , la edad de los sujetos , el tiempo en HD ,determina el componente de funcionalidad física y que este mismo dominio de la calidad de vida que explora la capacidad física de los sujetos, se relacione de forma negativa , como también ocurre con el índice de comorbilidad, ya que con el tiempo aparecen con mayor frecuencia enfermedades y complicaciones ; los niveles bajos de albúmina, hemoglobina , se correlacionaron negativamente con la percepción de la CV. Al tener en cuenta cuáles son las esferas de la vida que consideran importantes, nuestros hallazgos coinciden con los señalados en algunos de los estudios de CV(15), donde sugieren la relevancia del apoyo familiar para los pacientes en HD, la necesidad constante de ayuda, por lo que es necesario una mayor atención a los aspectos psicológicos y estado de comportamiento de nuestros pacientes de forma que su tratamiento redunde en un incremento en su estado de salud.

## **VIII.- RECOMENDACIONES**

1. Considerar la información obtenida en el presente estudio a fin de crear estrategias que vayan orientadas a intervenir en las variables modificables para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes en Hemodiálisis Crónica.
2. Se plantea la posibilidad de realizar otras investigaciones que complementen el presente estudio, que brinden información complementaria.
3. Emplear instrumentos específicos para que nuestros pacientes en TSR puedan determinar su percepción de calidad de vida de forma más específica.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med* 1985; 312: 553-559
2. De Ore PB. Hemodialysis patient assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis attendance compliance. *Am J Kidney Dis* 1997; 30: 204-12
3. F. Martín , A. Reig , F. Sarró Evaluación De La Calidad De Vida En Pacientes De Una Unidad De Hemodiálisis Con El Cuestionario kidney Disease Quality Of Life – Short Form (Kdqol-Sf) *Dyt* 2004; 25 (2): 79-92
4. Carmichael P, Popoola J, John I, Stevens PE, Carmichael AR. Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SF questionnaire. *Qual Life Res* 2000; 9: 195-205.
5. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104: 771-6.
6. Sandoval W. Calidad de vida percibida por los pacientes con Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Hipólito Unànué. 2005. (tesis para obtener el título de magíster en Medicina). [fecha de acceso 12 de agosto de 2007]; [www.upch.edu.pe/duiict/vs2005/LeelisisScript.Asp](http://www.upch.edu.pe/duiict/vs2005/LeelisisScript.Asp)
7. Polanco J. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Hipólito Unànué. 2005. (tesis para obtener el título de magíster en Medicina). [Fecha de acceso 12 de agosto de 2007]; disponible en: <http://www.upch.edu.pe/duiict/vs2005/LeelisisScript.Asp>
8. Johnson JP, McCauley CR, Copley JB. The quality of life of haemodialysis and transplant patients. *Kidney Int* 1982; 22: 286-9
9. Guttmann RA, Stead WW, Robinson RR. Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *N Engl J Med* 1981; 304: 309-313
10. Ifudu O, Paul HR, Homely P, Friedman EA. Predictive value of functional status for mortality in patients on maintenance hemodialysis. *Am J Nephrol* 1998; 18: 109-16
11. Rocco MV, Gassman JJ, Wang SR, Kaplan M. Cross-sectional study of Quality of Life and symptoms in chronic renal disease patients. The modification of diet in renal disease study. *Am J Kidney Dis* 1997; 29: 888-96.
12. Kutner NG, Lin LS, Fielding B, Brogan D, Dallas Hall W. Continued survival of older hemodialysis patients: investigation of psychosocial predictors. *Am J Kidney Dis* 1994; 24:42-9.

13. Rocco MV, Gassman JJ, Wang SR, Kaplan M. Cross-sectional study of Quality of Life and symptoms in chronic renal disease patients. The modification of diet in renal disease study. *Am J Kidney Dis* 1997; 29: 888-96.
14. Rebollo P, Bobes J, González MP, Saiz P, Ortega F. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). *Nefrología* 2000; 20: 171-81.
15. Rebollo P, González MP, Bobes J, Saiz P, Ortega F. Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la IR terminal. *Nefrología* 2000; 20: 431-9.
16. Maher BA, Lamping DL, Dickinson CA, Murawski BJ, Olivier DC, Santiago GC. Psychosocial aspects of chronic hemodialysis: The National Cooperative Dialysis Study. *Kidney Int* 1983; 23 (suppl 13): S50-S57.
17. Miguel A. Zúñiga, M.D., Dr. P.H., Genny T. Carrillo-Jiménez, M.D., Sc.D., Peter J. Fos, D.D.S., Ph. D., Barbara Gandek, M.S., Manuel R. Medina-Moreno, M.C. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México salud pública de México / vol.41, no.2, marzo-abril de 1999
18. J. Alonso y cols Versión española de SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2000 adaptada, biblioteca virtual de la Red IRYSS ([www.rediryss.net](http://www.rediryss.net))
19. Wolcott DL, Nissenson AR y Landsverk J: Quality of life in chronic dialysis patients. Factors unrelated to dialysis modality. *Gen Hosp Psych* 10:267-277, 1988.
20. Beusterien KM, Nissenson AR, Port FK, Kelly M, Steinwald B, Ware JE: The effects of recombinant human erythropoietin on functional health and well-being in chronic dialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 7: 763-773, 1996.
21. M. D. Arenas, Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en una población de hemodiálisis. *NEF*. XXIV. Nº 5. 2004
22. Velarde E, Ávila C. Artículo de revisión: Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. México. [En línea] 2002 [citado el 12 de mayo 2007] disponible en: [http:// www.insp.mx/salud/index.html](http://www.insp.mx/salud/index.html)
23. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gac Sanit*. [Serial on the Internet]. 2005 [cited 2007 May 14]; 19:135-150.
24. Hervas A, Zabaleta A, De Miguel D, Beldarrain O, Diez J. Calidad de vida relacionada con la salud e pacientes con diabetes melitus tipo 2. *Anales* [en línea] 2006 [citado el 16 de septiembre 2007].: [http:// anles@cfnavrra.es/ salud/ anales/](http://anles@cfnavrra.es/salud/anales/).

**Tabla 1.**



**Descripción de las características de la Población. Estudio de calidad de vida en el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008**

		n	%
<b>Características</b>		52	100
<b>Sexo</b>	Femenino	22	42.3
	Masculino	30	57.7
<b>Grupo Etareo</b>	Menores de 60 años (X < 60)	30	57.7
	Igual o Mayores de 60 años (X > o = 60)	22	42.3
<b>Tiempo</b>	3 – 15 Meses	11	21.16
	16 – 28 Meses	18	34.61
	29 – 40 Meses	12	23.07
	X > o = 41	11	21.16
<b>Etiología</b>	Nefropatía Diabética	19	36.53
	Nefropatía No Diabética	33	63.47
<b>V. Hepatitis</b>	VHC (-)	27	51.92
	VHC (+)	25	48.08
<b>Hemoglobina</b>	Menores de 10 gr/dl (X < 10)	34	65.38
	Igual o Mayores de 10gr/dl (X > o = 10)	18	34.62
<b>Albúmina</b>	Menores de 3.5 gr/dl (X < 35)	23	44.23
	Igual o Mayores de 3.5gr/dl (X > o = 35)	29	55.77
<b>KT/ V</b>	X < 1,2	16	30.76
	X > o = 1,2	36	69.24
<b>Comorbilidad</b>	Con HTA	18	34.61
	Otras	34	65.39
<b>Apoyo Social</b>	Con Apoyo S.	31	59.61
	Sin Apoyo S	21	40.39

**Tabla 2**

**Puntaje Promedio de las Dimensiones de la Calidad de Vida y de las Medidas  
Resumen Estudio de calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis crónica  
el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008**

	N	X
<b>Dimensiones de la Calidad de Vida</b>		
<b>Función Física</b>	52	46.83
<b>Rol Físico</b>	52	50.48
<b>Dolor Corporal</b>	52	<b>61.44</b>
<b>Salud General</b>	52	<b>40.57</b>
<b>Sentir Emocional</b>	52	56.31
<b>Rol Emocional</b>	52	53.85
<b>Función Social</b>	52	51.25
<b>Energía/fatiga</b>	52	47.33
<b>Medidas Resumen</b>		
<b>Componente Salud Mental</b>	52	16,25
<b>Componente Salud Física</b>	52	10,33

Puntajes	
 Mayor	 Menor



**Tabla 3**

**Dimensiones de la Calidad de Vida según Sexo, Edad, Apoyo Social. Estudio de Calidad de Vida en los pacientes en hemodiálisis crónica el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008**

Dimensiones de la C.V	Sexo			Edad			Apoyo Social		
	H	M	P	T	X>60	P	Con Apoyo	Sin Apoyo	P
<b>Función Física</b>	39.67	36,59	<b>0,59</b>	46.83	34.29	<b>0,01</b>	46.83	33.23	<b>0,00</b>
<b>Rol Físico</b>	38.33	67.05	<b>0,02</b>	50.48	31.09	<b>0,05</b>	70.16	41.43	<b>0,01</b>
<b>Dolor Corporal</b>	54.92	60.34	<b>0,42</b>	61.44	52.79	<b>0,11</b>	70.73	58.8	<b>0,06</b>
<b>Salud General</b>	37.31	45.02	<b>0,09</b>	40.57	35.24	<b>0,14</b>	46.65	37.59	<b>0,03</b>
<b>Sentir Emocional</b>	52.93	60.91	<b>0,02</b>	56.31	53.06	<b>0,24</b>	59.87	50.82	<b>0,01</b>
<b>Rol Emocional</b>	40.00	72.73	<b>0,01</b>	53.85	32,31	<b>0,04</b>	53.85	44.00	<b>0,01</b>
<b>Función Social</b>	51.25	62.75	<b>0,04</b>	51.25	48.75	<b>0,03</b>	58.65	37.50	<b>0,03</b>
<b>Energía/fatiga</b>	47.33	49.33	<b>0,00</b>	47.33	61.33	<b>0,20</b>	59.84	52.67	<b>0,06</b>

Nivel de Significancia	
<span style="color: red;">■</span> P< 0.05	<span style="color: blue;">■</span> P> 0.05

**Tabla 4**

**Dimensiones de la Calidad de Vida según las variables Etiología, VHC , Comorbilidad . Estudio de Calidad de Vida en los pacientes en hemodiálisis crónica el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008**

Dimensiones de la C.V	Etiología			VHC			Comorbilidad		
	DBM	NDBM	P	(-)	(+)	P	HTA	Otros	P
<b>Función Física</b>	45.53	53.33	0,03	45.19	48.6	0,58	40.57	25.12	0,01
<b>Rol Físico</b>	48.42	68.93	0,01	45.37	56	0,39	49.90	55.97	0,05
<b>Dolor Corporal</b>	56.18	70.22	0,06	59.26	63.8	0,51	36.41	72.56	0,11
<b>Salud General</b>	41.29	45.16	0,91	40.38	40.76	0,93	25.12	47.43	0,14
<b>Sentir Emocional</b>	49.05	60.48	0,08	55.11	57.6	0,48	44.75	61.4	0,24
<b>Rol Emocional</b>	77.54	74.74	0,96	48.15	60	0,38	40.57	25.12	0,02
<b>Función Social</b>	84.4	90.8	0,92	56.02	61.5	0,35	37.50	68.05	0,16
<b>Energía/fatiga</b>	52.63	54.39	0,96	50.37	56.4	0,20	37.81	60.13	0,20

Nivel de Significancia	
<span style="color: red;">■</span> P< 0.05	<span style="color: blue;">■</span> P> 0.05

**Tabla 5.**

**Dimensiones de la Calidad de Vida según la variable Hemoglobina, Albúmina, KTV. Estudio de Calidad de Vida en los pacientes en hemodiálisis crónica el Hospital Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008**

Dimensiones de la C.V	Hemoglobina			Albúmina			KTV		
	< 10 gr/dl	> 10 gr/dl	P	< 35 gr/dl	>35 gr/dl	P	<1.2	>1.2	P
<b>Función Física</b>	38.09	43.33	<b>0,53</b>	33.0	36.75	<b>0,56</b>	36.25	50.97	<b>0,01</b>
<b>Rol Físico</b>	33.09	29.33	<b>0,73</b>	46.3	57.58	<b>0,21</b>	39.7	56.91	<b>0,05</b>
<b>Dolor Corporal</b>	51.47	47.67	<b>0,53</b>	56.4	47.36	<b>0,10</b>	46.41	52.56	<b>0,27</b>
<b>Salud General</b>	34.05	36.88	<b>0,48</b>	31.0	38.14	<b>0,10</b>	25.12	.43	<b>0,03</b>
<b>Sentir Emocional</b>	51.76	58.88	<b>0,03</b>	49.9	61.37	<b>0,09</b>	44.75	61.44	<b>0,02</b>
<b>Rol Emocional</b>	36.27	47.03	<b>0,38</b>	21.7	79.31	<b>0,10</b>	43.59	67.77	<b>0,01</b>
<b>Función Social</b>	51.47	62.22	<b>0,49</b>	46.7	68.10	<b>0,02</b>	37.50	68.05	<b>0,03</b>
<b>Energía/fatiga</b>	46.76	56.55	<b>0,02</b>	43.9	60.68	<b>0,02</b>	37.81	60.13	<b>0,03</b>

Nivel de Significancia	
<span style="color: red;">■</span> P< 0.05	<span style="color: blue;">■</span> P> 0.05

**Tabla 6.**

**Dimensiones de la Calidad de Vida según la variable Tiempo. Estudio de  
Calidad de Vida en los pacientes en hemodiálisis crónica el Hospital  
Nacional PNP “Luís N. Sáenz” Junio – 2008**

Dimensiones de la C.V	Tiempo en Hemodiálisis								
	Total	3-15 Meses	P	16-28 Meses	P	29-40 Meses	P	X>41 Meses	P
<b>Función Física</b>	46.83	28.18	0,01	67.78	0,00	46.25	0,93	31.82	0,04
<b>Rol Físico</b>	5.48	9.09	0,03	87.50	0,00	66.67	0,25	13.64	0,01
<b>Dolor Corporal</b>	61.44	36.59	0,04	82.78	0,00	65.83	0,57	46.59	0,06
<b>Salud General</b>	40.57	26.74	0,01	50.32	0,02	47.60	0,19	30.77	0,08
<b>Sentir Emocional</b>	56.31	46.18	0,01	67.33	0,00	57.33	0,79	47.27	0,03
<b>Rol Emocional</b>	53.85	9.090	0,02	96.30	0,00	69.44	0,30	12.12	0,01
<b>Función Social</b>	58.65	38.63	0,00	75.69	0,00	64.58	0,37	44.32	0,03
<b>Energía/fatiga</b>	53.27	38.63	0,01	67.22	0,00	56.25	0,58	41.82	0,04

Nivel de Significancia	
<span style="color: red;">■</span> P< 0.05	<span style="color: blue;">■</span> P> 0.05

## ANEXOS

### ANEXO 1 : Ficha de recolección de datos:

#### “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ” JUNIO – 2008

#### INSTRUCCIONES:

-Llenar con detenimiento según corresponda.

#### I.-DATOS GENERALES:

HC: \_\_\_\_\_ FICHA N°: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

TURNO Y HORARIO: \_\_\_\_\_

#### II.-DATOS PERSONALES:

-NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

-EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

-CON APOYO FAMILIAR: SI ( ) NO ( )

#### -ETIOLOGIA DE LA ERCT:

a) GLOMERULOPATIA PRIMARIA ( )

b) NEFROPATIA. DIABETICA ( )

c) NEFROANGIOESCLEROSIS (VASCULAR) ( )

d) NEFROPATIA OBSTRUCTIVA ( )

e) ENFERMEDAD RENAL POLIQUISTICA ( )

f) NEFROPATIA LUPICA ( )

g) OTRAS: \_\_\_\_\_ ( )

-TIEMPO EN HEMODIALISIS: \_\_\_\_\_ Meses

-MARCADORES VIRALES: VHB ( ) VHC ( ) No VH ( )

-NIVEL DE HEMOGLOBINA (gr./dl): 10 < ( ) > o =10 ( )

-NIVEL DE ALBUMINA (gr./dl): 35 < ( ) > o =35 ( )

-KTV: 1,2 < ( ) > 1,2 ( )

ENFERMEDADES COEXISTENTES	
Patologías Cardiovasculares	
Otros	

## ANEXO 2 : ENCUESTA CALIDAD DE VIDA SF-36

### **Su Salud**

—y—

—

### **Bienestar**

## **Calidad de Vida (KDQOL-SF™)**

Las preguntas que siguen refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Esta información permitirá saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de realizar sus actividades habituales.



*¡Gracias por contestar a estas preguntas!*

### **Su Salud**

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

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

<b>Excelente</b>	<b>Muy buena</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>	<b>Mala</b>
1	2	3	4	5

**2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual comparada con la de hace un año?**  
(Marque sólo un número)

<b>Mucho mejor ahora que hace un año</b>	<b>Algo mejor ahora que hace un año</b>	<b>Más o menos igual que hace un año</b>	<b>Algo peor ahora que hace un año</b>	<b>Mucho pero ahora que hace un año</b>
1	2	3	4	5

**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 un solo número por cada pregunta)**

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, me limita nada
<b>a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en dep. agotadores</b>	1	2	3
<b>b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, caminar más de una hora</b>	1	2	3
<b>c. Coger o llevar la bolsa de compras</b>	1	2	3
<b>d. Subir varios pisos por la escalera</b>	1	2	3
<b>e. Subir un solo piso por la escalera</b>	1	2	3
<b>f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas</b>	1	2	3
<b>g. Caminar un kilómetro o más</b>	1	2	3
<b>h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)</b>	1	2	3
<b>i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)</b>	1	2	3
<b>j. Bañarse o vestirse por sí mismo</b>	1	2	3

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

	SI	NO
<b>a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?</b>	1	2
<b>b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer ?</b>	1	2
<b>c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?</b>	1	2
<b>d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo le costó más de lo normal)?</b>	1	2

**5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? (marque un solo número por cada pregunta)**

	SI	NO
<b>a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?</b>	1	2
<b>b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?</b>	1	2
<b>c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?</b>	1	2

**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)**

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5



**7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo, durante las 4 últimas semanas? (marque un solo número)**

No , ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
1	2	3	4	5	6

**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)**

<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1	2	3	4	5

**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 ¿cuánto tiempo... (Marque un solo número por cada pregunta)**

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna	Nunca
<b>a. se sintió lleno de vitalidad?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>b. estuvo muy nervioso?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>c. se sintió tan baja de moral que nada podía animarle?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>d. se sintió calmado y tranquilo?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>e. tuvo mucha energía?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>f. se sintió agotado?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>g. se sintió feliz?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>h. se sintió cansado?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>i. se sintió desanimado y triste?</b>	1	2	3	4	5	6

**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)**

<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Sólo alguna vez</b>	<b>Nunca</b>
1	2	3	4	5

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

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No se	Bastante falsa	Totalmente falsa
<b>a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas</b>	1	2	3	4	5
<b>b. Estoy tan sano como cualquier persona</b>	1	2	3	4	5
<b>c. Creo que mi salud va a empeorar</b>	1	2	3	4	5
<b>d. Mi salud es excelente</b>	1	2	3	4	5

*¡Gracias por contestar a estas preguntas!*

### **ANEXO 3: FORMATO DE CONCENTIMIENTO INFORMADO**

Iniciales del paciente:.....

N de HC:.....

TITULO:

#### **CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS CRONICA EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ” JUNIO – 2008**

Se le invita a participar en el siguiente trabajo de investigación. usted debe de decidir si desea participar o no.

Sírvase tomarse su tiempo para decidir .lea lo que a continuación aparece y consulte sus dudas al medico responsable del estudio acerca de sus dudas.

¿Por qué se realizo el estudio? Actualmente las enfermedades crónicas se han convertido en el principal problema socio médico, requieren de cuidados permanentes (medicamentos, cambios de estilos de vida), y afectan al paciente, a su entorno familiar y sociolaboral, los avances terapéuticos actuales se dirigen no tanto a mejorar la calidad de su supervivencia, sino a dar un soporte para prolongar su vida.

De lo que se trata no solo es de prescribir terapias de sustitución renal como la hemodiálisis; sino el de buscar restaurar una calidad de vida óptima, el cual debería ser un objetivo fundamental de todos los programas de tratamiento de la Enfermedad renal crónica Terminal (ERCT).

La importancia de incluir indicadores de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los enfermos de hemodiálisis viene dada, no sólo por ser una parte básica del concepto de salud, sino por la estrecha relación que existe entre la CVRS y la morbi-mortalidad.

En el hospital estudio, no hay una investigación previa acerca de la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, y el conjunto de datos recopilados para éste estudio, nos servirá de base de datos (la cual no existe) para estudios posteriores, y valorar la situación actual.

El objetivo es determinar la calidad de vida relacionada a salud de los pacientes que reciben hemodiálisis crónica del HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ” JUNIO - 2008

¿Quiénes van a participar? Todos los pacientes con diagnostico de Enfermedad Renal Crónica terminal en Hemodiálisis con mas de 3 meses en el programa ,en el mes de Junio 2008 y decidan participar en el estudio.

¿Qué me pedirán que haga? El medico encargado lo abordará en su cesión de hemodiálisis, se le informara y orienta sobre los objetivos y trascendencia del estudio y consignara su aceptación a través del consentimiento informado. Una vez firmado el investigador procederá al llenado de la ficha de investigación consignando los datos de la historia clínica de hemodiálisis, incluyendo algunos exámenes de laboratorio y al llenado del cuestionario SF-36.

¿Qué beneficio puedo esperar? Se podrá determinar cual es la percepción de la Calidad de Vida, según las diferentes variables tomadas en el Studio, para así valorar su situación actual .

¿La información recolectada será confidencial? Si los resultados son publicados su identidad permanecerá en el anonimato .El medico investigador proporcionara la información de una manera que no lo identifique a usted directamente, utilizando las iniciales de su nombre y apellidos, historia clínica.

¿Puedo rehusarme a participar en el estudio? Su participación es voluntaria. Usted puede no participar del mismo sin que se deteriore la relación medico paciente, ni produzca perjuicio en su tratamiento.

He leído y comprendido este formato de consentimiento. Por tanto me ofrezco para participar en el estudio.

**Lima....de Junio del 2008**

**Firma del voluntario**

**Firma del Testigo**

**Firma del Medico**

